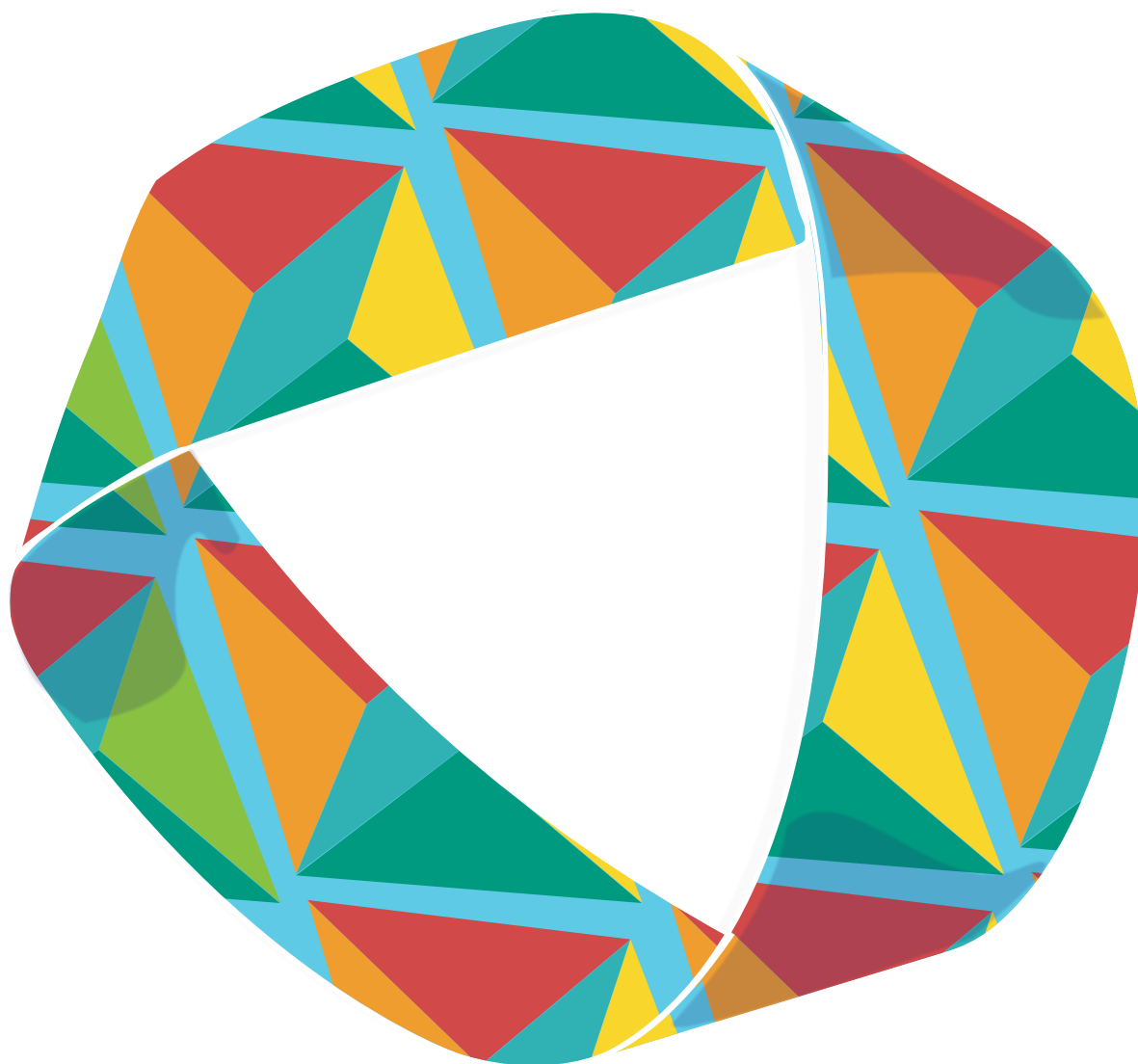


Revista
Debate Público
Reflexión de Trabajo Social

ISSN 1853-6654



Año 10 - N° 20
Noviembre de 2020

Tema
**Reconfiguraciones de las políticas públicas,
las instituciones y las prácticas
en el escenario de la pandemia**

Revista Debate Público Reflexión de Trabajo Social

ISSN 1853-6654

Año 10 - N° 20
Noviembre de 2020



Revista indexada en el Catálogo Latindex



Presentación

Publicación de Ciencias Sociales que lleva adelante la Carrera de Trabajo Social de la Facultad de Ciencias Sociales de la Universidad de Buenos Aires, con el objetivo de generar un espacio de debate y difusión de conocimiento social.

Esta publicación se propone divulgar aportes sobre *lo público* que realizan el colectivo profesional del Trabajo Social en particular, y las ciencias sociales en general, con la pretensión de aportar a su fortalecimiento, a partir de re-visitar las disputas que construyen como tal. La configuración de *lo público* en este contexto y las reflexiones que se suscitan interpelan al Trabajo Social, en tanto posible ángulo de interrogación sobre la intervención, pues en este debate se centran algunas claves para la lectura de las políticas, las instituciones y las prácticas que entablan distintos actores.

La revista Debate Público es una publicación de propiedad de la Carrera de Trabajo Social de la Universidad de Buenos Aires.

Cuerpo Editorial

Directora General: Andrea Echevarría

Directora Editorial: Bárbara García Godoy

Equipo Editorial: Irene De Simone, Mariana Meliharek y Jimena Ramirez.

Consejo Editorial: Adriana Clemente (Facultad de Ciencias Sociales - UBA), Ana Arias (Facultad de Ciencias Sociales - UBA), María Isabel Bertolotto (Facultad de Ciencias Sociales - UBA), Alfredo Carballada (Facultad de Ciencias Sociales - UBA), Margarita Rozas (Universidad Nacional de La Plata), Claudio Ríos (Universidad Nacional de La Plata), Mariela Diloreto (Universidad Nacional de La Plata), Susana Cazzaniga (Universidad Nacional de Entre Ríos), Lorena Molina (Universidad de Costa Rica), Mónica De Martino (Universidad de la República. Uruguay), José María Alberdi (Universidad, Nacional de Rosario).

Comité Científico: Norberto Alayón (Carrera de Trabajo Social - UBA), Cristina Melano (Carrera de Trabajo Social - UBA), Raquel Castronovo (Carrera de Trabajo Social - UBA / Universidad Nacional de Lanús), Claudia Danani (Carrera de Trabajo Social - UBA), Violeta Correa (Carrera de Trabajo Social - UBA), Estela Grassi (Carrera de Trabajo Social - UBA), Gloria Mendicoa (Carrera de Trabajo Social - UBA), María Carman (Carrera de Trabajo Social - UBA), Diana Rossi (Carrera de Trabajo Social - UBA), Cecilia Hidalgo (Carrera de Trabajo Social - UBA), Alejandro Rofman (Carrera de Trabajo Social - UBA), Miguel Vallone (Carrera de Trabajo Social - UBA), Silvia Faraone (Carrera de Trabajo Social - UBA), José María Serbia (Carrera de Trabajo Social - UBA), Patricia Digiglio (Carrera de Trabajo Social - UBA), Lucrecia Raffo (Ministerio de Salud de la Nación), Ricardo Rubio (Universidad Nacional de Cuyo), Liliana Barg (Universidad Nacional de Cuyo), Silvia Mabres (Universidad Nacional de San Juan), Marcelo Lucero (Universidad Nacional de San Juan), Laura Garcés (Universidad Nacional de San Juan), Susana Cazzaniga (Universidad Nacional de Entre Ríos), Florencia Cendali (Universidad Nacional de Luján), Bibiana Travi (Universidad Nacional de Luján), Inés Seoane (Universidad Nacional de La Plata), Juan Ignacio Lozano (Universidad Nacional de La Plata), Inés Hadad (Universidad Nacional de Río Negro), Mariano Barberena (Universidad Nacional de La Plata), Jesús Acevedo (Universidad Autónoma de Coahuila. México), Ana Monge (Universidad de Costa Rica), María Noel Miguez Passada (Universidad de la República. Uruguay), Denis Merklen (Escuela de Altos Estudios de París), Carolina Mera (Instituto Gino Germani - FSOC / UBA), Mónica Petracci (Instituto Gino Germani - FSOC / UBA), Esteban De Gori (Facultad de Ciencias Sociales - UBA), Ana Rosatto (Facultad de Ciencias Sociales - UBA), Carla Wainsztock (Facultad de Ciencias Sociales - UBA), Pablo Di Leo (Instituto Gino Germani Facultad de Ciencias Sociales - UBA), Gisela Spasiuk (Universidad Nacional de Misiones), Pilar Fuentes (Universidad Nacional de La Plata), Susana Hintze (Universidad Nacional de General Sarmiento), Nora Aquín (Universidad Nacional de Córdoba).

Composición y armado: dg Leo Tambussi - leotambu@gmail.com

Dirección: Santiago del Estero 1029 - CP:1075 / Buenos Aires - Argentina - Tel: (54-11) 5287-1728.

email: debatepublico@sociales.uba.ar / web: www.trabajosocial.fsoc.uba.ar

Las opiniones expresadas en Debate Público. Reflexión de Trabajo Social son independientes y no reflejan necesariamente las del Comité Editorial. Se permite reproducir el material publicado siempre que se reconozca la fuente. Sistema de arbitraje: todos los artículos centrales y los artículos seleccionados han sido sometidos a arbitraje por miembros del Comité Científico de la publicación.

Indice

- | | | |
|--|--|---|
| | Tema |  |
| Reconfiguraciones de las políticas públicas,
las instituciones y las prácticas en el escenario de la pandemia | | |
| | Editorial |  |
| Pandemia, producción de
conocimiento y políticas públicas
Andrea Echevarría | | |
| | Conversaciones sobre lo público |  |
| Claudia Belziti entrevista
a Alicia Stolkiner | | |
| | Artículos Centrales |  |
| Salud en territorios segregados. Apuntes para pensar las políticas
desde los aprendizajes que deja la pandemia
Magdalena Chiara | | |
| Salud mental, políticas públicas y trabajo vivo en acto:
la pandemia como analizador de la falta de cumplimiento de la Ley Nacional de Salud
Mental en la Ciudad Autónoma de Buenos Aires
Silvia Faraone y Celia Iriart | |  |
| Apuntes sobre otros escritos
El pensamiento que se llevó la pandemia
Patricia Digilio | |  |
| Sostener las institucionalidad
en tiempos de Covid
Fabián Calderón | |  |

Artículos Seleccionados

- La Experiencia de los Comités Barriales de Emergencia en el Partido de General Pueyrredón, Buenos Aires, Argentina. Una aproximación teórica-interpretativa desde las Ciencias Sociales
Juan Agüero, Silvana Martínez, Paula Meschini, Tamara Sosa, y Manuela Fonseca Pinheiro Dos Santos **71**
- ¿Qué les pasa a las/los estudiantes de primer año de Trabajo Social? Sentidos que interpelan la virtualización de la experiencia universitaria
Mañas Causa **81**
- Desterritorializar el campo grupal: la potencia de los grupos a distancia
Claudio Robles y Ana Sato **95**
- Gobiernos, políticas y pandemia Entre el decisionismo y el liberalismo
Diego Raus **107**
- Sobre lo social y esta pandemia Pensando desde los márgenes del Trabajo Social
Laura Leguizamón y Alejandro Núñez Ramos **119**
- La problemática alimentaria en la CABA: el caso de la alimentación escolar en la pandemia COVID-19 y la respuesta del Estado
Rodrigo Clacheo y Lucia Cacciutto **129**
- Trabajo infantil, trabajo adulto y políticas sociales en la pos pandemia
María del Rosario Varela **143**
- Tuberculosis en el marco de la Pandemia de COVID-19 en la Región Metropolitana de Buenos Aires: Riesgos y Vulnerabilidades.
Andrés Pereira, Rocío Nahir Barrios, Adriana Koufios, Adriana Marcuzzo y María Jimena Aranda **151**
- Reconvertirnos: un breve análisis institucional sobre el ámbito penal en tiempos de pandemia
Carolina Rabasa Rucki **165**
- Parque Sanitario Tecnópolis: Aportes desde el Trabajo Social para un acompañamiento integral en tiempos de pandemia
Aníbal Acerbo, Marisa Ramírez, Marcela Rojas, Sebastián di Pasquale, Diego Barone, Nadia Cordoba, Facundo Camps, Aldana Carrizo y Lidia Campagnucci **173**

La corresponsabilidad ante el COVID 19
en los barrios populares. Relatos de Villa Itaí
María Eugenia Cariaga y Mercedes Ferreira

185

La intervención profesional en Atención Primaria de la salud
en contexto de Covid 19. Experiencia en un municipio
del conurbano bonaerense
Guadalupe Fernández

193

Apuntes sobre el ejercicio de memoria y género
Una mirada hacia el recorrido histórico de la ex-EsMA
Lucía Escudeiro, Daniela Felitte, Micaela Megias
y Camila Schneider

201

Trascender la urgencia: Diálogos necesarios
en tiempos de pandemia
Daniela Teveles, Natacha Levisman y Daiana Musi

213

Ruta crítica hacia Pavón y Entre Ríos: Interrogantes para el acceso
al Programa 690 de Subsidio Habitacional en contexto de COVID-19
Sofía Povedano, Mariana Serafini, Lucila Cuesta,
Carolina Feldman, Yanina Rienzi, Mayra Coatz y Belén Lacava

221

Gestión local de la pandemia de COVID 19:
Aportes desde el Trabajo Social
Sasha Acerbo y Carolina Larrache

227

Repensando la práctica profesional durante la emergencia sanitaria:
Consideraciones acerca de la categoría de cuidado y la gestión de riesgos
Paula Ricciardi y Gisela Scelzo

241

Abordajes en contexto de pandemia:
Dispositivo grupal de mujeres.
Un pasaje de lo presencial al territorio virtual
Noelia Schiro, Sofía Mackay, Paula Errasti

253

Pandemia, producción de conocimiento y políticas públicas

Andrea Echevarría

Hace tiempo ya, allá por junio 2015, las Jornadas de la Carrera de Trabajo Social se organizaron con el objetivo de contribuir a problematizar los complejos procesos de vinculación entre universidad y sociedad, entre Ciencias Sociales y políticas públicas. En ese marco, señalábamos que la autonomía a construir era la autonomía respecto de los poderes fácticos, no respecto a las necesidades y problemas presentes en la sociedad. Nora Aquín nos decía en uno de los paneles: “si la universidad es pública, significa que sus productos atañen al colectivo, son de interés y de utilidad común”. Los conocimientos en ella producidos, tenían que poder dialogar con la sociedad. De este modo, instalaba el conocimiento científico como bien público.

En los años que siguieron, muchos profundizamos esta idea. En tiempos de defensa de la universidad pública frente a las políticas neoliberales de ajuste, insistimos en la noción de universidad como derecho: como derecho subjetivo, derecho de las personas a transitar por ellas, a aprender, enseñar, investigar, crear y descubrir dentro de sus aulas, pero también como derecho colectivo. Esto es, como derecho de los pueblos que las cuidan, las sostienen y las defienden, a beneficiarse con sus producciones. Pero, como nos señala nuestro querido Eduardo Rinesi, no se trata sólo de poner nuestra actividad en función de las mayorías populares porque “sostienen con su aporte” a la universidad: eso sería una mirada liberal del asunto (“porque pagan, tienen derecho”). Elegimos poner nuestra actividad académica en función de los intereses populares porque nos sabemos parte de ese pueblo. Sabemos que nuestras universidades comparten un mismo destino con él.

Esta opción, este camino, no es ajeno para la comunidad académica de nuestra carrera. En las mismas semanas en que escribo estas líneas, se realizó, por ejemplo, una actividad en torno a los diez años de la sanción de la Ley de Salud Mental, ley que contó (entonces y hoy) con el aporte de colegas y docentes de nuestra comunidad y que modificó profundamente los paradigmas de intervención. Otros temas centrales de las políticas sociales pasaron también por nuestras aulas, nuestras reuniones, nuestras investigaciones y nuestras intervenciones en debates

sociales: las políticas de transferencia de ingresos, el debate sobre las condicionalidades de las mismas, la inclusión de personas con discapacidad (y la defensa de los mecanismos de inclusión conquistados); entre otros.

De allí que nos propusiéramos entonces, para este nuevo número de Debate Público, retomar las reflexiones, los diálogos y las búsquedas que nuestra comunidad realiza en torno a la situación que atraviesa todas las intervenciones actualmente y modifica formas de sociabilidad y organización: la pandemia de COVID-19 y sus impactos en los diversos campos de la política pública y de los lazos sociales. ¿Cómo impacta esta situación inédita en las políticas sanitarias, en las políticas de cuidado a los más vulnerables, en las prácticas institucionales, en la construcción cotidiana de vínculos e identidades colectivas? ¿Qué situaciones de desigualdad social, de injusticias espaciales, de relaciones de género, se tensionan, se profundizan o se ponen en evidencia? ¿Cómo se reinventan las intervenciones en este contexto?

La pandemia, y las medidas desplegadas para enfrentarla en múltiples campos de las políticas públicas y de la vida cotidiana, modifican y tensionan dispositivos, prácticas, intervenciones, representaciones sociales. El accionar del trabajo social se vio transformado transversalmente por nuevas situaciones y desafíos. A un primer momento de relegitimación de lo público estatal como ámbito privilegiado para la protección de la vida, siguió un momento de discursos individualistas y nuevas tensiones. Situaciones de desigualdades estructurales (como las que se reflejan en el acceso a los servicios públicos y a una vivienda digna, o las situaciones de violencia de género) quedaron en evidencia, haciéndose más visibles en este nuevo escenario.

Creemos fundamental que la universidad pública ponga sus mejores herramientas para aportar a la comprensión, problematización y proyección de los nuevos escenarios -pandemia y pospandemia- a construir. Este número representa, entonces, un esfuerzo más por aportar a estos debates centrales para nuestra sociedad en este contexto histórico.

Mag. Andrea Echevarría
Directora General de la Revista "Debate Público"

Conversaciones sobre lo público

Conversaciones sobre lo público

Claudia Belziti entrevista a Alicia Stolkiner



Esta sección se propone habilitar conversaciones con aquellos que para nosotrxs son referentes en la construcción de lo público, tanto por su rol como intelectuales como por su despliegue político y su capacidad para la intervención. En este diálogo participaron Claudia Belziti, docente de la Carrera de Trabajo Social UBA, y Jefa del Servicio Social del Hospital Posadas, y Alicia Stolkiner, especialista en Salud Pública con orientación en Salud Mental, profesora e investigadora de la Facultad de Psicología UBA y profesora de la Maestría y el Doctorado en Salud Mental Comunitaria de la Universidad Nacional de Lanús.

Fecha de realización: 19 de octubre de 2020.

Referencias: **CB:** Claudia Belziti; **AS:** Alicia Stolkiner.

CB: Gracias Alicia por posibilitarnos el diálogo. Quisiera hacer una breve introducción para iniciar esta entrevista. La pandemia puso en diálogo componentes de la disciplina de la infectología, de la epidemiología, de la bioética, de la ética, de lo social, de lo cultural. Todo eso, puesto en diálogo, nos iba marcando las intervenciones, o nos permitía ir re-direccionando todo el tiempo los modos de

intervenir. Asimismo, la pandemia ha hecho mucho más visibles las desigualdades. Y entendemos que, en lo público estatal, hay que atender, en forma singular, las heterogeneidades. Entonces, la propuesta es revisar contigo algunos conceptos y que nos ayudes a reflexionar en tiempos de pandemia, pero con situaciones estructurales previas: tanto desde lo sanitario, como del orden del mundo del trabajo, como del hábitat, entre otros. Entonces, ¿cómo trabajamos con la pandemia? Y el impacto de la pandemia en la reconfiguración de las políticas sociales y en la interpelación, hacia las instituciones y hacia las prácticas. ¿Cuál sería tu análisis de las diferentes respuestas que se fueron construyendo alrededor de esta pandemia? Considerando, además, que los medios nos querían hacer discutir cuarentena y había que discutir pandemia...

AS: Suelo iniciar toda intervención, con una frase que define lo que pienso esta pandemia. Y la pienso como un acontecimiento que precipitó el desequilibrio catastrófico de un sistema híper complejo, que ya estaba en altísimo nivel de inestabilidad. Recorro para ello a conceptos que he tomado de Rolando García para pensar sistemas complejos e híper complejos -este último un término que usó Mario Testa para trabajar sistemas de salud-; creo que esta definición sintetiza algunas cosas.

En primer lugar, la necesaria articulación, desde varios campos de comprensión, para pensar la pandemia. Segundo, el carácter de acontecimiento como quiebre del campo del saber de una situación y por ende de los supuestos mismos en que se construyen las respuestas desde sus distintos actores o agentes. Pero que, simultáneamente, permite -en un a posteriori- hacer una re-

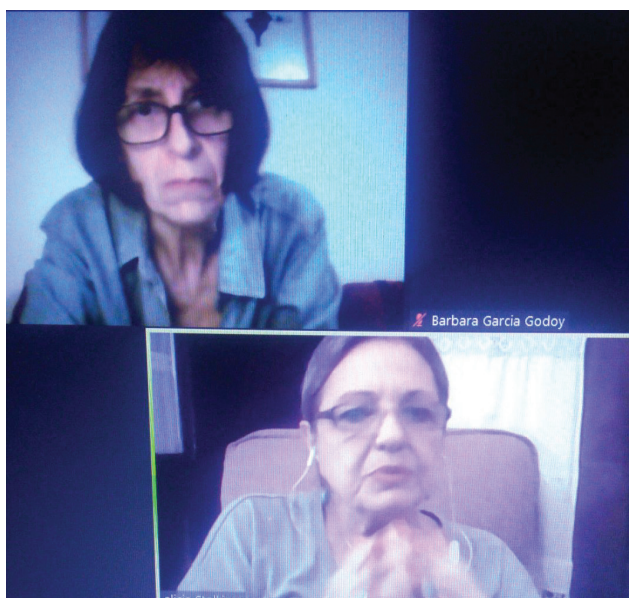
construcción que muestra alguna adecuación de prácticas previas a condiciones absolutamente novedosas. Si creo que puso en entredicho y conflicto lo occidental hegemónico y en general me voy a estar refiriendo a eso. No conozco lo suficiente para opinar sobre la particular forma en que China, por ejemplo, gestionó la pandemia. Y no creo que sea, como lo simplifican diciendo que lo logró porque es un gobierno autoritario, etcétera. Gobiernos autoritarios no es lo que nos falta. Y, sin embargo, me parece que ellos hicieron una gestión que solo se comprende en otra cultura, en otra sociedad, etcétera. Estamos hablando de un país que limitó, durante dos generaciones, el nacimiento de los hijos a uno solo por pareja. Como ningún poder se sostiene exclusivamente en la fuerza, quiere decir que hay allí un tipo de subjetividad y un funcionamiento societal que desconozco y me abstengo de opinar.

Entonces, toda opinión mía es frágil, va a referir a la cultura hegemónica occidental moderna en lo que creo es un momento de crisis sustancial.

CB: Es claro

AS: Bueno, pero hecha esta salvedad, entonces y a la luz de la evolución del desequilibrio, se podría decir que esta pandemia era absolutamente previsible. Simplemente no se la quiso ver o no se quiso atender a su previsibilidad. Algunas teorías conspirativas señalan que hubo un encuentro de la OMS con Bill Gates donde la pensaron, si es así no se puede deducir que la planearon o produjeron sino que analizaron lo que obviamente sucedería.

Hagamos un leve repaso histórico: en 1980, la OMS, que había iniciado el proceso de erradicación de la viruela en 1966 en esa época de oro que fue el periodo más largo sin crisis del capitalismo en la posguerra en Occidente, terminó de erradicarla. Todavía la OMS era ese organismo creado en la posguerra que, con el aporte de todos los países, tenía por objetivo lograr una mejora de la salud de la población, etcétera, etcétera. Mientras tanto, había aparecido la vacuna contra la polio que permitió controlarla por lo menos en los países menos devastados por la pobreza. O sea, teníamos la sensación de que la ciencia y el progreso, entre comillas, lograrían vencer todas las enfermedades. Un año después, en 1981, apareció el sida. La primera gran crisis de la posguerra había empezado a mediados de los 70 y se consolidaba el viraje financiero, la mercantilización avanzada y la mundialización de la economía. En ese contexto



aparece la primera de las llamadas “enfermedades emergentes” producida por mutaciones virales que mucho parecen tener que ver con el desequilibrio entre lo humano y su hábitat: la naturaleza, todo indicaría que era una mutación viral producida por el desorden de la relación entre el ámbito humano y el ámbito natural. Los humanos somos parte de la naturaleza; pero una parte que está en disonancia.

En ese período o poco después, comienzan a aparecer las enfermedades re emergentes, las que se daban por controladas o reducidas y reaparecen: vuelve el cólera, se extiende las tuberculosis, acompañando la profundización de la desigualdad y el empobrecimiento y marginalidad de grandes poblaciones. También comienzan a aparecer las enfermedades que ya no responden a los antibióticos, por ejemplo las intrahospitalarias. No es nuevo ahora el riesgo de infectarse en un hospital, hace rato que la OMS viene previniendo sobre las infecciones intrahospitalarias y recomendando medidas especiales de cuidado.

A partir del SIDA se sucedieron nuevas enfermedades emergentes, una tras otra: el ébola, aviar, etc. Ya en forma pandémica (o sea mundial) en el 2009 llegó a la Argentina la influenza H1N1 (o gripe A) y ahora, once años después, que en un ciclo histórico no es nada (y con algunas experiencias puntuales en el medio), aparece esta pandemia. En las circunstancias particulares de la Argentina, porque llega cuando estábamos cursando dos epidemias. Una, absolutamente prevenible, que es la de sarampión. Que solo se explica porque no se cubrió con la vacunación adecuada y una de dengue en algunas zonas, respecto de lo cual no se habían tomado casi medidas preventivas.

CB: Bueno, al comienzo, se superpusieron, de hecho...

AS: Se superpusieron, claro. El gobierno actual asumió en diciembre con dos epidemias en curso y en marzo ya estaba llegando desde fuera la epidemia de COVID.19. En Europa esta epidemia los tomó por sorpresa. Se pensó que era como la de H1N1, pero cuando llegó a Italia a España, desbordó los servicios de salud y produjo una alta mortalidad. Lo que sucede es que esta enfermedad tiene una curva exponencial de contagio, una altísima capacidad de transmisión. En términos epidemiológicos tiene una altísima morbilidad (enferma a muchas personas), aunque es una enfermedad de baja letalidad (de las que enferman no son tantas las que mueren, aun-

que la letalidad también depende de si reciben asistencia o no), pero la combinación de alta incidencia hace que tenga una alta mortalidad (o sea, al contagiarse tantas personas las muertes resultan altas). Introduzco estos términos epidemiológicos que han sido usados de manera bastante confusa en los medios: tiene una alta morbilidad e incidencia, es una enfermedad de relativa baja letalidad; o sea, no es la viruela, no es la peste negra, pero la palabra relativa es para indicar que la letalidad no depende solo de factores naturales sino también de la posibilidad de asistencia y sin embargo, su alta incidencia hace que aumente mucho la mortalidad. Obviamente que también su evolución depende de muchísimos y complejos factores, desde la edad de las poblaciones (produce más mortalidad en las poblaciones que tienen alta esperanza de vida), su densidad poblacional, hasta componentes económico, sociales, culturales, o sea todo lo que hace a comprender la complejidad de los procesos de salud/enfermedad/atención/cuidado de manera colectiva y también singular.

Esto es una síntesis de términos epidemiológicos para dar cuenta de un fenómeno que tiene una característica muy particular: por su forma de transmisión, puso límite al contacto de los cuerpos obligando a recurrir a la histórica cuarentena, al aislamiento.

Como ejemplificaré luego, quizás es una medida que debió haberse tomado en otras circunstancias ya. Sucede que el desarrollo del modelo biomédico dio lugar a subestimar algunos cuidados poblacionales para enfermedades infecciosas depositando todo el cuidado en los antibióticos y las vacunas. Más aún, en aras del rendimiento se subestimaba la capacidad de contagio por ejemplo de las influencias. Los “antigripales” que en



realidad son asintomáticos se proponían como el medicamento para seguir la vida normal estando engripado y en esa vida normal tomar transporte, llegar a una oficina cerrada o a un aula a dar clase y obviamente diseminar la enfermedad, alguna vez denominamos a esa práctica "presentismo patológico".

Por poner un ejemplo, el año pasado tuvimos (por lo menos en Buenos Aires y Conurbano) una epidemia de bronquiolitis que desbordó los servicios de terapia intensiva infantiles. Y, probablemente (y aunque nadie lo cuente, y aunque no salió en los diarios), esa epidemia produjo muertes de niños. Los pediatras y a los equipos de asistencia pediátrica estaban con un estrés importante. No obstante, a nadie se le ocurrió suspender las clases. Si bien los más afectados son los pequeños, ellos tienen hermanitos que van al colegio y transmiten. Todos los inviernos atravesamos picos gripales colectivos que eventualmente producen algunas muertes, pero sucede mientras seguimos tomando transportes colectivos hacinados, colgados de pasamanos donde alguien puede haber dejado un foco de transmisión, etc. Sin demasiados cuidados. Algunos de los que tenemos ahora debieran ser norma hace rato.

Olvidamos confiando en el modelo de abordaje médico curativo prácticas que antes eran frecuentes. Por ejemplo, alguna vez las vacaciones de julio (como bien lo recordó una amiga) fueron para prevenir el contagio durante la época de mayor incidencia de enfermedades respiratorias, nacieron para prevenir las enfermedades respiratorias de los niños en el momento más crudo del invierno.

CB: La circulación.

AS: Efectivamente para limitar la circulación del virus. Prácticas que venían de mucho tiempo y fueron dejadas de lado. En la escuela donde cursé la primaria, entre clase y clase se ventilaban las aulas durante el recreo, aunque hiciera cero grados. Todas esas prácticas que se fueron perdiendo, lavarse las manos inclusive, reaparecieron ahora conjuntamente con lo del aislamiento.

Tengo la impresión de que ha habido un golpe fuerte a toda la confianza depositada en que total la ciencia lo va a solucionar rápido. Y este golpe a la confianza en que la ciencia lo va a solucionar rápido plantea una especie de ruptura de un pacto moderno con el pensamiento racional científico, y la aparición de fuertes corrientes de pensamiento irracional (agudizadas por la situación

de la pandemia). En algún momento me preguntaba, en un texto, cómo hacer para superar la dualidad entre el romanticismo y el positivismo. Bueno, acá estábamos de nuevo debatiendo entre el positivismo y romanticismo.

En este contexto y situación es que se dio la toma de decisiones. Y hubo dos tipos de políticas o de respuestas (explícitas e implícitas) a nivel de distintos países e inclusive dentro de cada país si era federal, como pasó en Brasil. El Reino Unido inauguró explícitamente la teoría de la "inmunidad de rebaño" hasta que sus resultados fueron catastróficos, lo mismo además del salto en la mortalidad hubo un deterioro notable de las variables económicas. Con el objetivo de alterar lo menos posible el funcionamiento y la circulación comercial y productiva, se planteaba dejar librado al contagio a la población y preservar los grupos de riesgo. Obviamente disparó la mortalidad, porque la única forma de preservar los grupos de riesgo era sacarlos del país, llevarlos a una isla, en un gueto. El niño que sigue yendo a la escuela, vive en su casa con su madre y su padre que puede ser joven pero padecer una enfermedad que lo coloca en riesgo de muerte ante la infección. La madre que va a trabajar, toda su vida le dejó su hijo a su propia madre que tiene 75 años y una EPOC (enfermedad pulmonar obstructiva crónica). Los niños quieren ver a los abuelos. Los niños juegan entre ellos. Los adultos se encuentran en el lugar de trabajo. Los adultos, a su vez, tienen que cuidar a una persona, a un adulto mayor; que son, por ejemplo, porque son sujetos que son empleados en instituciones donde se cuidan adultos mayores. En síntesis no creo que el objetivo haya sido preservar a esas personas.

En realidad la idea contenida en ese enunciado es "que mueran todos los que tienen que morir". Frase que tiene una enunciación muy extraña, porque es una frase dicha en tercera persona. No es una frase dicha que muramos, no es la frase de una guerra (a vencer o morir) donde el que la dice (por lo menos, simbólicamente) se plantea del lugar de los que pueden morir. El que dice que mueran todos los que tienen que morir, se plantea como estando por fuera de esa población fácilmente definible de una manera descalificadora. Porque son los viejos, los enfermos, los que tienen comorbilidades, etcétera. Casi el sueño de cualquiera de esos que piensan en la limpieza ya no racial; sino la limpieza de una sociedad para que queden solamente los que pueden dar un alto rendimiento. Y, de paso, evitar el problema de las pensiones y jubilaciones que venía siendo que la gente vivía demasiado o cosa por el estilo.

La “racionalidad” de esas propuestas estribaba en plantear, sin soporte científico previo, que la enfermedad producía inmunidad y que la forma “natural” de que se frene de alguna manera una epidemia infecciosa es que todos los susceptibles se enfermen, mueran los vulnerables y se inmunice el resto. Dentro de los países que incluyendo un discurso de minimización de la pandemia y de la enfermedad no desarrollaron políticas nacionales de cuidado, aunque las hubo en varios estados, el más catastrófico en sus resultados fue USA. China se planteó por lo contrario, de manera exitosa, un control de la circulación del virus por aislamientos rigurosos de población a partir de las zonas de foco y relevamiento constante de casos, por supuesto en el marco de otra cultura y otra forma de funcionamiento societal.

La propuesta que se tomó en la Argentina, siguiendo algunos lineamientos de la OMS; fue la regulación de la curva de contagio por medio de medidas de cuidado específicas (uso de barbijo, sanitización, mantenimiento de distancia, restricción de la circulación de personas, cierre de los espacios donde se producen contactos múltiples, etc). La regulación de la curva no está destinada a impedir de manera absoluta el contagio, es un intento de regular la intensidad de la epidemia. La experiencia de Italia y otros países europeos con el desborde de los servicios atención de los casos graves y con complicaciones intermedias, lo cual había aumentado la mortalidad, era el antecedente para pensar una estrategia que permitiera ganar tiempo y preparar las condiciones de asistencia en la Argentina, considerando un sistema de salud fragmentario y deteriorado, en el que se acababa de constituir el Ministerio de Salud -rebajado a Secretaría durante el gobierno anterior- y con dos epidemias en curso: sarampión y dengue. La estrategia fue el aislamiento social, preventivo y obligatorio, y la búsqueda de preparación y equipamiento de los niveles asistenciales. Esto incluía la federalización de algunas acciones, aunque la pandemia entró por viajeros que llegaban del exterior a las zonas acomodadas de Ciudad de Buenos Aires y luego se fue expandiendo hasta tener contagio comunitario. En las provincias hubo algunas que se mantuvieron un período largo sin casos o con baja incidencia y otras, como Formosa, que mostraron un pico temprano. Pero en el inicio el foco fundamental era el Área Metropolitana de Buenos Aires (AMBA) donde se condensa casi la tercera parte de la población de todo el país y algunos de los asentamientos urbanos con derechos básicos vulnerados más numerosos, junto a la mayor concentración de riqueza.

Para poner un ejemplo de las carencias de equipamiento para enfrentar la situación, vale un ejemplo; las pruebas para diagnosticar casos de COVID 19 solo se podían hacer en el Instituto Malbrán en Buenos Aires, si se detectaba un caso sospechoso de una provincia la muestra debía ser enviada a Buenos Aires para su análisis. Se logró bastante rápido la federalización de esa actividad, rápido pero no sin esfuerzo. Por cierto, no se contaba con los reactivos y ni siquiera había equipamiento suficiente para preservar el personal de salud. Comprar ese equipamiento en el exterior, y cuando aún países poderosos pugnaban por proveerse, era un problema muy serio inclusive hubo que seleccionar las rutas de aterrizaje para recarga de los aviones, para evitar aquellos países en que la carga podía ser retenida o confiscada. También hubo una notable y rápida respuesta del sector de producción de ciencia y técnica de la Argentina, cuya magnitud fue muy importante.

CB: Sí, los equipos de protección personal.

AS: Claro, con el diario del lunes uno dice: ah, bueno, no hubiera sido mejor que, por ejemplo, el aislamiento social, preventivo y obligatorio fuera solo Ciudad de Buenos Aires y conurbano; y que, por ejemplo, las provincias que no tenían ningún caso no tuvieran aislamiento hasta necesitarlo? O sea, trabajar con zonificaciones? No sé, es un debate contrafáctico. También es cierto que, en los primeros momentos, las respuestas fundamentales fueron biomédicas, y recién un poco después se comenzó a pensar en las acciones comunitarias y trabajos en territorio en aquellos espacios habitacionales con déficit y carencias básicas. El COVID entró en Ciudad de Buenos Aires a la primera “villa” cuando en ese complejo habitacional se había cortado la provisión de agua corriente, imaginemos cómo mantener las condiciones de cuidado en ese contexto.

Además de las tareas de equipamiento de seguridad para el personal, aumento de camas de terapia intensiva y provisión de respiradores, aumento de los recursos de testeo poblacional y diagnóstico, desarrollo e innovación científico tecnológica local, hubo que preparar los espacios de aislamiento para quienes llegaban del exterior y debían hacer cuarentena y de las personas o grupos familiares que registraban como positivos o posibles transmisores y no podían permanecer en sus hogares por la precariedad de los mismos. Simultáneamente se debió facilitar la repatriación de ciudadanos argentinos que habían quedado varados en distintos lugares del mundo, con vuelos y medidas especiales. Simultáneamente hubo

que tomar medidas que atemperaran el golpe en los sectores de trabajadores formales del parate que imponía la pandemia, medidas de apoyo económico como el Ingreso Familiar de Emergencia (IFE), la doble indemnización.

Siempre hablando de occidente, los países tomaron distintas medidas que fueron desde la posición inicial del Reino Unido de mantener las actividades normales para lograr la "inmunidad de rebaño" que luego debió revertirse, hasta políticas muy estrictas de aislamiento poblacional. Las comparaciones no son muy válidas dado que los perfiles demográficos, los sistemas de salud, las culturas, los estilos de vida, los sistemas políticos, etc. son distintos. México, porque teniendo una gran cantidad de población que vivía de trabajos informales era prácticamente muy difícil cortar de golpe el funcionamiento urbano porque era condenar a una serie de personas al hambre de manera prácticamente inmediata. En la Argentina se tomaron medidas de aislamiento inicial muy rigurosas, y a la vez apoyos como el ingreso familiar de emergencia IFE, el Programa de Asistencia de Emergencia para el Trabajo y la Producción ATP, la limitación por doble indemnización de los despidos, la suspensión de juicios de desalojo, etcétera. Se trata de políticas que, de distinta manera, siguieron muchos países.

Como en otros países y porque toda epidemia tiene una dimensión política, las medidas de cuidado se transformaron en espacio de debate no siempre basado en información verificable, con algunos discursos y medios de comunicación que las cuestionaban con el objetivo de ampliar el caudal político de oposición a la fuerza gobernante y comenzar a capitalizarlo en miras a las elecciones legislativas de medio término, o de obtener capacidad de presión sobre medidas que pudieran afectar grupos a los que representaban. Una parte de ese debate promovió acciones públicas y conductas extrañas como la quema de barbijos, que también repicaban movimientos internacionales respecto a la pandemia.

Con todo este preámbulo, quisiera entrar en mi campo específico, el de la salud mental. Al principio las medidas se tomaron básicamente para prevenir la transmisión de la enfermedad y fortalecer los recursos de salud. Inmediatamente comenzaron a aparecer las problemáticas del campo de la salud mental. Por un lado la alteración abismal de la vida cotidiana, de ruptura de planes y de certezas, la inseguridad respecto del futuro y la interrupción de contactos directos, corporales, entre las personas dio lugar a respuestas de sufrimiento psíquico de lo cual hablaremos luego .

Para los servicios y dispositivos diversos de atención en salud mental se plantearon inmediatamente tres problemas centrales: 1. Cómo mantener los tratamientos y los dispositivos de atención que estaban en curso. 2. Cómo prevenir el contagio y propagación del virus en las instituciones de internación monovalentes, con pacientes de larga estadía, que al igual que los geriátricos y las cárceles mostraban ser espacios de mucho riesgo. 3. Como acompañar y asistir las problemáticas de sufrimiento psíquico producidas por la pandemia y la alteración de la vida lo cual incluía el aislamiento. Este orden en que lo planteo no es necesariamente cronológico.

CB: Ahora Alicia, un aporte... En mayo los hospitales recibíamos padecimiento o sufrimiento mental de instituciones. Fue el gran aluvión de instituciones de alojamiento de pacientes que algunos no tenían relación con sus familias, y teníamos que llamar a sus familias para empezar a conocer algo. Era muy fuerte.

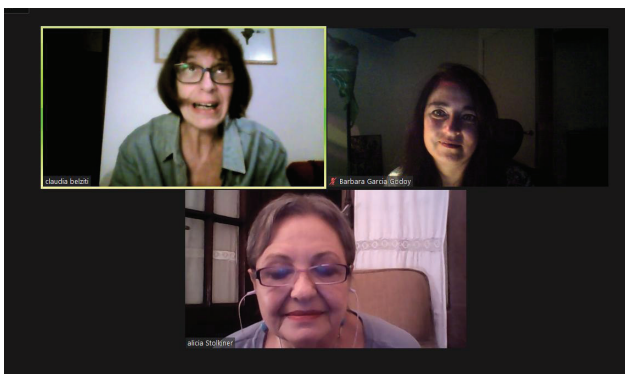
AS: ¿De instituciones privadas decís vos?

CB: De hogares, de instituciones en convenio con el Programa Incluir Salud, con el PAMI.

AS: Claro, tomemos en primer término el problema de la continuidad de los tratamientos y dispositivos en curso. En un primer momento las medidas de aislamiento y el acondicionamiento de los servicios de salud para la atención del COVID suspendieron o dificultaron las actividades de asistencia en salud mental. La atención de pacientes en consultorio sea por Obras Sociales, Medicina Prepaga o privados, se vio suspendida en la presencialidad. Hubo un pasaje a la atención virtual que dependió de la combinación por un lado de la capacidad de los profesionales para adecuarse a ella; y por otro lado de la adecuación o posibilidad de los y las consultantes de continuar sus tratamientos por estas vías. Un camino que abrió debates y posibilidades que aún estamos revisando teóricamente. El problema era el marco institucional de reconocimiento. La mayoría de las empresas de medicina prepaga y obras sociales no reconocían la atención virtual y por ende no estaban dispuestas a pagarla. Hubo una de ellas que avisó que solo se reconocería la atención por problemáticas asociadas al COVID las que serían realizadas por un equipo reducido, frente a ello hubo distintos actores, por ejemplo una intervención pertinente de la Federación de Psicólogos de la República Argentina (FEPPRA) que elevó

el pedido a la Superintendencia de Seguros de Salud y también la Dirección Nacional de Salud Mental sacó una resolución al respecto. La Superintendencia de Seguros de Salud finalmente reconoció estas prestaciones con resultados diversos en distintas provincias. Simultáneamente se habilitaba el reconocimiento de las recetas virtuales lo cual facilitó la asistencia psiquiátrica remota. Posteriormente se inició la demanda de habilitar la atención presencial siguiendo protocolos de bioseguridad, que fue aceptada en algunas provincias y/o Municipios.

Mientras tanto, y voy a hablar de lo que más conocí que son servicios de Ciudad de Buenos Aires y Conurbano, en los Hospitales Generales y Centros de Primer Nivel de Atención se produjeron distintos tipos de respuesta. Se siguió con algunas respuestas de asistencia presencial, se pasó a asistencia virtual en muchos casos, hubo hospitales de la CABA donde parte del personal de salud mental, especialmente residentes, fueron asignados a actividades no específicas ligadas al COVID, hubo algunos establecimientos donde el espacio físico de salud mental fue desplazado para definir los nuevos circuitos de asistencia en situación de COVID y he relevado otros, en CABA y en Provincia de Buenos Aires que lograron mantener virtualmente dispositivos como juegotecas u hospitales de día. Luego veremos que, a su vez, estos mismos equipos y profesionales debieron atender situaciones ligadas al COVID. Como suele suceder, la fragmentación del sector salud volvió a evidenciarse en este campo, aunque hubo desde el principio respuestas de la Dirección Nacional de Salud Mental bajo la forma de indicaciones y capacitaciones; y de distinta manera en provincias y municipios. De hecho, la Subsecretaría de Salud Mental, Consumos problemáticos y Violencias de la Provincia de Buenos Aires, que tiene grandes instituciones de internación, tuvo también un rol muy activo. No conozco más detalladamente otras provincias y municipios. Un capítulo merece la atención a consumos problemáticos en este contexto.



Con respecto al segundo problema ¿qué hacemos con las instituciones monovalentes de internación prolongada? Inicialmente parecía más seguro en términos del riesgo de contagio, derivar una persona con una crisis que requiera atención en salud mental a una guardia de un hospital monovalente que a una guardia de un hospital general, pero eso se mostró erróneo. Los hospitales generales comenzaban a organizarse para prevenir el contagio separando las vías de circulación atención por triage y trabajando con equipos que no entraban en contacto. También, el riesgo de expansión de una epidemia al interior de las instituciones cerradas es muy alto. Entonces para prevenir el contagio de los pacientes que estaban ya internados se suspendieron casi todas las actividades cuya ausencia no alterara el esquema básico de tratamiento: las visitas de los familiares, los talleres, actividades de terapia ocupacional, etc. obviamente con un alto costo subjetivo para los internados. Por otro lado, paradójicamente, esto favoreció, en algunos casos, el impulso a externar pacientes que pudieran ser externados y a proponer formas alternativas a la internación de abordaje de las crisis. Este es el año en que la Ley Nacional de Salud Mental establecía como aquel en que se debía culminar la transformación de los establecimientos en donde se perpetuaba la lógica manicomial. La situación de pandemia dificultó el desarrollo y consolidación de los dispositivos asistenciales necesarios para esa transformación, pero no la trabó de manera absoluta. Aunque esto difiere obviamente de manera regional. En el caso de la Provincia de Buenos Aires, por ejemplo, los directores de los hospitales monovalentes han presentado ya los planes de readecuación de tales instituciones y está en redefinición los criterios de habilitación de establecimientos, entre otros de las comunidades donde se atienden consumos problemáticos. Lo mismo es una tarea que tiene tensiones por el largo arraigo en los discursos sociales de homologación de locura a peligrosidad y por ende a indicación de encierro. En los últimos meses ha habido una fuerte embestida contra la Ley Nacional de Salud Mental en algunos medios de comunicación a partir de algunos episodios policiales. De todos modos, y a pesar de los esfuerzos del personal, en muchas instituciones de rehabilitación, falló la estructura asistencial y lo mismo respecto de personas con discapacidades o niños.

También es cierto que, como en otras áreas, una parte del personal de salud mental tuvo que ser licenciado por ser grupo de riesgo y también, como ya lo mencioné, en algunos casos -por ejemplo Hospitales Generales de la CABA- fueron requeridos, particularmente, los residen-

tes, para hacer tareas que tenían que ver con el COVID, no específicas de salud mental. También, en algunos centros de salud (y en algunos hospitales) el espacio físico que ocupaba salud mental, lo ocupó la asistencia del COVID. No sé si reconocés estas situaciones...

CB: Absolutamente.

AS: El tercer punto, es que salud mental fue convocada a o asumió, responder por la problemática específica que generaba el COVID, y que voy a tratar de sintetizar: las problemáticas de los sufrimientos y padecimientos por la alteración de la vida cotidiana, la incertidumbre y el temor ante la pandemia y el aislamiento preventivo. Las personas que quedaban aisladas por falta de acceso a los recursos de comunicación virtual por ejemplo personas mayores. La especificidad del padecimiento de quienes eran afectados de manera directa porque eran aislados en hoteles o espacios específicos, los que enfermaban pero no requerían internación, los familiares de personas aisladas institucionalmente (geriátricos) o internadas en hospitales por COVID u otra causa cuya internación transcurría sin posibilidad de contacto con familiares, las personas en riesgo de morir en soledad y los familiares de quienes morían en momentos en que estaban imposibilitados los rituales sociales del duelo y por ende la problemática de los duelos en estas circunstancias y, como un aspecto muy importante, el cuidado del personal de salud, sometido a una exigencia altísima y en primera línea de riesgo. También el contexto de aislamiento agudizó problemas de violencia de género y de abusos o violencias con las infancias, así como complejizó la situación de las personas con consumos problemáticos de distintas maneras.

Un capítulo aparte es reconocer que indefectiblemente era necesario el trabajo comunitario y territorial por ejemplo con aquellos espacios y comunidades con vulneración de derechos en donde no están dadas las condiciones para que las personas realicen el aislamiento en sus hogares porque los mismos no tienen ni el espacio ni los servicios básicos que lo posibiliten. En esos casos la estrategia de cuidado debe ser definitivamente comunitaria. Aunque podría afirmarse que en un sistema de salud integrado y con estrategia central de Atención Primaria de la Salud, lo comunitario y lo territorial debió haber tenido un lugar muy central en el abordaje de la pandemia. No obstante, la necesidad de disminuir la circulación de personas para disminuir la del virus y la notable capacidad de contagio del mismo dificultaban estas estrategias, a la par que buena parte del esfuerzo

fue destinado a fortalecer los servicios hospitalarios y de mayor complejidad.

CB: Hubo problemáticas a pensar desde este campo, que sin embargo no produjeran demanda de asistencia...

AS: Sí, apareció un problema a nivel singular y colectivo: la naturalización del riesgo, la negación en sus diversas formas y la actitud renegatoria de la situación. Lo primero es ese proceso por el cual las personas comienzan a incorporar un riesgo como parte de su vida y por ende a construir diferentes formas de minimizarlo o de negarlo. Esto se ve favorecido por el hecho de que se trata de una enfermedad de altísima incidencia, pero baja letalidad, por ende muchos consideran que aun enfermado no va a ser grave. Esto es bastante probable pero en la relajación de las prácticas de cuidado se produce una mayor circulación del virus y esa persona que efectivamente puede que no corra riesgo de muerte, termina siendo parte de una secuencia que aumenta la mortalidad. Finalmente la actitud renegatoria, dar por no existente el problema, apareció, favorecida por discursos nacionales e internacionales, y representando inclusive posiciones políticas, en aquellos que sostienen creencias de que no existe la pandemia, también abonadas por teorías conspirativas (sería un engaño), o proponiendo eliminar el riesgo con supuestas medicaciones de uso no probado.

También, en algunas provincias, al no llegar la epidemia, la gente relajó los cuidados, naturalmente. Pero como estaban pendiente de las noticias, y acá las noticias, en general, son las de la Capital, seguían pensando que estaban en cuarentena. Un fenómeno extraño

CB: También se evidenció y agudizó el problema de personas en situación de calle...

AS: efectivamente, más aún, por lo menos en CABA aumentaron y frente a ello la respuesta, por lo menos donde yo habito, ha sido insuficiente. Un capítulo aparte para los y las niñas en situación de calle y las dificultades para su cuidado.

CB: O sea que salud mental y sus acciones forma -o debe formar- parte de las acciones generales de salud y de cuidado.

AS: Sí, no se trata solo de pensar interdisciplinariamente sino también de trabajar hacia lógicas integrales de

cuidado. En un sistema de salud integral y basado en una lógica de derechos, las acciones deben contemplar las dimensiones biológicas, subjetivas y sociales del proceso de salud-enfermedad-atención/cuidado. Pero eso significa una acción política de transformación de las políticas y acciones de salud que encuentra fuertes resistencias de actores corporativos y de intereses puestos en juego en el sector. La mercantilización de las prácticas en salud que ha atravesado las reformas desde los 80 dio muestra de fragilizar la capacidad de respuesta del sector frente a la emergencia, aún en los países europeos y especialmente en USA donde el sistema de salud más caro del mundo mostró su ineffectividad.

Mientras, en la sociedad comenzaron a circular discursos contradictorios. Por ejemplo las tensiones políticas jugadas alrededor de la antinomia “cuarentena” o “anticuarentena”. Una colega se preguntaba “¿cómo se puede haber transformado en un signo político el uso del barbijo?”. Y, sin embargo, se transformó en una especie de emblema político. Hay emblemas políticos, por caso los pañuelos verdes que indican el apoyo a la legalización de la interrupción voluntaria del embarazo, o el pañuelo celeste, como su contrario. Pero el barbijo no es una consigna política, es una medida de cuidado en una situación de epidemia, sin embargo resistirse a su uso o denostarlo se transformó en una posición política. Estos fenómenos se tradujeron en tensiones y contradicciones para muchas personas comunes que, a su vez, ya estaban afectadas por la situación. La emergencia de un caos informativo en general estridente y convocando a tensión y alarma y la difusión de información poco fundamentada no contribuyó por cierto ni al cuidado ni a mejorar las condiciones subjetivas. Una parte de eso es lo que se denominó infodemia. Este tensionamiento informativo creo que también fue un elemento, de producción de padecimiento, sufrimiento. Y también, de riesgo epidémico. Mostrando que una parte importante de la forma de afrontar la situación no dependía directamente del sector salud, sino que además del abordaje interdisciplinario en la toma de decisiones era necesario un trabajo intersectorial. Más allá de que la mayoría de la gente trató de mantener una política de cuidado más o menos adecuada dentro de lo posible.

CB: Hablabas y me acordaba de las primeras reuniones en que nos reuníamos en el hospital Ixs Jefes de Departamento para explicarnos las definiciones de “caso” elaboradas por el Ministerio. Era, además, que el virus iba a estar muy alejado de nosotros, porque vuelos directos de China a acá no había,

por ejemplo. Entonces, se hacía todo un cálculo. Me acordaba de eso cuando hablabas... Y esas eran las primeras definiciones de caso: toda persona que viene del exterior. Y cómo fue cambiando rápidamente; de hecho, cada semana. De acuerdo a la evolución del virus se iban reconstruyendo la definición de caso.

AB: En el 2009 en las Jornadas de Debate Interdisciplinario de Salud Y Población del Instituto Gino Germani de la Facultad de Ciencias Sociales UBA, presenté una conferencia sobre la pandemia de H1N1 o Gripe A que se titulaba “La vida social de los virus”. Poco antes, había estado en el Congreso Mundial de Salud Pública en Estambul cuando empezó la gripe A, allí la presidenta de la OMS abrió el congreso por teleconferencia desde México donde estaba por la emergencia. Sin embargo llegó a la Argentina muy poco después, pero se tomaron medidas bastante desarticuladas. De hecho esa epidemia desencadenó el pedido de renuncia a la entonces Ministra de Salud Graciela Ocaña. Creo que enfrentar situaciones nuevas devela las fallas estructurales no solo de los servicios de salud, fragmentados y segmentados; sino de muchas prácticas sociales.

Por ejemplo, la práctica extendida de consumir medicamentos que acallen los síntomas gripales para poder seguir en actividad, lo cual no solo nos dificulta la recuperación sino que nos convierte en transmisores masivos del virus. Recuerdo que durante la pandemia de gripe A, se mantenía una propaganda de antigripal de un hombre joven que al final de la jornada tenía tos y malestar y antes de dormirse se tomaba un antigripal, a la mañana se levantaba lleno de energía y se iba al jardín de infantes de su hijo a festejar el cumpleaños del chico. O sea se propagandizaba que fuera a contagiar a un establecimiento preescolar. De esas había muchas. Promoviendo lo que llamamos presentismo patológico. Este consiste en tomar un antigripal para poder seguir produciendo y por ello circulando. Tomar transporte colectivo, compartir espacios cerrados, etc. A veces era por necesidad, el caso de las maestras que necesitaban cobrar el presentismo.

CB: La siguiente reflexión creo que ya la desarrollaste... Yo había pensado que en un escenario, en un mundo fragmentado en sus lazos, en un mundo de incertidumbre, de inseguridades económicas, de accesibilidad, que a veces genera malestar -o a menudo genera malestar- desde una perspecti-

va relacional, como la posibilidad de encuentro o desencuentro entre el problema de la gente y los servicios, pensar el impacto de la pandemia dentro del campo del padecimiento subjetivo... Creo que ya lo has explicado...

AS: Hay un debate que se planteó respecto de las respuestas y padecimientos subjetivos en pandemia. Se trata de algunos estudios y publicaciones que tendieron a psicopatologizar el problema reduciéndolo a nosografías psiquiátricas o psicopatológicas preexistentes. Inclusive se habló de una "pandemia de enfermedades mentales", esto tuvo además un deslizamiento ideológico que fue separar el fenómeno global de la pandemia del de una de las respuestas a la misma: el aislamiento reducido a "cuarentena". Entonces, se establecía en algunos estudios un nexo causal lineal entre cuarentena y aparición de patologías; y se utilizaba para ello estudios de metodología bastante dudosa. Dudosa porque se realizaban a través de aplicar a muestras "incidentales" (no aleatorias) y de manera telefónica herramientas de screening epidemiológico en salud mental que jamás habían sido aplicadas a poblaciones en una situación tan excepcional. Recuerdo uno de ellos que aplicaba un cuestionario convalidado en estudiantes de una universidad norteamericana años antes de la pandemia y que indagaba síntomas de patologías. Si ante la pregunta "Se ha sentido triste o ha pensado en la muerte en los últimos tiempos" respondía que sí, se consideraba "depresión", si respondía afirmativamente a "tiene temor de salir de su casa" o a "Tiene miedo de estar en multitudes" calificaba como "agorafobia", en el mismo momento en que la indicación era no salir por la existencia de una enfermedad absolutamente nueva. Este ejemplo sirve para mostrar el reduccionismo psicopatologizante que, además, dio argumentos a quienes se oponían a las medidas de aislamiento. O sea, fue instrumentado políticamente, no descarto que - a nivel internacional - no haya habido en tales anuncios de incremento de psicopatologías un interés de ampliar mercado de psicofármacos.

En cambio hubo quienes optamos por utilizar la categoría sufrimiento psíquico o subjetivo, como lo plantea la Ley Nacional de Salud Mental. Una categoría que, sin descartar las nosografías tradicionales que son herramientas de intervención clínica, no reduce a ellas cualquier malestar. Comenzamos a pensar cuáles eran las dimensiones del padecimiento subjetivo que se producían en esta condición que combinaba la catástrofe mundial

que significaba la pandemia y los posibles efectos del aislamiento de los cuerpos que se indicaba para frenar su expansión. Un primer factor de padecimiento era la caída absoluta de la idea (o de la ilusión) de certidumbre con respecto al futuro. Al futuro individual y al futuro colectivo. Creo que quienes no se preocuparon por ello estaban haciendo un proceso de negación importante. En realidad estamos atravesando una situación inédita y extraña. Una especialista en literatura dijo que "esto es como estar viviendo en un episodio de literatura fantástica".

A su vez las medidas de aislamiento y suspensión de muchas actividades que implicaban circulación y contacto masivo, entre ellas la escolaridad, alteraron totalmente la vida cotidiana; que es el lugar donde nosotros organizamos y depositamos nuestras alegrías, nuestras tristezas, nuestras angustias, nuestras rutinas. En las rutinas cotidianas basamos una cierta sensación de certeza en la continuidad del tiempo y de los proyectos a futuro. Todo lo cual estaba puesto entre paréntesis. A esto se sumó la dificultad del contacto con los otros.

La situación afectó de distintas maneras a distintos grupos poblacionales: a los niños y a los adolescentes por la suspensión del ámbito fundamental institucional que los lleva por fuera de la familia; a los adultos mayores porque de golpe precipitó la percepción limitante ligada a la vejez por su condición de grupo en riesgo, y en algunos por su dificultad de acceso a las tecnologías, y así podría seguir enumerando. Además afectó y evidenció a las personas que estaban en situación de desamparo, precariedad de vivienda, etcétera. Diría que el único soporte que puede haber habido para que el daño no sea mayor es el armado de redes sociales: tanto comunitarias, solidarias, etcétera; como de políticas públicas de provisión de recursos, de alimentos y de cuidado.

También introduje como herramienta la categoría de duelo. Fuéramos conscientes o no, todos atravesamos un duelo, y el duelo tiene un componente de tristeza y tiene un componente de enojo e inclusive de furia, también puede implicar una negación. La cólera frente a una pérdida que no encuentra un culpable claro donde descargarla, como dice la elegía de Miguel Hernández "no perdono la vida desatenta, no perdono la muerte enamorada", puede ser capitalizada y encauzada hacia distintos grupos o distintos fines. Algo de eso señala Adam Ferguson¹ en su libro "Cuando muere el dinero"

1. Adam Ferguson: "Cuando Muere el Dinero-El derrumbamiento de la República de Weimar" Alianza Editorial, Buenos Aires/Madrid, 1975.

donde estudia y describe como en la Alemania que había perdido la Primera Guerra, el pago de la deuda inducía un proceso hiperinflacionario inédito que se sumaba a la humillación y que acuñó un rencor y un odio que el finalmente se canalizó hacia un sector de esa misma sociedad.

Pienso que frente a la pandemia, esta respuesta enojosa andaba a la deriva buscando con quien enojarse, porque uno no se puede enojar con un virus. Entonces, ha aumentado también las formas de violencia. Socialmente hablando. Y, en muchos casos, ha sido tratado con una fuerte intencionalidad de capitalización política. Así como el mercado trata de capitalizar el deseo para el consumo, me parece que hubo una fuerte intencionalidad de capitalización política del enojo.

CB: Esta cadena de pensamiento no la había pensado y me parece bien interesante.

AS: También trabajé con la categoría esfuerzo adaptativo, un fenomenal esfuerzo que hubo que hacer ante la alteración radical de la vida cotidiana. Tomé metafóricamente el concepto de adaptación de Piaget: una banda de moebius entre asimilación y acomodación. Transformar el entorno y transformarse uno mismo. Creo que significó un esfuerzo notable.

Con respecto al personal de salud, además del incremento del trabajo y de la situación de riesgo, creo que uno de los factores de estrés en el trabajo ha sido enfrentar situaciones, en las que tenían que enfrentar una enfermedad frente a la cual poco se sabía respecto a tratamientos y respuestas posibles. Leí un texto de un médico clínico que decía: es como si tuviéramos que aprender todo de nuevo, tenemos que aprender de los pacientes, de las situaciones, de cómo evolucionan. La aparición de términos para nombrar patologías inesperadas (“anoxia feliz”) fue un ejemplo. Para ellos y ellas, el esfuerzo adaptativo y el esfuerzo en general fue extremo.

No hay estrés mayor laboral que hacer una tarea para la cual uno no está preparado. Bueno. Esto es más o menos. Yo creo que después hubo distintas etapas. O sea, hubo una primera etapa muy eufórica, la gente le puso muchísima energía al esfuerzo adaptativo. Hubo una segunda etapa como más enojosa. Y ahora estamos

como en una etapa que yo no uso el término nueva normalidad porque es un oxímoron: es normal o es nuevo, las dos cosas a la vez no son. Pero sí creo que estamos en el armado, que ya nos hemos acomodado en alguna forma de rutina nueva. Y que para muchos cualquier alteración de esa rutina le produce ansiedad. Y, por otro lado, después lo que tuvimos que ir investigando es la gente que tenía procesos serios de negación: naturalización del riesgo, negación y renegación del riesgo, lo cual llevaba y lleva cada vez más a desestimar los cuidados.

CB: Sería interesante pensar sobre dos puntos más, que pueden formar parte de la caja de herramientas de intervención y estudio para alumnos, para docentes, para muchos; la posibilidad de repensar acerca de recuperar la idea de la condición humana. Yo lo vinculo al término este, a la categoría esta de la hospitalidad. La pandemia, para vos ¿trae una nueva visión de la condición humana?

AS: Yo no sé si de la condición humana, pero me parece que está puesta en tensión, el, la forma de subjetivación, por lo menos, de Occidente, seguro. Creo que cuando algunos hablan de “Crisis civilizatoria” refieren efectivamente a un punto de quiebre entre lo que venía sucediendo y la evolución hacia el futuro, la caída de un período completo de la concepción del mundo, de las relaciones de los hombres entre sí, consigo mismos y con a naturaleza.

CB: ¿Y cómo deviene?

AS: Ah, no, no... ahí, cuando me dicen ¿a dónde va a ir a parar esto? En principio estoy usando una frase de Walter Benjamin que plantea como necesaria: una reconstrucción de la modernidad basada en una reconciliación entre hombre y el mundo.

CB: Ah, bella.

AS: Creo que si algo muestra este desequilibrio catastrófico es que las cosas así como estaban, o sea, subordinando toda forma de vida a la concentración de riqueza y la acumulación de ganancias, no van más. Hay posibilidades utópicas y distópicas, esta es una situación de final abierto y no fácilmente previsible.

Por un lado aparecen discursos de potenciación del individuo, esa lógica de libertad sin límite, de libertad indefinida, que sólo puede ser limitada desde fuera por fuera, y de la cual Terry Eagleton² dice que es el origen del terror.

Y, por otro lado, aparecen esas lógicas del cuidado colectivo: donde cada uno sabe que la única forma es hacerlo cuidando al otro. La única forma de cuidarse uno es cuidar al otro, de alguna forma, cuidar a los otros.

También está interpelada la lógica moderna de considerar que la naturaleza es un recurso explotable, que es lo que nos ha traído a esta situación, o buscar la conciliación entre el hombre y la naturaleza, de una manera tal que no termine produciendo permanentemente desequilibrios catastróficos de esta índole. Quizás hay mucho para retomar de categorías de pensamiento y de formas de vida de los pueblos originarios cuya deriva por ejemplo en la Constitución de Bolivia, ha sido la instalación de Derechos de la Naturaleza.

CB: Bien. Y, esta idea, este concepto dinámico de la salud, que la salud se construye, se deconstruye, en función de condiciones sociales, culturales, históricas, procesuales. Los trabajadores sociales hablamos todo el tiempo del territorio. Entonces, la enfermedad se sitúa en un territorio, en territorios heterogéneos. Por lo tanto... ¿hay un posible retorno a lo territorial en salud mental? Y ¿qué recomendaciones das para eso? Estrategias grupales, el reconocimiento del trabajo entre pares... ¿cómo lo ves eso Alicia?

AS: Mira, en principio, porque ya hay agentes de salud mental trabajando territorialmente.

CB: Sí, las llamadas políticas de cuidado.

AS: En políticas de cuidado. Por ejemplo, acompañan, en Provincia de Buenos Aires, a las personas que van a hisopar en La Matanza. Pero, creo que el eje central del trabajo en salud mental ancla en lo territorial y articula entre agentes estatales y agentes propios de las comunidades o enlaza ambas categorías, en parte ya hay muchas experiencias funcionando y hay que fortalecer ese

enlace con lo estatal sin que se pierda la capacidad de decisión y participación de las comunidades y los movimientos sociales por ejemplo. El territorio no es una superficie, es una conjunción viva de actores, de agentes, de vínculos, de redes, de lazos sociales (o cómo los quieran llamar); con tensiones políticas, con conflictos, con intereses encontrados, con violencias. Y creo que el espacio de la intervención de la salud mental es, en principio y prioritariamente, territorial. Por eso, pienso que además es en principio interdisciplinario y, además de ser interdisciplinario, debe incorporar los saberes propios producidos en esa comunidad: sus lógicas, sus discursos, sus prácticas.

CB: Quizás... es el pie para desarrollar, porque vos hablabas bueno, las políticas de cuidado, los agentes hisopando...pero ¿cómo darle a esto temporalidad? ¿Cómo devienen otras formas sostenibles en el tiempo? Para acompañar en el mediano y en el largo plazo. Y pasado, digamos, el momento crítico o el momento de pandemia, incluso. Quizás es una oportunidad, es una posibilidad para desarrollar...

AS: Puede serlo. Para instalar políticas de otra manera. Para la instalación de políticas, por ejemplo, no asistencialistas, no hospitalo-céntricas, no medicalizantes. Para pensar más en la lógica de políticas de cuidado y con enfoque de derechos; que en políticas asistencialistas verticales focalizadas, como se pensaba en algún momento.

CB: Bueno, eso es un desafío para la agenda pública. A mí me parece.

AS: Totalmente.

CB: Un compromiso con la Ley 26.657

AS: Totalmente. Sí, sí.

CB: Que todavía nos queda incompleta su implementación y operativización aún, pero que la tenemos que hacer. Te agradecemos el tiempo que nos has brindado y nos llevamos muchos elementos para seguir pensando. Gracias por recibirnos y compartir este momento.

Artículos centrales



Artículos centrales

Salud en territorios segregados

Apuntes para pensar las políticas desde los aprendizajes que deja la pandemia.

Magdalena Chiara*

Fecha de recepción:	8 de noviembre de 2020
Fecha de aceptación:	13 de noviembre de 2020
Correspondencia a:	Magdalena Chiara
Correo electrónico:	magda.chiara@gmail.com

*. Doctora en Ciencias Sociales. UBA. Investigadora y docente del Instituto del Conurbano de la UNGS. Directora Académica de la Diplomatura. Gestión de las Políticas de Salud en el Territorio.

Resumen:

El trabajo se propone retomar las contribuciones del enfoque territorial para comprender la política sanitaria a la luz de la experiencia de la pandemia del COVID-19 en territorios segregados. Para ello sitúa la reflexión en algunos dispositivos de política pública implementados en el Área Metropolitana de Buenos Aires (AMBA). Está organizado en cuatro apartados: a una presentación del contexto general de la cuestión le sigue una reconstrucción preliminar del recorrido de dos propuestas que se llevaron adelante en el contexto de la pandemia COVID-19 en los "barrios populares": el Programa "El Barrio Cuida al Barrio" (EBCB) y el Dispositivo Estratégico de Testeo para Coronavirus en Territorio de Argentina (DETeCTAr). Otro apartado pone el foco en las propuestas

de reorganización del (pre existente) primer nivel de atención. Posteriormente se presentan algunos conceptos desde los que mirar a las políticas en el territorio. Para finalizar, el trabajo pasa en limpio algunos retos de las políticas de salud en territorios segregados a la luz de los aprendizajes que deja esta experiencia

Palabras clave: Política de salud - Geografía - COVID-19.

Summary

The aim of this paper is to take into account the contributions of the territorial approach to understand health policy in regards to the COVID-19 pandemic experience in segregated territories. To that end, it places the reflection on some public policy devices implemented in the Metropolitan Area of Buenos Aires (AMBA). The article is organised in four sections: a presentation of the general context of the issue is followed by a preliminary reconstruction of the course of two proposals that were carried out in the context of the COVID-19 pandemic in working-class neighbourhoods: the "El barrio Cuida al Barrio" (EBCB) program and the Dispositivo Estratégico de Testeo para Coronavirus en Territorio de Argentina (DETeCTAr). Another section focuses on proposals for the reorganisation of the (pre-existent) primary health care. Subsequently, the article presents some concepts from which to look at policies in the territory. Finally, it writes out some challenges that health policies face in segregated territories taking into account what was learned from this experience.

Key words: Health policy; geography; COVID-19.

Presentación

La pandemia por el COVID-19 es un hecho inédito en su alcance y en los impactos sobre la salud, los sistemas sanitarios, la economía, la vida cotidiana de las personas y los procesos de toma de decisiones. La sorpresa de los primeros meses, la evidencia que se fue generando y los saberes construidos con base a la experiencia en el campo de las políticas públicas, potencian lo novedoso del fenómeno. Sin embargo, la organización de respuestas adecuadas y pertinentes a la gravedad de la situación tropezó con problemas estructurales que reenvían a conocimientos y debates previos.

En el campo de las políticas de salud, las iniciativas buscaron alinear las fortalezas existentes pero enfrentaron también enormes debilidades de arrastre. Aún con diferencias en las agendas y en los diagnósticos, un dato

nada menor es el consenso -más o menos generalizado- entre quienes hacen política sanitaria en relación a tres ideas: que la salud es un bien colectivo, que el Estado debe asumir un papel indelegable para mantener su más alto nivel posible y que el territorio es una variable importante al momento de diseñar estrategias sanitarias. Estas cuestiones podrían ser consideradas como puntos de partida para un debate acerca de las reformas que necesita el sector salud argentino que, además de fragmentado, es sumamente injusto ya que la atención que reciben las personas y familias depende del tipo de trabajo que tienen, del nivel de renta que reciben y del lugar en el que viven.

Este trabajo pone el foco en el tercer factor, el territorio como clave para recorrer la cuestión sanitaria en contextos de desigualdad y busca -desde allí- mirar algunas intervenciones del Estado en la pandemia de COVID-19

en áreas segregadas, con el propósito de pasar en limpio los retos que enfrentan las políticas sanitarias cuando adoptan el enfoque territorial en su diseño e implementación.

Retomando las dimensiones clásicas en que puede descomponerse el análisis de la cuestión sanitaria (“estado de salud”, “estructura sanitaria” y “políticas”) distintas disciplinas vienen haciendo aportes relevantes en relación al territorio: en la primera, la geografía de la salud, la epidemiología social y la sociología de la salud demuestran el papel determinante que tienen las condiciones socio-ambientales en el “estado de salud” de familias y comunidades; en la segunda, los estudios urbanos y la economía de la salud advierten acerca de las asimetrías existentes entre jurisdicciones en la dotación de recursos (financieros, infraestructura, conectividad, equipos profesionales y no profesionales, lo que clásicamente se denomina “estructura”) y los circuitos de exclusión que reproducen servicios de salud mal dotados, de baja calidad, con escasa cobertura y poco adecuados a las necesidades de la población.

En la dimensión de las “políticas”, las contribuciones desde salud comunitaria son el antecedente más valioso que se esfuerza por recuperar las condiciones del territorio en la forma de concebir y llevar adelante las acciones en salud; con foco en la atención primaria, miran el territorio barrial o de proximidad y recuperan el protagonismo de sus actores en la construcción de una mejor salud para la comunidad.

Lejos de pretender evaluar procesos aún abiertos, en estas páginas queremos recuperar las contribuciones del enfoque territorial para pensar la política sanitaria a la luz de la experiencia de la pandemia del COVID-19 en áreas segregadas, situando la reflexión en torno a algunos dispositivos de política pública implementados en el Área Metropolitana de Buenos Aires (AMBA) entre los meses de abril y agosto del año 2020.

A este planteo inicial, le sigue una reconstrucción estilizada y preliminar del recorrido que hicieron dos propuestas de intervención que se llevaron adelante en el contexto de la pandemia COVID-19 en los “barrios populares” y la propuesta de reorganización del pre existente primer nivel de atención. Posteriormente se

enuncian algunas claves conceptuales desde las que es posible mirar la relación entre políticas de salud y territorio que encierran esas experiencias. Para finalizar, el trabajo pasa en limpio algunos retos del abordaje territorial en áreas segregadas a la luz de los aprendizajes que deja esta experiencia.

Los “barrios populares” en las políticas de la pandemia

Los desafíos que enfrentaron el Ministerio nacional, las carteras sanitarias de las provincias y las secretarías municipales fueron enormes y muy diversos. Casi desde el inicio se advirtió que fortalecer las camas de cuidados críticos, ampliar la red de laboratorios, introducir tecnología, definir protocolos y proveer los insumos necesarios era imprescindible teniendo en cuenta cuál era el punto de partida, pero no suficiente. La expansión de los contagios reenvió tempranamente la atención a la necesidad de desplegar acciones en el territorio y mostró la importancia que tiene la variable tiempo cuando éstas deben ser múltiples, coordinadas, oportunas y con cobertura suficiente.

El COVID-19 puso en el centro de la atención la importancia de proteger a las poblaciones vulnerables y enfrentó un obstáculo para afrontar ese objetivo: las desigualdades espaciales y habitacionales pre-existentes. Rápidamente se puso en evidencia que cumplir con las medidas de cuidado para la prevención y el control de los contagios (expresado en la consigna “Quedate en Casa”) no representaba lo mismo en los distintos contextos; los denominados “barrios populares” fueron escenario extremo de estas dificultades (Comisión de Ciencias Sociales de la Unidad Coronavirus COVID-19, 2020).

Organizadas las primeras acciones a nivel macro, un eje fundamental en el manejo de la pandemia fue la puesta en marcha de un sistema de vigilancia que incluyera la búsqueda activa de personas con síntomas, la confirmación de los casos (testeo), el seguimiento, el aislamiento y el rastreo de los contactos estrechos, adecuados a cada territorio.¹ En contextos de vulnerabilidad se suma un segundo eje, la organización de un “sistema de apoyo o soporte” en los hogares a las personas y familias y la

1. La revisión de la experiencia internacional muestra que estas estrategias han sido clave en el control de la transmisión y la mitigación de los daños. (Han et al, 2020)

protección de personas en situación de riesgo (mayores de 60 años, enfermedades crónicas, embarazadas, inmunodeprimidos, entre otras). Mantener lo que se denominó "prestaciones esenciales" en salud era el tercer eje e involucraba al (pre existente) primer nivel de atención.

Con sólo 3000 casos positivos en todo el país y 142 fallecidos, el 20 de abril el Gobierno de la Ciudad de Buenos Aires (GCBA) informó el primer caso en el Barrio Padre Mujica (Villa 31); a la situación de hacinamiento se sumó una variable letal, la falta de agua. Semanas antes, las organizaciones sociales venían advirtiendo acerca de la amenaza que implicaba el COVID-19 en los barrios populares y reclamaban medidas activas de control y de protección de población en situación de vulnerabilidad, así como también la necesidad de alinear esfuerzos en mesas de concertación con el Estado. Pidieron acordar un "protocolo especial de actuación frente al coronavirus en villas y asentamientos"² y elaboraron -también tempranamente- protocolos propios y piezas de comunicación comunitaria adecuadas a la situación de los barrios, asumiendo el papel de mediadores entre las medidas oficiales y las condiciones materiales y culturales en esos territorios.

Respondiendo a este problema, la Resolución conjunta de los Ministerios de Salud y Desarrollo Social de la Nación sistematizó las "Recomendaciones y medidas específicas para evitar la propagación del COVID-19 en barrios populares y cuidado de adultos mayores" (Resolución conjunta MSN y MDSN 02/2020) y presentó orientaciones e instrumentos para el armado de una red de apoyo y protección de personas en situación particular de riesgo, jerarquizando el papel de los municipios en la gestión e invitando a conformar comités de emergencia locales y barriales. Tributaria de una fase de muy baja circulación en esos territorios, preservaba en la órbita de competencia del sector salud (equipos de salud y centros de atención telefónica) la detección de casos sospechosos,³ esquema que encontró sus límites en los meses siguientes interpelando (más allá de los

enunciados oficiales) a referentes de los barrios de formas diversas.

Para anclar el análisis en el camino recorrido por las políticas públicas entre los meses de abril y agosto de 2020, partimos de una reconstrucción estilizada y preliminar de dos líneas de intervención en el marco de la pandemia para intervenir en los denominados "barrios populares", en orden de aparición: el Programa "El Barrio Cuida al Barrio" (EBCB) y el Dispositivo Estratégico de Testeo para Coronavirus en Territorio de Argentina (DETeCTAr). Ponemos la atención sobre estos dispositivos porque se plantearon abordar el problema en los "barrios populares" y buscaron trasladar la intervención desde el lugar de la oferta (los servicios) hacia el territorio, a través de distintos procesos de adaptación en el nivel subnacional (provincias y municipios).

Con 1340 "barrios populares" y el virus en franca expansión, el Área Metropolitana de Buenos Aires (AMBA) fue el laboratorio inicial de las iniciativas que se desplegaron en el territorio en esos meses y, por ello, es el contexto de referencia de nuestro análisis. La definición de estas áreas deriva del Registro Nacional de Barrios Populares (ReNaBaP) realizado entre agosto de 2016 y mayo de 2017 que reúne información sobre las villas y asentamientos de todo el país. En este relevamiento se consideran "barrios populares" a aquellos en los que la mitad de la población no cuenta con título de propiedad, ni acceso a dos o más servicios básicos. A partir del 15 de abril, se introduce esta variable en la definición oficial: las personas que vivieran en estos barrios necesitaban presentar sólo uno de los síntomas enunciados para ser considerado "caso sospechoso" y ser derivado para testeo.

a. *Un sistema de apoyo desde las organizaciones: el Programa "El Barrio Cuida al Barrio"* Con el propósito de traducir la consigna inicial "Quedate en Casa" a "Quedate en tu Barrio", el Ministerio de Desarrollo Social de la Nación (a través de la Dirección de Cuidados

2. El documento de "Recomendaciones para un protocolo especial de actuación frente al coronavirus en villas y asentamientos" llamaba a una elaboración colectiva entre organizaciones sociales y estado que recorriera dimensiones clave para poder sostener el trabajo de contención y asistencia que desde los inicios llevaron adelante: coordinación, información y acceso a la justicia, cuidados básicos, prevención/mitigación, detección oportuna y tratamiento.

3. "Detección de casos sospechosos: La detección de casos sospechosos siempre será realizada por personal del equipo de salud, pero puede ser evaluada por a través de colaboradores y colaboradoras con capacitación adecuada y mediante el uso de algoritmos o encuestas telefónicas. El Comité Local de Emergencia podrá disponer de un sistema telefónico gratuito que permita evaluar las consultas y coordinar con el PIC la necesidad de evaluación y la forma eventual de traslado a centro sanitario si se considera necesaria la evaluación en un centro salud. En caso de necesitar de traslado se sugiere la más adecuada según el contexto y la situación. Se deberá articular con los sistemas de emergencia de cada jurisdicción para planificar una estrategia de traslado en caso de pacientes sospechosos y la identificación de los convivientes. Identificar y acompañar a las personas que pueden estar atravesando alguna situación de violencia de género o problemática de salud mental (incluyendo el consumo problemático) y garantizar el acceso a la atención si lo requiere." (Anexo 1 de Resolución Conjunta MSN y MDSN, 02/2020).

Integrales de la Secretaría de Economía Social) recogió la demanda de las organizaciones sociales y las orientaciones de la Resolución conjunta, y propuso el Programa “El Barrio Cuida al Barrio” (EBCB), estrategia de contención social y sanitaria basada en el trabajo de promotores/as barriales que se ocuparían de realizar “un acompañamiento específico a grupos de riesgo, difundir medidas preventivas y distribuir elementos de seguridad e higiene”.⁴ La propuesta buscaba que referentes barriales trabajaran como promotores comunitarios/as en salud para llevar adelante tareas que la evidencia disponible en esos meses ya marcaba como estratégicas:⁵ (a) identificar y mapear a los grupos de riesgo; (b) reforzar la comunicación de las medidas de prevención de la salud; (c) distribuir viandas, elementos de higiene y limpieza; (d) acompañar y trasladar a personas que presentaran síntomas; (e) informar y asegurar el acceso a las diferentes herramientas y medidas dispuestas (MDSN, 2020).

En su planteo original, el Programa pretendía desarrollar una red de apoyo o soporte a las familias, a la vez que proteger de manera particular a las personas en situación de riesgo; la cobertura dependía de las organizaciones que se involucraran y buscaba dejar alguna capacidad instalada en cada barrio. El proceso reconocía tres momentos: la planificación de las visitas; la realización de un relevamiento casa por casa para localizar y registrar a la población en situación de vulnerabilidad; y la organización de la tarea de asistencia y apoyo desde los centros comunitarios, comedores y merenderos buscando acercar los insumos necesarios a las familias.

En relación a los actores que articula, esta propuesta retoma las orientaciones de la Resolución conjunta entre el MSN y el MDSN pero “pierde en el camino” a los municipios. Privilegiando a las organizaciones sociales de base territorial, EBCB no preveía articulaciones con las secretarías de salud de los municipios o, en los barrios, con los equipos de los centros de salud; se destaca particularmente esta vacancia, teniendo en cuenta la importancia que tiene el componente sanitario en la propuesta y la presencia de los centros de atención primaria de la salud (CAPS) y “salitas” en los barrios.

Contemporáneamente y recogiendo las orientaciones de la Resolución conjunta (02/2020), la Dirección Provincial de Salud Comunitaria del Ministerio de Salud de Buenos Aires elaboró una propuesta de intervención denominada “Abordaje Territorial para la Respuesta al Coronavirus en los barrios” (ATR) (MSPBA, 2020a) Sus lineamientos convergen con el Programa EBCB en lo relativo al involucramiento de las organizaciones sociales y políticas en la respuesta sanitaria, la identificación de población en riesgo y la articulación con dispositivos de búsqueda activa.

El cuarto eje del ATR propone realizar un “Mapeo de recursos sanitarios y de la comunidad” y sugiere realizar cruces de información georreferenciada para definir estrategias de acción destinadas a focalizar las acciones y evitar la movilidad cuando “existan casos confirmados en un barrio”. En ese mismo documento, el Ministerio plantea la necesidad de contar con un relevamiento de los CAPS y crea un “Mapa de la Red de Atención y Derivación” que involucra efectores de distintas jurisdicciones.⁶ Pisando el crecimiento de la curva de contagios, el Ministerio provincial parecía necesitar de imágenes que representaran una idea de “control central sobre el territorio” como fuente de confianza en el manejo de la emergencia.

Un aspecto distintivo respecto del Programa EBCB es la importancia que, en su diseño original, la ATR le confiere a los municipios. La preocupación por la intergubernamentalidad está presente en la figura del Comité Operativo de Emergencia (COE) (a nivel local y de cada barrio) que fue el instrumento que mejor arraigó y que también estaba presente en la Resolución conjunta referida arriba. Los COEs se desarrollaron de manera heterogénea en distintas escalas; la reconstrucción de estos recorridos en el nivel local es también una tarea apenas iniciada por algunos estudios (Couto, Carmona, Martínez, *et al.*, 2020).

A medida que avanzaba la circulación del virus en los territorios, los referentes de las organizaciones se enfrentaron a situaciones complejas para las que necesitaron conocimientos técnicos y saberes prácticos específicamente sanitarios. Entre otras, se destacan la derivación y

4. <https://www.argentina.gob.ar/noticias/se-lanza-el-barrio-cuida-al-barrio-frente-la-pandemia-del-covid-19>. [Recuperado el 8/10/20]

5. En Brasil, se destaca la producción y los espacios de debate generados por la “Rede APS - Rede de pesquisa em Atenção Primária à Saúde” de ABRASCO en relación al papel de los Agentes Comunitarios en Salud (<https://redeaps.org.br/>)

6. <https://carto.arba.gov.ar/cartoArba/covid-19> [Recuperado el 5/10/20]

cuidados de personas con síntomas o personas aisladas a la espera de resultados; el abordaje y contención de personas aisladas como contacto estrecho que conviven con población en situación de riesgo; y, también, atender al cuidado de los propios referentes barriales frente a la posibilidad de infección.

Los mecanismos previstos en los protocolos oficiales⁷ fueron mostrando dificultades para responder a las demandas cuando la velocidad de contagios se aceleró; estos problemas desbordaron los centros de atención telefónica y cayeron en la agenda de los y las referentes que eran (también) la "primera línea" frente a las consecuencias que dejaba la pandemia.

b. *La búsqueda activa de casos: el Dispositivo Estratégico de Testeo para Coronavirus en Territorio de Argentina (DETeCTAr)* Con vistas a poner el foco en la búsqueda activa de casos en territorios específicos y como respuesta a la demanda de una mayor presencia en los barrios, el 5 de mayo el Ministerio de Salud de la Nación lanzó el *Dispositivo Estratégico de Testeo para Coronavirus en Territorio de Argentina (DETeCTAr)* para la detección precoz de casos sospechosos; se puso en marcha en el Barrio Padre Mujica (CABA) y en el Barrio La Paz en el municipio de Quilmes de la provincia de Buenos Aires.⁸ Sus objetivos fueron la detección precoz, el cuidado de los casos confirmados y el aislamiento para minimizar la transmisión del virus (MSN, 2020a).

Activando al "operativo" como instrumento, el DETeCTAr se presentó como una estrategia de búsqueda activa a través de visitas "casa por casa" para la detección temprana de casos y aislamiento adecuado en áreas que presentan déficits habitacional y sanitario. En cada vivienda se recordaban las recomendaciones, se tomaba la temperatura y se confeccionaba un cuestionario para identificar síntomas compatibles con la definición de un caso sospechoso.

La propuesta organizaba el trabajo en varias etapas: (i) determinación del área, barrio o sector donde se implementaría el dispositivo; (ii) búsqueda activa de casos y traslado de los mismos hacia el lugar de referencia;

(iii) realización del "triage" de casos evaluados en terreno; (iv) entrevista epidemiológica, toma de muestra y notificación al Sistema Nacional de Vigilancia en Salud (SNVS); y (v) espera de resultados y derivación de casos confirmados.

La delimitación del área de intervención del DETeCTAr se justificaba en un principio por tres criterios: (a) la aparición de casos agrupados geográficamente en un barrio o fracción del mismo, (b) la existencia de contactos estrechos en la zona, y/o (c) el incremento de consultas por cuadros respiratorios en los establecimientos del primer y segundo nivel en un área programática en particular. La existencia de barreras en el acceso al diagnóstico precoz es el cuarto criterio que daba cuenta del reconocimiento de los límites de la oferta (tanto pública como de obras sociales y seguros privados) para llegar a algunas poblaciones; se trata de un problema que no es exclusivo de los "barrios populares" y que se agravó en el contexto del aislamiento.

La puesta en marcha e implementación local del DETeCTAr dependió de cada provincia y el Ministerio nacional garantizaba la provisión de insumos, personal de salud para llevar a cabo la toma de muestras y las unidades sanitarias móviles.

Un atributo valioso del DETeCTAr es que rápidamente fue objeto de adaptaciones en su implementación a nivel subnacional en el AMBA primero, para escalar posteriormente en otras provincias siguiendo la expansión de los contagios (lo que se llamó el DETeCTAr Federal). Estas adaptaciones tuvieron lugar sobre el núcleo principal de la propuesta, un operativo orientado a la búsqueda activa de casos sospechosos y rastreo de contactos estrechos en el territorio. Las variaciones en torno a los problemas que se incorporaron en las distintas modalidades, la convocatoria a otros actores y el nombre que adoptó en cada caso, dejan planteadas distintas preguntas que trascienden este trabajo y deberán ser abordadas en el contexto singular de cada recorrido local.

En la provincia de Buenos Aires, estos operativos se llamaron "Jornadas de búsqueda activa de casos sos-

7. En los primeros meses, una vez realizada la toma de muestras, la población aguardaba los resultados bajo internación hospitalaria. (MSPBA, 2020b:9)

8. <https://www.telam.com.ar/notas/202005/459738-salud-lanzo-el-operativo-detectar-para-todo-el-amba-con-el-fin-de-buscar-casos.html> [Recuperado el 2/10/20]

pechosos de COVID-19”, fueron coordinados por la Dirección Provincial de Salud Comunitaria del Ministerio de Salud de la provincia y participaron, además de los equipos provinciales, el Ministerio Nacional y los municipios; contaron para su organización con el protagonismo de las regiones sanitarias, instancia descentrada de gestión en la provincia. En algunos casos, duraban varios días (como sucedió en Villa Azul y Villa Itatí en Quilmes y Avellaneda), mientras que en otros se trataba de un día por barrio (Informes de la Dirección Provincial de Salud Comunitaria del Ministerio de Salud de la provincia de Buenos Aires).

Una revisión rápida y preliminar de estas estrategias desde el nivel local muestra un espectro más o menos variable de los problemas que se abordan y los actores convocados. La densidad que le atribuye cada municipio al trabajo en los barrios es variable; sobre el núcleo de tareas de búsqueda activa “casa por casa” se *amplía la integralidad en el abordaje en terreno hacia otros problemas* como asistencia alimentaria, violencia de géneros, completamiento del calendario de vacunación, mapeo y caracterización de personas con mayor vulnerabilidad psico-social, entrega de barbijos, insumos de limpieza y folletería y detección de problemas de salud desatendidos.

Los actores involucrados en los operativos también variaron; dependiendo de la trama política e institucional local y las relaciones con organismos supralocales (que muchas veces aportan distinto tipo de recursos), se amplió la convocatoria a agentes de los organismos federales (Autoridad de la Cuenca Matanza Riachuelo – ACUMAR y Ministerio de Relaciones Exteriores y Culto con “Casos Blancos”, Municipio de Morón; ANSES, Municipio de Luján); programas provinciales (Programa de Fortalecimiento e Integración de Redes de Salud de la Provincia de Buenos Aires - PROFIR, Municipio de Ituzaingó y Quilmes); por citar algunos ejemplos. Cuando los municipios contaban con promotores de salud o agentes comunitarios, fueron convocados y tuvieron una participación muy activa.

En el nivel local también varió la forma de nombrar a esta estrategia aunque en casi todos los casos se encuentra la referencia explícita al “DETeCTAr”: “Operativos de detección temprana en el marco del Programa El Barrio Cuida al Barrio” y “Plan DETeCTAr” (Municipio de Luján); “Cuidarnos + DETeCTAr” (Municipio

de Quilmes); “Operativos de Vigilancia Epidemiológica Comunitaria / DETeCTAr” (Municipio de Morón), “Búsqueda Activa de Casos con Unidad de Testeo Móvil” (Municipio de Tres de Febrero); “Operativo Socio Sanitario Preventivo Municipal” (Municipio de José C. Paz).

El papel asignado a los equipos de los centros de atención primaria de la salud (CAPS) fue variando en el tiempo y entre municipios; en algunos casos, acompañaron el trabajo en terreno, en otros estuvieron a cargo de la recepción de casos sospechosos (cuando no se disponía de las unidades sanitarias móviles), mientras que en otros participaron de actividades de vacunación en las “postas” instaladas a propósito del operativo.

La expansión del DETeCTAr fue desplazando al Programa “El Barrio Cuida al Barrio” (EBCB)⁹ de aquella idea de “cobertura amplia” (en un territorio delimitado por el trabajo de las organizaciones sociales) en la que no había logrado consolidarse, hacia la modalidad de “operativo sanitario”. Con la misma lógica, la propuesta de “Abordaje Territorial para la Respuesta al COVID-19” (ATR), se movió también hacia la idea del “operativo” (MSPBA, 2020c).

Bajo esta nueva lógica, en el mes de julio se realizaron operativos de EBCB en algunos municipios del AMBA (Berazategui, Florencio Varela, Morón, Tigre y Zárate) y, ampliando el mapa de actores originalmente previsto, se incorporaron equipos municipales. En algunos municipios llegaron a organizar un despliegue importante basado casi exclusivamente en el trabajo de las organizaciones sociales; este fue el caso de La Matanza donde en el mes de junio se llegaron a colocar 30 postas sanitarias.

En CABA, el DETeCTAr desbordó a los “barrios populares” y adoptó la propuesta para la “búsqueda activa territorial” de personas con síntomas y el seguimiento y testeo a contactos estrechos de los casos positivos a través de “bases operativas fijas” en barrios con alta concentración de casos; los espacios eran en su mayoría establecimientos educativos, aunque también se localizaron en clubes, oficinas públicas de las comunas o centros culturales. En áreas con mayor concentración de casos, el trabajo se reforzó a través de camiones sanitarios móviles “DETeCTAr móvil”. El esquema funcionaba a través de visitas “casa por casa” y también por

9. El Programa El Barrio Cuida al Barrio se presentó en el reporte diario del Ministerio de Salud de la Nación del 16 de mayo como parte de la estrategia de trabajo en los barrios populares.

consulta espontánea de personas con síntomas en las bases que complementaban el trabajo de las "unidades febriles" del mismo Gobierno de la Ciudad. Llegaron a funcionar 38 bases operativas localizadas en distintos puntos de la Ciudad.

Como ya aclaramos, no se busca hacer comparaciones valorativas entre una y otra experiencia. El foco está puesto en este apartado en el dispositivo de intervención y en las adaptaciones de las que fue objeto que dependieron de la trama de actores en la arena local, las jurisdicciones intervinientes, la estructura sanitaria y los atributos del territorio. Más allá de las diferencias, suponen una "bajada" de actores centrales (siempre en términos relativos) con el propósito del control de los contagios en territorios de proximidad.

El crecimiento de la curva de contagios parece haber desplazado de la agenda la pretensión de organizar acciones con cobertura, dando paso a la modalidad del operativo como principal instrumento de intervención. Resulta necesario mirar con más detenimiento las estrategias locales desde las que parecen haberse articulado estas orientaciones de los niveles centrales en los territorios locales.

El desafío de reorganizar el primer nivel de atención

El primer nivel de atención (PNA) son los centros de atención primaria de la salud (CAPS), centros de salud o "salitas", como suelen llamarse en los barrios. Su lugar como "puerta de entrada" al sistema de salud es indiscutido tanto en el campo académico como en las orientaciones de las políticas; propuestas interesantes le asignan un papel mayor, el de organizar las redes de servicios. Sin embargo, más allá de los esfuerzos realizados desde algunas iniciativas para su fortalecimiento,¹⁰ la realidad del primer nivel de atención está lejos de ocupar aquel lugar que le asigna la teoría. Se trata de una red que presenta fuertes asimetrías en la infraestructura, conectividad, cantidad y estado del equipamiento existente y en la dotación de equipos profesionales y no

profesionales; es dispar también la manera como cada provincia o municipio organiza su gestión.

El AMBA, laboratorio de las iniciativas que se desplegaron en la pandemia en el territorio, es un ejemplo extremo de estas desigualdades. Mientras en CABA los 77 establecimientos del primer nivel de atención¹¹ forman junto a los 29 hospitales una red más o menos homogénea regulada por la Ley de Salud y dependiente del Ministerio de Salud del Gobierno de la Ciudad; en la provincia de Buenos Aires casi la totalidad de los 1.200 establecimientos está bajo la jurisdicción de 40 municipios y los hospitales se distribuyen bajo patrones también diferentes entre la provincia, los municipios y la nación. Así, a la desigualdad en la demanda y en las características de la oferta que existen entre CABA y los municipios de la provincia descripta en otros trabajos (Chiara, 2019a), se suman otros dos atributos: la fragmentación político institucional y las fuertes asimetrías en las condiciones bajo las cuales los municipios de la provincia sostienen sus centros de salud. Estas asimetrías se profundizaron a partir de 2015, cuando se discontinuó y redujo la distribución de insumos críticos de los programas nacionales y provinciales (medicamentos, vacunas, tratamientos para patologías específicas).

Como contracara de estos problemas del primer nivel, se destacan dos fortalezas: la cobertura, es una red que en los municipios del AMBA tiene más de 1.200 centros de salud, y su dinamismo, tanto por el volumen de las consultas realizadas como por las respuestas que son capaces de organizar en territorios heterogéneos y segregados. Con las asimetrías aludidas, estos establecimientos cuentan con equipos de profesionales y no profesionales que, a pesar de las dificultades y limitaciones (y con ellas auestas), sostienen estrategias que buscan ser adecuadas y pertinentes a las necesidades de familias y comunidades que viven en la periferia; allí donde el Estado es el único prestador de proximidad, incluso para aquella parte de la población que dispone de algún seguro (obra social o seguro privado).

Con estos claroscuros, el primer nivel de atención ingresó a la emergencia del COVID-19 y, como sucedió

10. Aún con modelos de intervención muy diferentes, hasta el año 2015 distintos dispositivos nacionales fueron clave para fortalecer la capacidad de resolución del primer nivel de atención a través de la entrega de medicamentos esenciales, la atención de los casos de patologías congénitas de muy difícil resolución desde el ámbito local o abonando a la conformación y fortalecimiento de redes perinatales en el territorio.

11. En CABA el primer nivel de atención está compuesto por 38 CeSAC (Centros de Salud y Acción Comunitaria) y por 39 CMB (Centros Médicos Barriales) que dependen del Gobierno de la Ciudad de Buenos Aires (GCBA).

en otros países, tuvo muy poca visibilidad. La expansión de la estructura hospitalaria (particularmente en lo relativo a los recursos de alta complejidad) ocupó un lugar privilegiado en la agenda. En la práctica, el primer nivel de atención quedó inicialmente desdibujado en la estrategia sanitaria dando lugar a distintos cuestionamientos.

En el marco de las orientaciones generales producidas por el Ministerio nacional (MSN, 2020b), cada jurisdicción elaboró recomendaciones específicas que buscaban definir un lugar para el primer nivel de atención. En la provincia de Buenos Aires, se elaboraron tempranamente protocolos que fueron actualizados a lo largo del tiempo; el foco estuvo puesto en la (re) organización del proceso de atención, particularmente la definición de prácticas esenciales; la definición de un flujograma de atención (orientación inicial o “triage”, atención clínica de casos; seguimiento de casos sospechosos, confirmados y contactos estrechos); y la definición de un conjunto de recomendaciones generales para la organización del trabajo en los CAPS (tanto en relación a la desconcentración de personas como a las medidas de cuidado de los equipos de salud). (MSPBA, 2020b)

Sin intención de poner en cuestión las medidas y orientaciones sanitarias adoptadas, es necesario recordar que los “protocolos” son instrumentos de gestión que definen prácticas y procesos esperados o deseables, pero que -por si solos- tropiezan con enormes limitaciones para lidiar con fenómenos heterogéneos en las capacidades de los actores y conflictivos en las relaciones que los atraviesan. La tarea de gobernar la salud en la provincia de Buenos Aires (incluso pensando “puertas adentro” del subsector estatal) enfrenta un doble imperativo: por una parte, el Estado provincial es el garante (junto con la nación) del derecho a la salud, y por la otra, no tiene casi ninguna responsabilidad sobre la provisión de los servicios del primer nivel, en el AMBA a cargo de 40 municipios diferentes y desiguales en sus recursos, orientaciones e ideas desde las que organizan la política sanitaria; en los hospitales la situación es más matizada, pero sucede algo parecido.

Así, en los territorios de proximidad los protocolos “pisan el barro” y enfrentan la dificultad que supone ordenar procesos complejos y heterogéneos resultantes de acciones (y omisiones) de los municipios, la provincia y la nación, a lo largo de décadas. En este contexto, la inter-gubernamentalidad es una parte ineludible de la política sanitaria y mantiene su vigencia a pesar de la pandemia. La inercia de esta historia cruzada entre ju-

risdicciones es otro factor que demarca problemáticas muy diferentes entre CABA y el resto del AMBA. Allí también hay que buscar los condicionamientos en el alcance de las estrategias que llevó y puede, en un futuro, llevar adelante -por si sola- cada jurisdicción.

Si tenemos en cuenta estas coordenadas, no sorprende lo que muestran los estudios en los primeros meses de la pandemia (Ariovich, Crojethovic y Jiménez, 2020). Dificultades iniciales para sostener las prestaciones esenciales y mantener activa la red de establecimientos; equipos reducidos como resultado de las licencias médicas de personal en riesgo primero y, más tarde, por contagios. Un cierto estándar establecido por las orientaciones provinciales en relación a la atención de casos COVID desde los centros (“COVID exclusivo”, “Mixto” y “Prácticas esenciales exclusivas”), a la vez que restricciones y dificultades impuestas por la infraestructura en cada centro. Las formas diversas de sostener las prácticas esenciales y los impactos que tienen sobre los controles de enfermos crónicos, controles de embarazo y niños menores de un año y vacunación. Las dificultades para abordar problemas emergentes que requieren de una red interinstitucional y de actores y del trabajo intersectorial (interrupción legal de embarazo, violencia de géneros, salud mental, problemas nutricionales, entre otros).

En el estudio referido llama la atención la falta de referencias al papel del primer nivel en las tareas de vigilancia epidemiológica: la búsqueda activa de personas con síntomas (más allá de alguna participación en los operativos del DETeCTAr), el seguimiento de casos sospechosos, confirmados y contactos estrechos, tal como lo establece -en términos generales- el protocolo provincial (MSPBA, 2020b). Según el mismo estudio realizado en el mes de junio, la confirmación de los casos (testeo) parece operar a través de la derivación al sistema de emergencias, SAME Provincia.

El derrotero de algunas experiencias locales (Avellaneda, Morón, Quilmes, San Martín y Tigre, por poner algunos ejemplos) muestra que, a medida que crecían los contagios, se fueron descentralizando las tareas de vigilancia desde las áreas centrales de epidemiología de los municipios hacia los efectores del primer nivel, que recibían la derivación de los pacientes hisopados en los operativos y eran responsables de realizar el seguimiento. A la luz del crecimiento de los casos y al calor de esa dinámica que impulsó la emergencia, los equipos municipales fueron modificando la estrategia inicial y desa-

rollando instrumentos de distinto tipo para coordinar y gestionar la información de los pacientes.

Cabe aclarar que en la provincia el seguimiento de personas confirmadas, casos sospechosos o contactos estrechos se llevó a adelante a través de los Centros de Telemedicina COVID-19 (CETEC) para brindar asistencia sanitaria y reforzar pautas de cuidado, a cargo de municipios, regiones sanitarias y universidades.

El lugar desdibujado que tuvo en los primeros meses el primer nivel de atención en la estrategia sanitaria general se expresó en las demoras en el reconocimiento para la asignación de recursos.¹² Un ejemplo de esta cuestión que fue objeto de reclamos por parte de la FAMG (Federación Argentina de Médicos Generalistas) es el pago del Bono Extraordinario para personal de salud; previsto originalmente solo para personal esencial de los establecimientos "con" internación, alcanzó posteriormente al personal de los establecimientos "sin" internación (Resolución conjunta 08/2020 MSN y MTESSN).

El estudio aludido (Ariovich, Crojethovic y Jiménez, 2020) hace referencia a la importancia que tuvo para los equipos de los CAPS disponer de Equipos de Protección Personal (EPP) suficientes para desarrollar el trabajo con los cuidados necesarios; hoy parece apenas un dato, pero en las primeras semanas consumió atención, tiempo y gestión de las instancias centrales generar los mecanismos para incentivar la producción y garantizar la provisión de los EPP necesarios en características y cantidad. Disponer de ese recurso fue un requisito ineludible para que pudieran descentralizarse las tareas de vigilancia en los equipos del primer nivel de atención.

Desde el comienzo, la pregunta acerca del papel del primer nivel de atención en la emergencia del COVID-19 insiste en declaraciones, foros y debates.¹³ La extensión de la pandemia en el tiempo y en el territorio enfrenta a la necesidad de reorganizar las prácticas para sostener los servicios, asegurar el acceso, la continuidad y la integralidad de la atención en territorios de proximidad. Fortalecer las condiciones para poder llevar adelante estas funciones, es una tarea estratégica.

Lecturas desde el territorio

Hasta aquí, hemos hecho una descripción estilizada y provisoria de algunas políticas que, como dispositivos novedosos o buscando reorganizar lo existente, pensaron al territorio y buscaron "saltar las fronteras" de los servicios. Rescatando su valor, proponemos retomar algunos conceptos desde los cuales leer sus consecuencias.

En salud es habitual pensar al "territorio" como aquello que está "afuera" de los servicios. "Bajar al territorio" es una frase que insiste en el discurso y expresa un modo de simplificar y aprehender una relación compleja. Más allá de las adaptaciones y replanteos que suceden en la práctica, dotar de mayor densidad teórica a esta relación es una tarea pendiente y la jerarquía que adquirió el territorio en esta pandemia obliga a encararla. En este apartado presentamos algunas claves conceptuales que pueden ayudar a revisar el camino recorrido por los dispositivos de políticas, a la vez que robustecer -en su complejidad y potencia- el abordaje territorial.

Para empezar, proponemos tomar distancia de visiones clásicas que tienden a ver al territorio como el mero lugar en el que las políticas se despliegan (a modo de variable dependiente), para entenderlo como un tipo particular de espacio (social e históricamente construido) con determinados atributos que derivan de la apropiación y auto referencia de los actores. Esta perspectiva destaca su carácter dinámico y político: quienes usan el territorio y lo reproducen, contribuyen a su vez a la construcción de una determinada territorialidad (Chiara, 2019b). La territorialidad es el intento por parte de un individuo o grupo de afectar, influir o controlar a las personas, fenómenos y relaciones, delimitando o afirmando el control sobre un área geográfica; esta zona se llama territorio (Sack, 1986). Así entendido, el territorio no está por fuera de los actores sino que es objeto de construcción y también de disputa.

Es importante considerar también que el territorio comprende no sólo extensiones, límites y obstáculos, sino también flujos, ejes y nodos en torno a los cuales

12. Además de las transferencias del Programa SUMAR, los botiquines del Programa Remediar y las vacunas, que alcanzaron según datos oficiales los 40.000 millones de pesos. <https://www.argentina.gob.ar/noticias/nacion-invirtio-40000-millones-en-atencion-primaria-de-la-salud-de-todo-el-pais> [Recuperado el 30/10/20]

13. Se destacan los debates, paneles de experiencias y estudios realizados por la "Rede de Pesquisa em Atenção Primária à Saúde" de Abrasco bajo la consigna "APS nao para". <https://redeaps.org.br>

se articulan distintas relaciones; algunas pre-existen a las políticas y otras son promovidas, fortalecidas y hasta construidas por ellas. Esta advertencia viene de la geografía, pero cobra particular importancia en la relación que estamos buscando examinar en el campo de salud; la ampliación y fortalecimiento de la red de laboratorios en la pandemia del COVID-19 o las redes de derivaciones, por poner algunos ejemplos, son también factores relevantes en la construcción de territorialidad. El territorio no es solo el barrio, lo que la literatura llama “territorio de proximidad” (Dematteis y Governa, 2005); la perspectiva relacional del territorio rescata en simultáneo también la noción de “territorio de conectividad” mostrando la superposición de planos que suceden en la arena local (Chiara, 2019b).

Este enfoque permite mirar a la relación entre “políticas de salud” y “territorio” desde un condicionamiento mutuo en el que las políticas no pueden ser entendidas como el “arriba” de las normas, los recursos, los protocolos, los servicios, los organismos públicos, mientras que el territorio es el “abajo” compuesto por los problemas, los actores, las distancias entre establecimientos, el capital social y cultural diferencial de las familias y comunidades.

Las políticas tienen capacidad para construir territorialidad pero a la vez el territorio las modela y puede ser -bajo ciertas condiciones- un espacio en el que se elaboran soluciones, es decir, nuevas políticas; las experiencias municipales en la escala local son un ejemplo. Para comenzar a mirar esta “doble vía”, vale entonces preguntarse cómo entienden al territorio las iniciativas que buscaron “saltar” las fronteras de los servicios en la pandemia, y qué territorialidad abonaron a construir.

Desde una perspectiva “top-down”, el Dispositivo Estratégico de Testeo para Coronavirus en Territorio de Argentina (DETeCTAr) remite al paradigma del “control político y epidemiológico” del combate de las enfermedades transmisibles: fuerte presencia de las autoridades centrales, disponibilidad de tecnologías y normas a ser aplicadas (Chiara y Ariovich, 2013).

Como en aquellas experiencias, estos atributos generales deben ser matizados. El DETeCTAr representó un punto de inflexión a partir del cual los barrios populares ingresaron a la agenda gubernamental en el más alto nivel y el control de los contagios dejó de ser una cuestión solo de expertos para convertirse en procedimientos a ser cumplidos por actores diversos. No se trata de una

observación menor en tanto permitió ampliar el alcance a territorios segregados y acercó el testeo a la población más alejada de los servicios. La diversidad de problemáticas y la multiplicidad de actores involucrados en las experiencias locales anteriormente referidas, exigen matizar la noción homogeneizadora del territorio que viaja en esta propuesta.

A pesar de estos claroscuros, es importante señalar las limitaciones que tienen los operativos frente a una problemática que discurre por territorios caracterizados por alta movilidad (trascendiendo necesariamente las fronteras de los llamados “barrios populares”), que compromete y recorre distintas dimensiones de la vida de las familias (y requiere en consecuencia de intervenciones múltiples) y que es extraordinariamente dinámica. Cobertura amplia, reconocer los activos existentes en el territorio y ser sostenidas en el tiempo, parecen ser tres requisitos para pensar estrategias en cuyo contexto cobran valor los operativos.

En la versión original del Programa “El Barrio Cuida al Barrio” (EBCB) del MDSN viaja un concepto más amplio de territorio que buscaba activar a las y los trabajadores de la economía popular como “promotores y promotoras comunitarias en salud” en la organización de un “sistema de apoyo o soporte” a las personas y familias y la protección de personas en situación de riesgo. La “cobertura” demarcada por el trabajo de las organizaciones era sin dudas más amplia que la que delimitan los operativos; la propuesta de trabajo suponía también una estrategia sostenida en el tiempo en los territorios de proximidad que buscaba limitar al máximo la movilidad de los y las promotoras comunitarias. A modo de “calcos superpuestos” de las distintas territorialidades construidas por las políticas, esta propuesta omitía a los organismos estatales (municipios y provincias) y a sus efectores de salud (los CAPS) en el territorio.

Como mencionamos antes, la inercia del DETeCTAr traccionó a EBCB a acompañar a los operativos. Sin embargo, interesa destacar que esta propuesta buscaba en sus orígenes enhebrarse con y fortalecer el tejido de las organizaciones sociales en los territorios de proximidad poniendo el foco en un problema que mostró su importancia sanitaria: la protección de la población en situación de riesgo (mayores de 60 años, enfermedades crónicas, embarazadas, inmunodeprimidos, entre otras) y las dificultades para llegar a ellas -por si solos- desde los efectores estatales.

En los territorios de proximidad los equipos del primer nivel de atención son la principal presencia de Estado. Los CAPS son organizaciones "porosas", espacios de interface con la población y con los actores del barrio, a través de las múltiples pertenencias de sus profesionales, administrativos y técnicos. Su trayectoria en el territorio, los convierte en el principal actor capaz de sostener acciones sanitarias en el tiempo.

Esta complejidad interpela al territorio en su densidad política e institucional y exige movilizar y articular a las organizaciones sociales y a los efectores estatales en una estrategia que desafía de manera particular (aunque no exclusiva) a los gobiernos subnacionales. En el caso de la provincia de Buenos Aires, este es el papel de los municipios, en tanto responsables de los establecimientos del primer nivel de atención y también de una parte de los hospitales. Esta situación se repite en otras provincias, aunque con una participación menor (Corrientes, Córdoba, Entre Ríos, Mendoza, Santa Cruz y Santa Fé).

A modo de hipótesis de indagaciones futuras, las estrategias locales parecen haber marcado la diferencia; reviste particular importancia hacerlas visibles los problemas que enfrentaron, el modo como articularon iniciativas, los actores activaron en el territorio y la manera como alinearon esfuerzos para repensar los múltiples aspectos que había que fortalecer. Mas agenda para la investigación.

A modo de final provisorio: algunos retos en relación al AMBA

Para finalizar, recopilamos algunos retos en torno a los cuales reflexionar sobre las estrategias sanitarias en el territorio. Las referencias remiten de modo particular al AMBA, marco de referencia de este trabajo, aunque son replicables a otras conurbaciones. El punto de mira son las áreas segregadas pero buscamos sostener en el análisis y en estos comentarios finales una perspectiva relacional capaz de interpretar los fenómenos sociales y las demandas a partir de la noción de "territorios de proximidad" y de los "territorios de la conectividad"; estos últimos remiten las relaciones que mantienen sus actores con el exterior y con los demás agentes (Demanteis y Governa, 2005).

1. *Para comenzar, ¿cómo entender al territorio en contextos de segregación?* En contextos de emergencia y saliendo de ellas, existe un riesgo que es igualar "abordaje territorial" a "villas y asentamientos". Los barrios

populares en la periferia del AMBA desbordan las fronteras de los registros del ReNaBaP y no solo porque con posterioridad a la fecha del relevamiento se produjeron nuevos asentamientos. En los municipios de la segunda y tercera corona del AMBA, los déficits en el acceso al agua dentro de la vivienda, la provisión de energía eléctrica y gas natural, el acceso a la red cloacal, el acceso al transporte y las condiciones de hacinamiento, alcanzan a poblaciones más amplias y dispersas configurando otras formas de segregación que conviven con las figuras clásicas de las villas y asentamientos que bien registra el ReNaBaP. El acceso a los servicios de salud es sin dudas un problema en los denominados "barrios populares" pero afecta también a poblaciones más amplias. Esta heterogeneidad de la periferia interpela también a las intervenciones estatales diseñadas en relación al manejo de la pandemia del COVID-19 y debe ser considerada al momento de pensar el abordaje territorial como estrategia sanitaria, saliendo de la emergencia.

2. *La jerarquización del primer nivel de atención.* Por muy distintas razones, el primer nivel de atención quedó desdibujado en la estrategia sanitaria en el contexto de la pandemia; no fue asunto exclusivo de Argentina. El descenso en la curva de contagios abre ahora un escenario en el que es necesario abordar problemas estructurales para fortalecer efectivamente la capacidad de los CAPS para asegurar el acceso, la continuidad y la integralidad de la atención en territorios de proximidad. Y también hacer educación sanitaria y vigilancia epidemiológica en el control de nuevos brotes.

Aún con las dificultades que conlleva mejorar y robustecer una trama dispersa y fragmentada institucionalmente, los centros de salud y salitas cumplen un papel importante y son actores irremplazables en el diseño de una estrategia sanitaria que tenga por foco de atención a los barrios de la periferia.

Los CAPS son parte del (verdadero) "Estado en el barrio", independientemente de cuál sea su jurisdicción. Los equipos del primer nivel de atención son actores de los territorios de proximidad en la periferia, tienen el conocimiento, la llegada, la trayectoria y la capacidad para sostener acciones en el tiempo, atributos centrales para el trabajo en territorio.

Los centros de salud y salitas son activos de las políticas en una construcción multi escalar que supone recono-

cer los distintos niveles de gobierno que operan en un mismo territorio. Se trata de un frente a fortalecer y jerarquizar en un corto plazo y que requiere de más sofisticadas herramientas de planificación que comprometan acciones de los distintos niveles de gobierno.

3. *El trabajo conjunto entre las organizaciones sociales y las instituciones del sector salud.* La duración de la pandemia y las consecuencias que tuvo en la vida de las familias en los barrios populares puso también en evidencia la jerarquía que tienen las organizaciones sociales y sus referentes desde los comedores, merenderos y centros comunitarios, como agentes clave en el armado de un sistema de apoyo o soporte a las personas y familias y también a la protección de población en situación de riesgo.

Las experiencias y aprendizajes en salud comunitaria muestran el potencial que tienen, junto a los equipos del primer nivel de atención, los y las referentes de las organizaciones sociales para transmitir medidas de cuidado, traducir su importancia al contexto particular de cada barrio y acompañar a los vecinos y vecinas en el cuidado de la salud. La jerarquía que adquirieron promotores y agentes comunitarios en salud en los momentos más críticos de la pandemia obliga a revisar y fortalecer su lugar en las estrategias sanitarias con enfoque territorial.

En territorios segregados, las organizaciones sociales son un eslabón indispensable entre los servicios del primer nivel y la población; su capacidad de agencia está ubicada en una tensión entre las demandas de la población y la respuesta estatal. Parece necesario y urgente

definir desde las políticas su lugar, sin buscar resolver esa tensión. Sostener esa tensión supone también apelar a más sofisticadas capacidades políticas para gestionar lo sanitario en los territorios.

4. *Por último, la importancia que tienen las iniciativas nacionales y provinciales.* Esta pandemia mostró que las estrategias territoriales necesitaron ser múltiples, estar bien coordinadas, desplegarse en distintos planos, ser oportunas y tener una cobertura suficiente. Muchos gobiernos locales pusieron de manifiesto un enorme potencial para vertebrarlas en el territorio; hay experiencias muy valiosas a sistematizar, buscando rescatar contribuciones y aprendizajes para el conjunto.

Desde los niveles centrales, la pregunta parece ser de qué modo es posible promover e incentivar el desarrollo de estrategias que sean adecuadas para cada territorio, sostenidas y sostenibles y cómo proceder cuando los gobiernos locales no responden o tienen dificultades para hacerlo.

La pandemia dejó en el nivel central (nacional y provincial) una estructura sanitaria mucho más robusta en internación, diagnóstico y complejidad. La adopción de un enfoque territorial debería considerar este avance diferencial como un activo para el desarrollo de estrategias locales que, retomando la perspectiva de las redes e involucrando activamente a los municipios, mire “hacia abajo”, apueste a fortalecer al primer nivel de atención y lo enlace con el trabajo de las organizaciones sociales.

Bibliografía

- Ariovich, A.; Crojethovic, M.; Jimenez, C. (2020) El cuidado de la Salud en los barrios en tiempos de aislamiento social. *XIV Jornadas Nacionales de Debate Interdisciplinario Salud y Población "Salud, derechos y desigualdades: desafíos urgentes"* Buenos Aires 2, 3 y 4 de septiembre
- Couto, B.; Carmona, R.; Martínez, C. et al (2020) Capacidades institucionales de los municipios del Conurbano Bonaerense. *Prevención y Monitoreo del COVID-19*. Nro. 7. Instituto del Conurbano. <https://www.ungs.edu.ar/wp-content/uploads/2020/09/Informe-COVID19-UNGS-Sep-2020-07-Capacidades-municipales.pdf>
- Chiara, M. y Ariovich, A. (2013) Luces y sombras sobre el territorio. Reflexiones en torno a los planteamientos de la OPS/OMS en América Latina. *Cad. Metrop.*, São Paulo, v. 15, n. 29, pp. 99-122, jan/jun. <https://revistas.pucsp.br/index.php/metropole/article/view/15818>
- Chiara, M. (2019a) Conurbano y CABA: mundos desiguales para la atención de la salud. *Boletín del Observatorio del Conurbano*. Octubre. Pp. 1-12 <http://observatorioconurbano.ungs.edu.ar/?p=11705>
- Chiara, M. (2019b); "¿Es el territorio un "accidente" para las políticas de salud? Aproximación conceptual y reflexiones desde la investigación social. *Revista de Políticas Sociales Urbanas - Ciudadanías*. CIEPSO – UNTREF <http://ciudadanias.untref.edu.ar/> (Pp. 19 – 24)
- Comisión de Ciencias Sociales de la Unidad Coronavirus COVID-19 (2020) *Relevamiento del impacto social de las medidas del Aislamiento dispuestas por el PEN*. Marzo
- Dematteis, G. y Governa, F. (2005): Territorio y territorialidad en el desarrollo local. La contribución del Modelo SLOT. *Boletín de la AGE*; 39: 31-58. <http://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=1161234>.
- Han, E.; Mei Jin Tan, M.; Turk, E.; Sridhar, D.; Leung, G.; Shibuya, K. (2020) Lessons learnt from easing COVID-19 restrictions: an analysis of countries and regions in Asia Pacific and Europe. *The Lancet*, Elsevier, 24 Setiembre [https://www.thelancet.com/article/S0140-6736\(20\)32007-9/fulltext](https://www.thelancet.com/article/S0140-6736(20)32007-9/fulltext)
- Sacks, R. D. (1986) *La territorialidad humana. Su teoría y la historia*. Cambridge University Press

Fuentes documentales

Ministerio de Salud de la Nación (MSN) (2020a) Procedimiento Operativo Estándar para la Implementación de la Estrategia "Detectar".

Ministerio de Salud de la Nación (MSN) (2020b) Recomendaciones para el primer nivel de atención. Marzo.

Ministerio de Desarrollo Social de la Nación (MDSN) (2020) Promotores comunitarios. El Barrio Cuida al Barrio.

Ministerio de Salud de la Nación (MSN) y Ministerio de Desarrollo Social de la Nación (MDSN) (2020) Resolución Conjunta 2/2020 que aprueba en el Anexo 1 las "Recomendaciones y medidas específicas para evitar la propagación del COVID-19 en barrios populares y cuidado de adultos mayores". (17/4/20) IF-2020-25824744-APN-SAS#MS

Ministerio de Salud de la Nación (MSN) y Ministerio de Trabajo, Empleo y Seguridad Social de la Nación (2020) Resolución Conjunta 03/2020 que aprueba el Anexo I "Procedimiento para la gestión y pago de asignación estímulo a trabajadores y trabajadoras de salud expuestos/as y/o abocados/as COVID-19". (18/04/2020) (IF-2020-26419857-APN-DNCSSYRS#MS)

Ministerio de Salud de la Provincia de Buenos Aires (MSPBA) (2020a) "Abordaje Territorial para la Respuesta al Coronavirus en los barrios" Dirección Provincial de Salud Comunitaria. Mayo

Ministerio de Salud de la Provincia de Buenos Aires (MSPBA) (2020b) "Protocolo para la Atención Primaria de la Salud ante la actual pandemia de SARS-CoV-2 (COVID-19). Organización del primer nivel de atención para la respuesta ante la contingencia" 24 de abril.

Ministerio de Salud de la Provincia de Buenos Aires (MSPBA) (2020c) Boletín Nro. 2 de la Dirección Provincial de Salud Comunitaria. Agosto.

Artículos centrales

Salud mental, políticas públicas y trabajo vivo en acto: la pandemia como analizador de la falta de cumplimiento de la Ley Nacional de Salud Mental en la Ciudad Autónoma de Buenos Aires

Silvia Faraone^a y Celia Iriart^b

Fecha de recepción: 26 de octubre de 2020
Fecha de aceptación: 6 de noviembre de 2020
Correspondencia a: Silvia Faraone
Correo electrónico: silfaraone@gmail.com

- a. Dra. en Ciencias Sociales, UBA. Docente Titular de la Cátedra Problemática de la Salud Mental, Carrera de Trabajo Social, Facultad de Ciencias Sociales, UBA. Coordinadora del Grupo de Estudios sobre Salud Mental y Derechos Humanos del Instituto de Investigaciones Gino Germani, Facultad de Ciencias Sociales, UBA.
- b. Dra. en Salud Colectiva, Universidad de Campinas, Brasil. Profesora Emérita College of Population Health, University of New Mexico, Estados Unidos. Investigadora invitada del Grupo de Estudios sobre Salud Mental y Derechos Humanos del Instituto de Investigaciones Gino Germani, Facultad de Ciencias Sociales, UBA.

Resumen:

La pandemia provocada por el SARS-CoV-2 impactó todos los niveles de la vida colectiva y puso en evidencia la profunda inequidad en el acceso, no sólo a la atención médica, sino a necesidades básicas y de cuidados. En este artículo vamos a centrarnos en el impacto que la pandemia ha tenido en las necesidades de atención del sufrimiento psíquico de la población y esto lo haremos analizando la situación en la Ciudad Autónoma de Buenos Aires, por ser la jurisdicción más rica del país y que no cumple con la Ley Nacional de Salud Mental (Ley N° 26.657).

Consideramos que la pandemia se constituyó en un analizador privilegiado para comprender la situación de los servicios de salud mental y las transformaciones imperiosas que se deberían realizar en la ciudad para atender adecuadamente a las/os usuarias/os de los servicios de salud mental. Para dar cuenta de esto se analizan, a partir de un estudio exploratorio con informantes claves, tres instancias institucionales del sistema de salud: los hospitales monovalentes manicomiales, los hospitales generales, particularmente la guardia de salud mental, y los servicios ubicados en el primer nivel de atención que ofrecen diversos tipos de dispositivos. Nos interesa profundizar en los conflictos, las tensiones y las oportunidades que la pandemia reveló, en especial los ligados al trabajo vivo en acto que las/es trabajadoras/es desarrollan en los espacios micropolíticos de sus cotidianos de trabajo.

Palabras clave: Salud mental - Pandemia Covid-19 - Trabajo vivo en acto.

Summary

Pandemic due to SARS-CoV-2 made an impact on every level of the collective life and made it clear that there is a profound inequity not only accessing medical care, but also accessing basic goods and services, and other care needs. In this article, we center on the impact of the pandemic on population's mental care needs. We analyze the situation in the Buenos Aires Autonomous City, because it is the richest country jurisdiction, which does not comply with the National Mental Health Law (26.657).

We consider the pandemic as a privileged analyzer to understand the situation of the mental health services and the transformations needed to take appropriate care of the users of mental health services. To do that we conducted an exploratory study with key informants in three institutional levels at the health care system: inpatient mental health care hospitals; general hospitals, particularly at mental health emergency rooms; and primary care services, which offers different types of care. We are interested on deepening the comprehension of conflicts, tensions and opportunities revealed by the pandemic, particularly those related to living work in act that workers developed at the micropolitical level in their working spaces.

Key words: Mental health - Covid-19 pandemic - living work in act.

Introducción

La pandemia provocada por el SARS-CoV-2, con su trágica secuela de muerte y enfermedad, impactó todos los niveles de la vida colectiva y puso en evidencia la profunda inequidad en el acceso, no sólo a la atención médica, sino a necesidades básicas y de cuidados, que si bien son parte, exceden las formas establecidas para atender los padecimientos físicos y psíquicos. Estas inequidades además mostraron las diferencias intra- e inter-provinciales, y en los distintos barrios y áreas de una misma ciudad (Piovani, Salvia, 2018). También se hicieron patentes las formas diferenciales en que los distintos proyectos políticos que gobiernan las jurisdicciones provinciales o locales, respondieron a las necesidades de sus poblaciones, haciendo que estas inequidades se exacerben o se distribuyan los recursos para aliviar los padecimientos de las poblaciones a su cargo.

En principio la centralidad de las áreas biomédicas, particularmente las vinculadas a la infectología y la epidemiología, estaban justificadas por la falta de conocimientos mundiales sobre este virus. El problema fue la prolongación en el tiempo de la dominancia de esta mirada que dificultó comprender otras problemáticas que la pandemia instalaba en la sociedad. Paulatinamente se fueron sumando otras voces que problematizaban los efectos de la pandemia y las posibilidades de llevar adelante las medidas preventivas. Ámbitos académicos, movimientos sociales, agrupaciones de usuarias/os, y trabajadoras/res del campo de la salud/salud mental y los derechos humanos se fueron incorporando al debate público, problematizando las condiciones de vida y el entramado intersubjetivo y comunitario.

En este artículo vamos a centrarnos en el impacto que la pandemia ha tenido en las necesidades de atención del sufrimiento psíquico de la población (Faraone, 2018) y esto lo haremos analizando la situación en la Ciudad Autónoma de Buenos Aires (CABA), por ser la jurisdicción más rica del país, con una infraestructura sanitaria mucho más desarrollada que en el resto de las jurisdicciones, a pesar de lo cual no cumple con la Ley Nacional de Salud Mental (Ley N° 26.657)¹. Esta es una ley de orden público, lo que significa que no requiere de la adhesión de las jurisdicciones provinciales para su

cumplimiento, si no que éste es obligatorio en todo el territorio nacional desde el momento de su promulgación en 2010.

Consideramos que la pandemia se constituyó en un analizador privilegiado para comprender la situación de los servicios de salud mental y las transformaciones imperiosas que se deberían realizar en la CABA para atender adecuadamente a los usuarios de los servicios de salud mental. Para dar cuenta de la forma en que la pandemia puso en evidencia la deuda histórica de la ciudad con el cumplimiento de esta norma, afectando las posibilidades de atender adecuadamente a las personas con sufrimiento psíquico, vamos a analizar, a partir de un estudio exploratorio con informantes claves², tres instancias institucionales del sistema de salud: el hospital monovalente manicomial, el hospital general, particularmente la guardia de salud mental, y los servicios ubicados en el primer nivel de atención que ofrecen diversos tipos de dispositivos. Nos interesa profundizar en los conflictos, las tensiones y las oportunidades que la pandemia reveló.

En este contexto entendemos que las transformaciones necesarias en el campo de la salud mental requieren la plena implementación de la Ley Nacional de Salud Mental que supone iniciar sin dilación el proceso de cierre de las instituciones monovalentes manicomiales, la apertura de internaciones en un mayor número de hospitales generales, la creación de otras modalidades de atención a las personas con sufrimiento psíquico que requieran cierto nivel de protección especial (casas de medio camino, viviendas asistidas, cooperativas de trabajo, etc.) y el desarrollo de equipos territoriales interdisciplinarios y solidarios que incluyan múltiples saberes profesionales y de los colectivos formados por usuarias/os y por movimientos de base territorial y de derechos humanos.

La crudeza de la pandemia en la institución monovalente

El contexto de pandemia endureció la problemática del encierro manicomial. Al inicio del Aislamiento Social Preventivo y Obligatorio (ASPO), el Órgano de Revi-

1. Desde el año 2000 la CABA cuenta con una normativa jurisdiccional en salud mental, la Ley N° 448, que fue referente para la redacción de la Ley 26.657, pero que desde que el PRO gobierna la ciudad (2007) tampoco tuvo cumplimiento efectivo.

2. Queremos destacar la participación de profesionales psiquiatras, psicólogas/os, terapistas ocupacionales, y particularmente trabajadoras/es sociales que generosamente contribuyeron con los relatos y experiencias de sus prácticas en salud mental en la CABA y que aquí recuperamos y exponemos.

sión de la Ley de Salud Mental³ planteó la necesidad de disminuir drásticamente la población internada dada la situación de riesgo que impone la estrecha convivencia en el contexto de la pandemia por COVID-19. Las acciones propuestas fueron la disminución de la admisión de internaciones, la externación de las personas con criterios de alta y con referentes familiares y sociales, la garantía de la excepcionalidad en la restricción de aislamientos en casos particulares, entre otras acciones (Resolución 1/20 Órgano de Revisión Ley 26.657).

Estas recomendaciones fueron asumidas diferencialmente por las jurisdicciones. Cabe aclarar que 21 provincias cuentan con instituciones monovalentes en salud mental (41 de las cuales son públicas y 121 privadas), con más de 12.000 personas allí detenidas. En la CABA el Ministerio de Salud de la Nación censó 16 instituciones de internación monovalente en salud mental con un total de 1.718 personas alojadas, de las cuales el 70% de ellas se encontraban internadas en el sector público. Este porcentaje se concentra particularmente en los hospitales monovalentes Braulio Moyano y José T. Borda, donde se encuentran alojadas 1.092 usuarias/os (594 en el primero y 498 en el segundo) (DNSM, 2019). Esta situación es por demás preocupante en tanto la OMS ha definido a las personas con padecimiento psíquico internados en los servicios de salud por períodos prolongados como población vulnerable ante la pandemia, y con mayor posibilidad de desenlaces adversos (OMS, 2020), ya que en general se trata de población mayor de 60 años, con múltiples patologías previas y con un alto consumo de psicotrópicos. El censo nacional de personas internadas también visibilizó que en las instituciones públicas de la CABA más del 60% de las personas que se encuentran allí detenidas, no presentan criterio de internación por riesgo cierto o inminente, estando mayoritariamente alojadas por razones sociales (falta de vivienda, ausencia de vínculos familiares, entre otros). El promedio de tiempo de internación en estos hospitales es de 6,3 años, con un tiempo máximo de internación de 60 años en el Borda y 76 años en el Moyano (DNSM, 2019).

La situación al inicio de la pandemia en los hospitales monovalente de la ciudad, con una deuda histórica en

cuanto a las condiciones de infraestructura, cuidado de las/os usuarias/os allí alojados y de su personal, no auguraba un pronóstico alentador. Desde principios de la pandemia algunos grupos de trabajadoras/es y de organismos vinculados a las/os usuarias/os de estos hospitales pusieron de manifiesto la ausencia de protocolos de cuidado ante la COVID-19. En situaciones donde la higiene es un elemento fundamental, no había jabón ni toallas descartables en las salas, y el aseo de los espacios comunes era muy deficiente. Aún el acceso a equipos de protección personal para las/los trabajadoras/es se logró a partir de demandas legales llevadas adelante por el personal de salud (Clarín, 4/4/20). La falta de todos estos elementos llevó a que la COVID-19 ingresara en forma temprana a los hospitales monovalentes, que como indicamos concentran población y condiciones de internación de alto riesgo ante una enfermedad infecciosa de alta contagiosidad. El primer caso se registró en el Hospital Borda, pero pronto se registraron casos en el Moyano. Ya a principios de junio más de 20 trabajadoras/es de la salud y 6 usuarias habían contraído el coronavirus en este último (Noticias, 19/6/20). También al inicio de la pandemia se habían dado algunos casos positivos de coronavirus en niñas, niños y adolescentes internados en el hospital Carolina Tobar García. Estos contagios se produjeron a pesar de que tempranamente diferentes organizaciones, denunciaron la ausencia de medidas sanitarias eficientes para prevenir el ingreso y la propagación del virus en este centro (ACIJ, 20/6/20).

La situación de deterioro y gravedad estructural en la que se encuentran las personas internadas en los hospitales psiquiátricos de la CABA, llevó al CELS (14/5/20), junto con otras organizaciones, a presentar un amparo colectivo a fin de que se adopten medidas de forma urgente para la protección de los derechos humanos de las personas tanto internadas como en atención ambulatoria. En este amparo se solicitó la ejecución de medidas de prevención y control, la identificación de casos sospechosos y la realización de testeos. Además, se solicitó la elaboración de un protocolo de actuación específico para estos hospitales, que considere la situación particular que atraviesan las personas con

3. La Ley Nacional de Salud Mental (N°26.657) crea, en el ámbito del Ministerio Público de la Defensa, el Órgano de Revisión de la Ley de Salud Mental, con el objetivo de proteger los derechos humanos de las/os usuarias/os en los servicios de salud mental. Este órgano está conformado por una Secretaría Ejecutiva, designada en el cargo por la Defensoría General de la Nación, y por representantes del Ministerio Público de la Defensa, la Dirección Nacional de Salud Mental y la Secretaría de Derechos Humanos de la Nación. También está integrado por usuarias/os y/o familiares, actualmente representados por la Asociación Civil "Una Movida de Locos"; por asociaciones de profesionales y otros trabajadores de la salud, actualmente representados por la "Asociación Argentina de Salud Mental" (AASM) y por organizaciones no gubernamentales abocadas a la defensa de los derechos humanos, actualmente representadas por el "Centro de Estudios Legales y Sociales" (CELS).

sufrimiento psíquico que se encuentran internadas. En el último informe consultado en relación a esta causa (17/9/2020)⁴, se registraban 49 usuarias/os confirmados con COVID-19 (incluyendo cinco casos derivados) y 45 trabajadoras/es infectados.

En relación a la cotidianeidad de los internados en estas instituciones, cabe destacar que a partir de la pandemia se generó un aumento del control social sobre las personas internadas. En algunas de las salas se intensificó el dispositivo panóptico a partir de un control excesivo sobre los cuerpos, con la instalación de alarmas que denunciaban si una persona ponía un pie fuera de la sala, aunque sea al sólo efecto de respirar un poco de aire fresco. La supuesta protección a las personas internadas para evitar el contagio recrudesció una concepción biomédica y tutelar, a partir de la cual se eliminó la posibilidad de intercambios, de salidas, de circulación en el propio hospital, de acceso al cobro de pensiones, y hasta del ingreso de acompañantes terapéuticos, todo lo cual dificultó el sostenimiento de lazos sociales, familiares y comunitarios. Esto incrementó el aislamiento en espacios donde la precariedad de la oferta institucional ni siquiera brinda conexión digital y/o telefónica a las personas allí alojadas, lo que permitiría acortar el distanciamiento tanto con familiares, como con grupos de pertenencia o con los propios equipos tratantes. En este contexto se ahondaron las violencias institucionales y la vulneración de derechos claramente establecidos por la Ley Nacional de Salud Mental. Asimismo, la atención limitada en numerosas instituciones de la seguridad social, justicia y otras dependencias dificultó aún más los procesos de externación, derivaciones a prestadores de obras sociales y PAMI, así como otras opciones disponibles (APSS, 2020).

También estos hospitales disminuyeron la atención interdisciplinaria a la población que estaba en proceso de externación y que concurría habitualmente a fin de continuar su terapia y retirar su medicación. Sólo se continuó el suministro de medicación en los casos que las/os usuarias/os podían trasladarse a buscarla, pero sin recibir contención psicosocial, recrudesciendo la situación de precariedad en la asistencia.

En este contexto la pandemia dejó al descubierto las deudas pendientes de las políticas públicas del gobierno de la CABA con lo que establece la Ley Nacional de Sa-

lud Mental, que no sólo incumple con la sustitución definitiva para el año 2020 de las instituciones monovalentes, sino que, amparándose en la situación de pandemia, agravó el encierro y precarizó aún más las condiciones de la población allí alojada. La ausencia total de políticas de cuidados integrales muestra en la pandemia descaradamente las formas de opresión a las que son sometidas las personas con padecimiento psíquico, es decir las maneras de anulación de las existencias personales (Galli, 2019). En estos espacios se pone de manifiesto la suspensión de los derechos de los ciudadanos (Guindi, 2013) agudizando la política del desamparo.

Hospitales generales: impacto de la COVID-19 en las instancias de atención en salud mental

En el ámbito de la CABA la falta de cumplimiento de la Ley Nacional de Salud Mental también se hace evidente en los hospitales generales. A pesar de las particularidades de cada hospital, se pudo observar que el impacto de la pandemia por COVID-19 provocó en todos una profunda transformación en los procesos de trabajo en las áreas vinculadas a la salud mental e interpeló a los equipos a repensar la producción, los modos de cuidado y las prácticas desarrolladas en los servicios (Barcala y Faraone, 2020). Los cambios operados recayeron en los propios trabajadores ya que no se ha observado un esfuerzo de las autoridades de salud de la ciudad por generar formas organizativas y de apoyo a los equipos de salud mental.

El impacto y la velocidad con que la pandemia se instaló y la falta de una política centralizada desde el gobierno de la CABA, hicieron que cada hospital fuera readecuando su lógica a la nueva realidad sanitaria. El comienzo de la pandemia estuvo signado por la desorganización, con protocolos que cambiaban constantemente, e implicaban que el personal de salud no abocado directamente al tratamiento de casos COVID-19 no supiera que actividad tendría asignada cada día. Al estrés que esta situación generó, se sumó la angustia que implicaba no contar con una provisión de equipos de protección personal en cantidad y calidad adecuadas, y la reducción drástica de trabajadores debido a las licencias amparadas por la legislación⁵ que, en la mayoría de los casos, no fueron reemplazados.

4. INC J-01-00023268-4/2020-4. "Centro de Estudios Legales y Sociales (CELS) contra GCBA sobre incidentes de apelación- Amparo- Salud- Otros".

5. Resolución 622/2020 GCABA.

En la CABA sólo tres hospitales generales cuentan con sala de internación en salud mental: Álvarez (sala de hombres), Piñero y Pirovano (sala de mujeres y hombres). Por efecto de la pandemia quedaron sólo dos ya que en este último hospital la sala destinada a salud mental fue reasignada para atender casos COVID-19.

La llegada de la pandemia a los espacios de internación complejizó el mantenimiento de las prácticas des/institucionalizadoras gestadas por los propios equipos y que afianzaban la construcción de dispositivos de internación breve y de puertas abiertas (Faraone, 2012; Faraone y Barcala, 2020). Actividades tales como la posibilidad de deambular libremente, salir a realizar compras, salir a visitar a personas queridas, participar de las actividades de huerta, de actividades sociales y otros espacios que algunos hospitales ofrecen, se vieron profundamente dificultadas. Asimismo, fueron muy difíciles las altas hospitalarias en contexto de pandemia por la ausencia total de dispositivos que permitan la continuidad de tratamiento en espacios extra-murales. A los ya existentes problemas previos a la pandemia, tales como la ausencia total de instituciones intermedias, se agregó la dificultad de derivar a servicios cubiertos por PAMI, Incluir Salud y obras sociales, recrudesciendo nuevos encierros institucionales.

De igual forma, en las guardias de los hospitales generales⁶, los lugares utilizados para la atención de personas con sufrimiento psíquico sufrieron un fuerte impacto, ya que también fueron reasignados para aumentar las salas destinadas a pacientes con COVID-19. Esto implicó que, a la ya deficiente respuesta del gobierno de la CABA a la atención de salud mental en los hospitales generales, los equipos se vieran obligados a realizar la atención en boxes con escasa ventilación y posibilidades de distanciamiento social, pasillos, salas de espera, jardines y patios de los hospitales, todos espacios carentes de privacidad y claramente inapropiados para generar una situación adecuada de consulta (APSS, 2020). A esto se sumó la imposibilidad de que los familiares y acompañantes de las personas que consultan ingresen con ellos. En los hospitales donde no hay sala de internación, esta situación se ve agravada en caso de que la persona quede internada en la guardia a la espera de una derivación que puede tardar varios días o semanas. En estos casos,

las derivaciones se realizan a los monovalentes, a través de una coordinación en salud mental y en combinación con el SAME, recrudesciendo la ausencia de un sistema de salud que se organice por fuera de los muros manicomiales. Además, en época de pandemia, estos procesos de derivación obligan a que la persona deba realizarse más de un hisopado si las derivaciones fracasan, ya que los monovalentes exigen que los resultados de hisopados no tengan más de 48 hs. Asimismo, se señaló el caso de personas con sufrimiento psíquico que se infectaron con COVID-19 en las guardias, complejizando su situación y la de los servicios de salud que los atienden.

Como ya indicamos, las internaciones en las guardias de los hospitales generales se producen en situaciones violatorias de toda intimidad y con escasos recursos para dar cuenta de las necesidades de pacientes con sufrimiento psíquico. No hay un equipo tratante que de continuidad a la atención de la situación de padecimiento, sino que son los equipos rotativos de las guardias quienes deben afrontar la asistencia/cuidado, sin los recursos y condiciones necesarias para un tratamiento adecuado.

En el caso de pacientes ambulatorios, si bien se ha organizado, a fin de evitar la circulación de las personas por los consultorios externos de los hospitales, un sistema de atención remota que incluiría la consulta, el seguimiento y la prescripción de medicamentos, es muy común que estas personas concurren al hospital para encontrar a alguien que las escuche y contenga personalmente. Según el relato de los profesionales que entrevistamos, al principio del ASPO la demanda en guardia por salud mental disminuyó drásticamente, pero ahora se nota un crecimiento importante. Los profesionales refieren que esta demanda tiene algunas características diferentes a las previas a la pandemia. A las consultas habituales vinculadas al consumo de sustancias, a la sobre ingesta de medicamentos y a situaciones de daños con el fin de quitarse la vida, se sumaron el miedo al contagio por COVID-19 y la angustia por el encierro y la soledad. Asimismo, aumentó la demanda de la población de adultos mayores sin contención familiar, personas en situación de calle y jóvenes alojados en comisarías. La mayoría de estas consultas remiten a una demanda de medicación que no se inserta en un plan

6. Desde el año 2008 los hospitales públicos de la CABA cuentan con un equipo de guardia en salud mental conformado por las disciplinas de trabajo social, psicología y psiquiatría.

asistencial y generan muchas veces efectos adversos por sobreconsumo. También se observa el incremento de la demanda de afiliados a obras sociales que han visto limitado el acceso a prestadores de salud mental a través sus coberturas.

Un hecho que destacaron varias/os entrevistadas/os es que desde el inicio del ASPO disminuyeron fuertemente las consultas por violencia de género y desaparecieron por completo las vinculadas al maltrato infantil, en estas últimas la escuela tenía un rol activo. Ambas demandas eran cotidianas en las guardias antes de la pandemia, lo que lleva a pensar en la invisibilización de estas problemáticas en este contexto a pesar de que se han incrementado los femicidios y no hay datos relevados de situaciones de maltrato y/o abuso infantil (Madeira, Boggiano y García Godoy, 2020), retomaremos este punto en el apartado siguiente.

En medio de estas situaciones el personal que permaneció en sus puestos generó en muchos casos nuevas modalidades de trabajo en las cuales los equipos de salud mental de las guardias crearon estrategias vinculadas tanto al cuidado de las/os usuarias/os como de sus propias/os compañeras/os. Así se fueron consolidando espacios que instituyeron la necesidad de comprender la dimensión del sufrimiento psíquico que la pandemia ocasionaba tanto en la población como en los equipos de salud. La aparición de procesos de duelo por la pérdida de muchas más vidas en el proceso de atención, así como por las muertes de compañeras/os y familiares, sumado al riesgo de contagio personal y familiar, y a un futuro incierto en cuanto a la terminación de la pandemia, fueron dando paso a una demanda cada vez mayor hacia los equipos de salud mental, para que crearan formas de acompañamiento al personal de salud más expuesto a estas situaciones. Como parte de decisiones de los propios equipos de salud mental y, por lo tanto, sin una respuesta homogénea, sino dependiendo de la buena voluntad y creatividad del personal que lo asume en cada guardia, se están desarrollando acompañamientos a las/os trabajadoras/es de salud y a las personas internadas con COVID-19 en la última etapa de su vida, y en el duelo de sus allegados.

Lo que describimos en este apartado muestra las limitaciones con que operan los profesionales de salud mental

de los hospitales generales para dar cumplimiento a la asistencia/cuidado de usuarias/os con sufrimiento psíquico. La pandemia sólo reveló que estas instituciones de la CABA no se han adecuado a los lineamientos de la Ley Nacional de Salud Mental, no sólo en la incorporación de salas de internación para sujetos con sufrimiento psíquico evitando las derivaciones a los hospitales monovalentes, sino en la creación de otros espacios de cuidado que los alojen. A pesar de este contexto, paralelamente se observa la potencia de los equipos de salud mental, algunos de los cuales construyen en el cotidiano de las guardias y de los servicios de internación existentes prácticas creativas y ricas en la diversidad.

Pandemia y dispositivos de salud mental en el primer nivel de atención y en los espacios territoriales

Volviendo a la Ley Nacional de Salud Mental, los dispositivos territoriales y comunitarios son esenciales para garantizar los derechos humanos de las personas con sufrimiento psíquico. En estos espacios la pandemia también se consolidó como un analizador privilegiado que dejó al descubierto, por un lado, las desarticulaciones profundas entre los niveles de atención en el campo de la salud mental, y por otro lado, la diversidad y potencialidad de experiencias que los equipos y las/os usuarias/os fueron capaces de construir. Al decir de Emerson Merhy la micropolítica de los procesos de trabajo está atravesada por diferentes lógicas del trabajo vivo y se manifiestan en momentos en que se abren fisuras en los procesos instituidos donde la lógica estructurada de producción, así como su sentido, son puestos en jaque (Merhy, 2006).

No es posible analizar en detalle en este artículo la complejidad en que se desarrolla el trabajo en salud mental en el primer nivel de atención y en los espacios territoriales en la CABA, ya que el mismo involucra múltiples dispositivos que se ponen en juego y que tejen redes de asistencia/cuidado que enlazan trayectorias de acceso en el marco de procesos sociales, culturales e institucionales diversos (Faraone *et al.*, 2011). En este apartado, y en el marco de la pandemia, abordaremos algunos aspectos de las prácticas desarrolladas por los equipos desde los Centros de Salud y Atención Comunitaria⁷

7. Cabe destacar que la CABA cuenta con un total de 46 Centros de Salud y Atención Comunitaria, que se amplía con otros dispositivos, tal el caso de dos Centros de Especialidades Médicas Ambulatorias de Referencia (uno ubicado en el Barrio 21-24 y otro en La Paternal en el Centro Carlos Gardel) y otros dispositivos de atención de población en situación de calle. El primer nivel de atención fue fortalecido entre julio de 2016 y abril de 2019 con la incorporación de 12 psiquiatras, 20 psicólogos, 4 antropólogos, 1 sociólogo, 37 trabajadores sociales y 5 terapeutas ocupacionales (Socolovsky, et. al, 2020)

ubicados en territorios vinculados a población con profundas vulnerabilidades psicosociales.

En este sentido un primer aspecto a destacar es que durante la pandemia, al igual que lo ocurrido en los hospitales generales, los espacios vinculados a la atención en salud mental en los territorios fueron los primeros en ser reconfigurados por las autoridades sanitarias. Algunos de ellos fueron reorganizados para la detección y seguimiento de casos sospechosos de COVID-19, destinándose los espacios y profesionales de diversas disciplinas al Plan Detectar, situación que ocurrió por ejemplo con los "Centros de Especialidades Médicas Ambulatorias de Referencia -CEMAR". En el CEMAR del Barrio 21-24 funcionaba uno de los pocos hospitales de día de la ciudad que dejó de prestar este servicio. Otros espacios se reasignaron para ser convertidos en centros de donación de plasma, tal como sucedió en un principio con el dispositivo "La Otra Base del Encuentro -LOBE" que asiste a jóvenes en situación de calle en el Bajo Flores. Otros fueron discontinuados, tal el caso del programa "Acercate", conformado por equipos de salud mental para el abordaje de consumo problemático en personas en situación de calle, cuyos profesionales fueron reasignados a los paradores para el trabajo con casos COVID-19. Una situación particular lo constituye el "Programa Adop-Adopi", organizado por equipos de psiquiatras, psicólogos y trabajadores sociales que realizan atención domiciliar programada para personas con sufrimientos mentales severos. En el marco de la pandemia este programa, al igual que ya enunciados, debería haberse consolidado como una herramienta imprescindible para el abordaje de las problemáticas de salud mental que atraviesa la población, sin embargo cerró las admisiones por decisión de la Dirección de Salud Mental. Esto se suma a que sus profesionales se encuentran desde hace tiempo atravesando una situación de precariedad laboral y salarial que, pone aún más en riesgo la continuidad del programa⁸. Las situaciones descritas marcaron un profundo repliegue en los procesos extra-murales de asistencia que se venía desarrollando en salud mental, limitando la admisión de nuevas/os usuarias/os, pero también la continuidad con la población bajo tratamiento.

En los barrios de la CABA hubo experiencias diversas en cuanto a la asistencia en forma virtual. En algunos

centros fue por demás difícil sostener el acompañamiento de las/os usuarias/os que lo necesitaban, debido a su falta de conectividad, lo que produjo en muchos casos rupturas y discontinuidades en el tratamiento. En casos donde la población contaba con teléfonos móviles, los propios profesionales organizaron redes telefónicas de cuidado, buscando y dando apoyo activo a quienes necesitan tratamiento. Para esto los profesionales usaron sus celulares particulares ya que el gobierno de la CABA no dispuso de dispositivos de atención de este tipo.

La situación de soledad y vulnerabilidad de diversos grupos sociales llevó a algunos equipos y a los servicios sociales de estas instituciones, a tomar la decisión de continuar y readaptar los dispositivos territoriales, principalmente con aquellas poblaciones que están en situación de calle. Luego de un primer momento de no salir al territorio, y a pesar de que las autoridades no habilitaron esta actividad, algunos equipos profesionales tomaron la iniciativa de concurrir a las ranchadas a fin de realizar el seguimiento de salud, alcanzar alimentos, preservativos, otros elementos de higiene y cuidado personal. En estos desarrollos territoriales se trabajó para abordar las problemáticas de jóvenes en situación de consumo, y también de mujeres jóvenes y adolescentes en situación de violencia de género. Una observación muy interesante de trabajadoras sociales en contacto con jóvenes en situación de calle y con adicciones es que hubo muchos que contrajeron la COVID-19 cuando se refugiaron en diversos espacios barriales para hacer frente al ASPO, situación que exacerbó el estigma del que estos grupos ya eran víctimas. Al salir de la enfermedad estos jóvenes se organizaron para ayudar en los merenderos y comedores que habían quedado sin personas que los pudieran atender por haberse contagiado o temer al contagio. Es decir, la dramaticidad de la situación produjo en estos jóvenes el deseo de organizarse para hacer un aporte a las necesidades colectivas, lo que demuestra la importancia de construir proyectos colectivos junto con ellas/os que creen opciones vitales que los convoquen. Al inicio de la pandemia y durante un período prolongado, mientras muchas situaciones vitales y solidarias se produjeron entre los equipos de trabajadoras/es de salud y las personas que viven en los territorios -en muchos casos organizados en grupos comunitarios/partidarios/religiosos/de movimientos sociales-, otras instituciones estatales que ofrecen servicios en estos te-

8. La situación de gravedad que atraviesa este programa llevó a diversas instituciones a realizar apoyos a sus trabajadoras/es. Podemos destacar el pedido de informe realizado a las autoridades del gobierno de la CABA por el Consejo Consultivo Honorario de Salud Mental y Adicciones en el mes de junio del corriente año. Este consejo, creado por la Ley 26.657, está integrado por 30 instituciones entre las que se encuentran organizaciones de usuarias/os y familiares, organizaciones de derechos humanos, universidades y agrupaciones, sindicatos y colegios de profesionales.

territorios (Justicia, ANSES, RENAPER, escuela, y otras) cerraron los servicios presenciales consolidando instancias de atención on line. Así, los centros de salud y sus trabajadores quedaron como el único lazo presencial de las instituciones estatales en los territorios y las organizaciones barriales se consolidaron como actores centrales. Si bien en cada territorio estos movimientos se organizaron de diferentes formas, por ejemplo, algunos consolidaron comités de crisis, otros se organizaron a través de las parroquias y los curas villeros, otros con la unión de varias organizaciones para el armado de ollas populares y otros emprendimientos, siempre tuvieron una presencia activa en las problemáticas que emergían con la pandemia.

Si bien las mujeres víctima de violencia de género dejaron de concurrir a las guardias hospitalarias, en los territorios las organizaciones que conforman redes de mujeres tuvieron una importante participación dado el recrudescimiento, especialmente en los momentos de mayor aislamiento, de la violencia de género debido a tener que mantener éste en los mismos espacios habitacionales con los agresores. A partir de estas redes y con el apoyo de algunos equipos de salud de los centros se pudieron hacer denuncias telefónicas ante la Agencia Territorial de Acceso a la Justicia (ATAJO) del Ministerio Público Fiscal logrando en algunos casos medidas preventivas.

Una situación que emergió repetidamente fue que, tal como se señaló, dada la dificultad de traslado para la asistencia ambulatoria en los hospitales monovalentes Borda y Moyano, las/os usuarias/os comenzaron a recurrir a los centros de salud para solicitar medicación, generalmente crónica. Estas/os usuarias/os al no poder asistir a la atención institucional habitual, recurrieron por su cuenta a los centros de salud para obtener la necesaria medicación, pero sin acceder a una continuidad terapéutica más profunda y cuidadosa. El fármaco se constituyó en el único dispositivo asistencial, poniendo una vez más en evidencia la ausencia de procesos de articulación entre los hospitales y los centros del primer nivel, así como la preeminencia otorgada a los hospitales monovalentes como el efector privilegiado para asistir a sujetos con sufrimiento psíquico severo.

En estos procesos los trabajos territoriales evidenciaron trayectorias que reflejan construcciones de prácticas creativas, ricas en la diversidad, que se dirigen a la ampliación de la autonomía en la vida de las/os usuarias/os permitiendo el nacimiento de redes sociales inclusivas

(Merhy, 2007). La necesidad de transformar las prácticas en salud mental desde los territorios requiere entretrejar saberes, construir puentes que posibiliten la consolidación del derecho a la salud mental en los propios territorios y comunidades. En este sentido, tal como señalan Sara Ardila Gómez y Emiliano Galende, entendemos la salud mental comunitaria como un giro en la atención que involucra tres dimensiones. Una de ellas se relaciona con la implementación de servicios próximos a la comunidad, en desmedro de la hospitalización psiquiátrica; otra atañe a la práctica de la prescripción basada en la autoridad del profesional, transformada en una que involucra al sujeto en toda su dimensión y complejidad, con respeto de sus derechos; y la última se vincula a la construcción de un sujeto activo, partícipe y protagonista de su tratamiento (Ardila Gómez y Galende, 2011).

Para finalizar

La extensión en el tiempo de la pandemia puso de manifiesto problemáticas vinculadas al sufrimiento psíquico tanto a nivel de la población como de los equipos de salud. A nivel de la población se agudizaron violencias institucionales, de género y hacia niñas, niños y jóvenes, los consumos problemáticos, y las condiciones de vulnerabilidad psicosocial de las personas en situación de calle, personas adultas mayores, y jóvenes en comisarias, entre otras. En cuanto a las/os trabajadoras/es de salud mental la pandemia evidenció las malas condiciones de trabajo que décadas de políticas neoliberales han generado en la ciudad más rica del país. Precariedad laboral, bajos salarios, espacios laborales inadecuados y falta de reconocimiento profesional.

Ahora en nombre de la pandemia, el gobierno de la CABA continuó el avance sistemático hacia la desarticulación de espacios vinculados a prácticas des/institucionalizadoras, que con gran esfuerzo se habían comenzado a desarrollar desde la gestión de los propios equipos de salud mental en algunos hospitales generales y en espacios territoriales. Esto pone en evidencia la constante decisión del gobierno de la CABA de continuar con una política manicomio-centrada, incumpliendo no sólo con la Ley Nacional de Salud Mental, sino también con su propia normativa jurisdiccional y con el Código Civil y Comercial de la Nación. Entendemos que esta desarticulación, no es por la pandemia, sino por la acción de gestores de lo público en el gobierno de la ciudad que desde hace años apuestan a la consolidación del modelo centrado en la mercantilización, la biomedicalización y

la farmacologización de la salud mental (Bianchi y Faraone, 2018; Iriart, 2017). De hecho, los proyectos que se impulsan desde el gobierno de la ciudad tienen una impronta muy alejada de los procesos que la normativa propone. Un ejemplo es el proyecto presentado por el PRO en el año 2016 ante la legislatura porteña para la reconversión de los hospitales José T. Borda y Braulio Moyano en "centros de atención, experimentación e investigación relacionados con las neurociencias aplicadas" y con una lógica basada en la instrumentación y profundización de la neurología, la psiquiatría y la neuropsicología en el campo de la salud mental (Tiempo Argentino, 2016). Esta misma perspectiva se reflejó nuevamente en el año 2019 cuando circuló un acta acuerdo entre la Dirección de Salud Mental de la ciudad y la Asociación de Médicos Municipales, donde se exponía el "plan de refundación de la salud mental en la ciudad" que entre otras acciones volvía a plantear la refuncionalización de las instituciones monovalentes manicomiales en hospitales especializados en salud mental y en neurociencias. Esto en profunda contraposición a la necesidad de implementar proyectos territoriales que garanticen la vida en comunidad de las/os usuarias/os de los sistemas de salud mental.

Nuestra investigación exploratoria también permite poner de relieve que ante los desafíos planteados por la pandemia y por un gobierno que se niega a cumplir la Ley Nacional de Salud Mental existen equipos que conocen y coordinan las necesidades colectivas en las diferentes instancias institucionales y territoriales y cuyo accionar se centra en proteger a las/os usuarias/os con sufrimiento psíquico. Profesionales que realizan un tra-

bajo vivo en acto como un componente que apunta a la creatividad permanente de las/os trabajadoras/es en acción, en dimensiones públicas y colectivas de las diversas instancias institucionales que pueden ser pensadas para inventar nuevos procesos de trabajo, y extenderlos hacia direcciones no pensadas (Merhy, 2006). En este contexto emergió el fortalecimiento del trabajo social como disciplina que avanza en los espacios micropoliticos en la búsqueda de líneas de fuga que faciliten la emergencia de nuevos procesos que se construyen trabajando colectivamente en los hospitales y en los territorios y entablando diálogos con las instituciones que se ocupan de cuestiones sanitarias, sociales, económicas, de seguridad, y que instituyen políticas de cuidado.

El territorio emerge como el primer lugar para enfrentar no sólo la pandemia sino también, la violencia de género, los problemas de las infancias, los consumos problemáticos y otros sufrimientos psíquicos. Pero también para desarrollar muchos otros cuidados que busquen eliminar el hambre, el frío, la falta de agua y de elementos de higiene, y otros padecimientos presentes en los barrios vulnerados. Para avanzar en un proyecto de estas características se deben solidificar equipos cuidadores que entrelacen múltiples saberes académicos y de gestión pública, con aquellos de quienes habitan los territorios y sufren las consecuencias de la desidia gubernamental y social (Iriart, 2020). Muchos de los procesos que los equipos de salud mental de los diversos dispositivos analizados han desarrollado durante la pandemia pueden ser las semillas para repensar una salud mental en la CABA desde la perspectiva de la Ley 26.657.

Bibliografía

- ACIJ (20/6/20). Preocupación por los primeros casos de COVID-19 de niños y adolescentes en el Hospital Psiquiátrico Infanto-Juvenil Tobar García de la CABA. Disponible en: <https://bit.ly/3kPeHns> (Consulta, setiembre 2020).
- APSS - Asociación de Profesionales de Servicio Social (2020). Relevamiento de Salud Mental. Primera edición, agosto 2020. Disponible en: <https://bit.ly/3nyn8Wa> (Consulta, setiembre 2020).
- Ardila Gómez, S. y E. Galende (2011). “El concepto de comunidad en salud mental comunitaria”, en *Salud Mental y Comunidad*, año 1, N° 1. Disponible en: <https://bit.ly/2XcTV7D> (Consulta, setiembre de 2020).
- Barcala A. y Faraone S. (2020). “Vulnerabilidad social en tiempos de pandemia. Hacia la construcción de políticas de cuidado en salud mental en Argentina” en P. Guljo; A. Amorim; J. da Silva. K. Machado; M. Temoteo Gonçalves y P. Amarante P. Org. *O enfrentamento do sofrimento psíquico na Pandemia: diálogos sobre o acolhimento e saúde mental em territórios vulnerabilizados. Brasil: IdeiaSUS/Fiocruz; Laps/Ensp/Fiocruz; e Abrasme.*
- Bianchi, E. y S. Faraone (2018). “Diagnósticos y fármacos en las infancias. Una perspectiva analítica desde las ciencias sociales”, en S. Faraone y E. Bianchi, *Medicalización, salud mental e infancias*. Buenos Aires: Teseo.
- CELS (2020). “Medida cautelar a favor de las personas atendidas en psiquiátricos porteños”. Disponible en: <https://bit.ly/3lgQPcu> (Consulta, setiembre 2020).
- Clarín (2020). “Coronavirus en Argentina: siguen los amparos para que los hospitales protejan a empleados expuestos”. 4 de abril. Disponible en: <https://bit.ly/2GKRrME> (Consulta, setiembre 2020).
- DNSM, 2019. “Primer censo nacional de personas Internadas por razones de salud mental”. Disponible en: <https://bit.ly/30Km0Fr> (Consulta, setiembre 2020).
- Faraone, S., A. Valero, Y. Geller, E. Rosendo, E. Bianchi, E. y N. Boucht (2011). “De prácticas represivas a prácticas integrales y de cuidado en salud mental: la experiencia del corralito”, en R. Pinheiro y P. Martins, *Usuários, redes sociais, mediações e integralidade em saúde. Brasil: CEPESIMS/UERJ.*
- Faraone, S. (2012). “Cartografía de la des/institucionalización en salud mental en la Argentina (1983-2010). Tensiones, conflictos y oportunidades en las políticas y las practicas”. Tesis doctoral, Facultad de Ciencias Sociales, UBA.
- Faraone, S. (2018). “Normativa, paradigmas y conceptos. Avances, resistencias y tensiones”, en S. Faraone y E. Bianchi (comp.) *Medicalización, salud mental e infancias: perspectivas y debates desde las ciencias sociales en Argentina y el sur de América Latina*. Buenos Aires: Teseo.
- Faraone, S y Barcala, A. (2020). A diez años de la sanción de la Ley Nacional de Salud Mental. Coordenadas para una cartografía posible. Buenos Aires: Teseo.
- Galli, V. (2019). “Salud Mental y Derechos Humanos en los servicios territoriales y en Juicios de Lesa Humanidad. Entrevista a Vicente Galli”, en revista *Salud Mental y Comunidad*, año 6, N° 7, pp. 138-149. Disponible en: <https://bit.ly/2XKjfs2> (Consulta, setiembre 2020).
- Guindi, B. (2014). “Nuevos litigios en torno de los usos del espacio urbano. El caso de la represión en el hospital Borda en la zona sur de la ciudad de Buenos Aires y su circulación en la opinión pública”, en *Quid 16. Revista del Área de Estudios Urbanos del Instituto de Investigaciones Gino Germani*. Buenos Aires: IIGG. Disponible en: <https://bit.ly/2zLcN5p> (Consulta, setiembre 2020).
- Iriart, C. y E.E. Mery (2017). “Disputas inter-capitalistas, biomedicalización y modelo médico hegemónico”, en *Revista Interface*, vol. 21, N° 63, octubre.
- Iriart, C. (2020). Pandemia. Neoliberalismo y sistema sanitario argentino. Córdoba. UNIRO Editora. Disponible en: <https://bit.ly/2Tm0rH1> (Consulta, setiembre 2020).
- Madeira, S.; Bogliano, E. y García Godoy, B. (2020). “La intervención profesional es siempre una pregunta abierta. Estrategias, dilemas y desafíos en el ámbito de salud en contexto de pandemia”. En Revista *Debate Público. Reflexión de Trabajo Social*. Disponible en <https://bit.ly/3kITyeM> (Consulta, octubre 2020)
- Merhy, E.E. (2006). Salud: cartografía del trabajo vivo. Buenos Aires. Lugar Editorial.
- Merhy, E.E. (2007). “CAPS y sus trabajadores: en el ojo del huracán contra el asilo: alegría y alivio como dispositivos analíticos”, en E.E. Merhy y H. Amaral (org.), *Reforma psiquiátrica en la vida cotidiana II*. Sao Paulo: Hucitec.
- Noticias (2020). “Temen que el Hospital Moyano quede acéfalo”. 19 de junio. Disponible en: <https://bit.ly/3nnKqhl>. (Consulta, setiembre 2020).
- OMS (2020). “Prevención y control de infecciones en los centros de atención de larga estancia en el contexto de la COVID-19”. Disponible en: <https://bit.ly/3IYWtXx> (Consulta, setiembre 2020).

- Órgano de Revisión Ley 26.657. Resolución 1/20 Recomendación: internación en instituciones monovalente de salud mental en el contexto de la pandemia por COVID-19. Disponible en: <https://bit.ly/3iGVCCp> (Consulta, setiembre 2020).
- Página/12 (2020). "Coronavirus: Abrazo al Hospital Moyano para reclamar refuerzos y elementos de protección". 1 de julio. Disponible en: <https://bit.ly/2Sxi2vc> (Consulta, setiembre 2020).
- Piovani, J. I. y Salvia, A. (2018). La Argentina en el siglo XXI. Cómo somos, vivimos y convivimos en una sociedad desigual. Encuesta Nacional sobre la Estructura Social. Buenos Aires: Siglo XXI Editores.
- Socolovsky, T.; Oliva, N.; Costa, J.; Fernández Caracciolo, L. (2020). Equipos de Salud Mental en APS/Primer nivel de atención – CABA 2020. Psiquiatras en Red. Ponencia presentada en el Congreso de AASM 8/10/20.
- Tiempo Argentino (2016) "Las neurociencias al poder: impulsan leyes afines y harán un Polo con el Borda y el Moyano". 29 de octubre. Disponible en: <https://bit.ly/3kujpHw> (Consulta, setiembre 2020).

Artículos centrales

Apuntes sobre otros escritos El pensamiento que se llevó la pandemia

Patricia Digilio*

Fecha de recepción: 10 de noviembre de 2020
Fecha de aceptación: 16 de noviembre de 2020
Correspondencia a: Patricia Digilio
Correo electrónico: patriciadigilio@gmail.com

*. Filósofa, Magister en Políticas Sociales y Dra. en Ciencias Sociales. Profesora Titular Regular e Investigadora de la Universidad de Buenos Aires.

Resumen:

Este ensayo se propone dialogar con otros escritos para presentar algunas reflexiones que acompañen el intento de comprender este presente en las condiciones inéditas generadas por la pandemia. Procura describir las notas que definen esta actualidad y proyectar sus alcances sociales, éticos y políticos.

Palabras clave: Virus - Biopolítica - Miedo.

Summary

This essay proposes a dialogue with other writings to present some of the reflections that accompany the attempt to understand this present time in the unprecedented conditions generated by the pandemic. It tries to describe the records defining this current situation and project its social, ethical and political range.

Key words: Virus, biopolitics, fear.

No acudan a mí con la verdad.
 No traigan el océano si me ven
 sediento ni el cielo si pido luz
 azul, traigan mejor indicios,
 un poco de rocío una partícula
 así como los pájaros llevan el
 agua sólo en gotas y el viento
 una brizna de sal.

Olave Hauge

Miro, no ya con la intención de comprender sino solo con asombro. Se dice, como tantas cosas se dicen, que es esta una expresión que alguna vez hizo suya Hermann Hesse. Si es así, se la pido ahora prestada. La necesito como punto de partida de un camino errático que no encuentra destino. Prefiero no engañar ni ilusionar. Nada tengo para decir que no sea sino mi propio desconcierto. Apenas, unas tristezas, algunas consideraciones y ciertas disquisiciones borrosas. Es esta una escritura de la urgencia y como tal se empuña temblorosa, por lo que difícilmente pueda dar el blanco. No hay flecha que acierte en el corazón de este presente inédito. Y así lo prefiero.

Si compartimos con Deleuze que actualidad se dice de aquello en lo que nos estamos convirtiendo, no hay manera de hablar o de escribir sobre esta actualidad. Sabrá quién qué será lo que será y quiénes seremos. Tampoco hay manera de comprender a ciencia cierta esta actualidad si comprender es explicar, dar razones, fundamentar a la manera de esas argumentaciones que culminan con un "como claramente puede verse" o esta otra; "como ha quedado demostrado" y hasta la infalible "podemos entonces concluir". Nada de eso vale para este intento rudimentario y ferviente de buscar sentidos en medio de la desesperación que provoca un mundo que se muestra amenazante e irreconocible. En cambio, si como ha quedado dicho en Arendt, la comprensión no significa eludir lo que resulta áspero y esquivo, ni recurrir forzosamente a la deducción para encontrar precedentes para lo que no los tiene, sino se hace de ella el placebo que calma el dolor del mundo y si más bien significa examinar y soportar conscientemente la carga que nuestro tiempo ha colocado sobre nosotros -y no negar su existencia o someterse mansamente a su peso-, si significa, digo, un atento e impremeditado intento de enfrentamiento sin ambages con la realidad, un soportamiento de ésta, sea como fuere, porque ahí

está y nos reclama entonces prefiero salir del asombro o de las certezas consabidas – a estas alturas y en este estado de las cosas son lo mismo- para ensayar sin garantías y sin pretensión de conclusiones algunas aproximaciones y merodeos con la intención de comprender sin poner punto final al movimiento del pensamiento. Y digo también que no he encontrado mejor forma para ese movimiento que el circunloquio. No hablo entonces de recorridos rectos, ni de ajustadas argumentaciones, sino de continuar pensando al impulso de otros y ciertos pensamientos para los que no tengo que ofrecer más que algunas apostillas.

Los acontecimientos del mundo

No soy injusto, pero tampoco valiente.
 Hoy me enseñaron el mundo tal cual es.
 Me lo mostraron con un dedo ensangrentado
 y me apresuré a decir que sí,
 que por mi estaba bien

Bertolt Brecht,
Balada del consentimiento a este mundo

Ocurre, puede ocurrir encontrarnos entre las cosas y los acontecimientos del mundo como quien los presencia y al mismo tiempo no sabe ni puede dar cuenta de lo que pasa. Puede ocurrir también, incluso a pesar de este cierto desconcierto, que si la situación nos habilita a hacer algo, pongamos toda nuestra energía en hacerlo. Pero en ocasiones también puede ocurrir que ese desconcierto resulte en una forma de aturdimiento que no nos permita dedicarnos a hacer nada porque no sabemos qué hacer ni cómo hacerlo. Y puede, desde ya, suceder que a pesar del desconcierto o del aturdimiento la situación nos imponga, con el imperativo de la urgencia, hacer algunas cosas. Algunas o varias. Pero hay algo que ese imperativo de la urgencia nos impide, algo específico respecto de la situación: pensarla.

El mundo que conocíamos el sistema –mundo en el que nuestra existencia aparecía como dotada de sentido se ha detenido - aunque habrá que pensar con alguna suspicacia, lo adelanto, qué es lo que efectivamente se ha detenido para no embobarnos con fórmulas universalistas que terminan transformándose en coartadas de mala fe.

Digamos para continuar, que a este mundo un virus de una potencia devastadora lo acorrala. Ante este virus

desconcertante que ha hecho de los gestos más amables e inocentes de nuestra cotidianidad un peligro éste, nuestro mundo, se muestra perplejo y conmovido.

Pero como no es cuestión de hacer evidente esa perplejidad ni ese desconcierto se apela con instrucción ilustrada a esa estratagema siempre vigente de la modernidad con la que disimular el desconcierto: los números, las estadísticas. Y así tenemos, tantos infectados, tantos, muertos, tantos. Y es que si el pensamiento no quiere condenarse a una errancia vaga, debe recurrir al número y leer el mundo en caracteres matemáticos. Así fue dicho. Y así, llegando al paroxismo de esa lógica, cada infectado, cada muerte entra en la cuenta.

Esa dinámica lineal, acumulativa, inexorable del tiempo que llamamos progreso es dismantelada por un virus frente al cual, las reacciones, las acciones los conocimientos que se despliegan para ralentizar su avance emulan a los del medioevo, esa *noche de mil años*, ese tiempo que se asocia con la peste. Y al igual que en el medioevo esta peste, la nuestra, es de origen difuso y llega desde fuera. Es legado de extranjería. En estas similitudes, lo que hace la diferencia, tal vez, es que resulte más inconcebible el hacer pasar a ésta, nuestra peste, por una catástrofe natural o una sanción divina porque desde la modernidad en adelante cualquiera de estas atribuciones ha perdido sentido y es justamente la pérdida de sentido de esas referencias lo que nos hizo modernos.

Nadie puede tampoco decir con autenticidad que este *virus de la revelación* ha venido a mostrarnos lo despiadado, desigual y cruel de un mundo que es nuestra responsabilidad. Ciertamente que el anuncio de este descubrimiento no es más que el gesto de impostura de quienes se han servido de esa desigualdad. Se hacen los sorprendidos, en plan de impunidad, al contemplar su propia obra. Porque ya lo sabíamos, y lo sabíamos muy bien. Conocemos las injusticias y las desigualdades con las que habitamos un cotidiano abrumador. Las conocemos, las tenemos presentes ya por atravesarlas con mayor o menor intensidad ya porque es una canallada soslayarlas.

No es ni ha sido el desconocimiento el obstáculo para cambiar el estado de las cosas sino aquello que nos faltó o acaso no fue suficiente para hacer las transformaciones necesarias. Además de contar algunas derrotas. Esta es la tremenda aflicción que se clava en el alma: que lo sabíamos. Que se anunciaba. Asistimos a la realización de una utopía negativa. A la consagración de la profecía

autocumplida. Porque lo sabíamos desde el momento en que nos entregamos a ese movimiento automotivado de esa racionalidad instrumental dominante. Desde el momento en que aceptamos el triunfo de una ontología monista y rudimentaria que deshizo fronteras y habilitó extender la forma de tratamiento que el capitalismo industrial había desplegado sobre la materia inerte: extracción, explotación y acumulación, a la viviente. Desde el momento que se inicia de manera sostenida y pareja la tarea de reducir al pensamiento a una unidad de conocimiento y a las variedades ontológicas a sus homologías estructurales bajo el dominio de la tecnología y la ley del mercado para dar lugar a una vida tecnologizada y capitalizada. Desde el momento que esa vida devino mercancía y más adelante capital humano para quedar reducida a una forma de administración que la escinde en dos modelos irreductibles: el de la mera supervivencia y el de su consumo. Desde el momento en que por legitimidad de “ley natural” están quienes pueden asegurarse la vida y por lo tanto ser los que la “merecen” y quienes se han vuelto superfluos.

El límite en el que nos sitúa esta entidad que no está viva ni es inerte y que necesita de un huésped que le albergue para iniciar su derrotero destructivo es indicador de nuestro fracaso civilizatorio.

Lo que viene a develar este virus, los descubrimientos que nos trae son otros y deberían ser suficientes para dismantelar las ficciones constitutivas del capitalismo. Tenemos que las potencias más poderosas con sus ciencias y sus tecnologías más desarrolladas y sofisticadas concebidas al servicio de su expansión sobre la base de un concepción reificada y mercantilizada de la vida, se han mostrado incapaces de frenar y hasta de morigerar su expansión. Los extraordinarios avances de las tecnologías y de las ciencias biomédicas se muestran en desventaja ante el barbijo, el jabón y la lavandina.

Entonces, no sería, acaso, este el momento para poner en discusión todos nuestros saberes, nuestros modos de producir conocimiento y las estructuras de pensamiento, propias de un mundo globalmente intervenido tecnológica y políticamente, sobre las que se sostienen. Y no será también que habrá que comenzar a advertir que muchos de esos conceptos y categorías tramados por esos sistemas de pensamiento y asegurados por nuestros sistemas de valores pierden eficacia interpretativa frente a la novedad de lo que significa esta situación.

Los resultados de ese asalto para el despojo de los sistemas sanitarios que ha sido y es el neoliberalismo se

pueden ver con claridad. Ya sabemos y mucho se ha indicado que allí tenemos que llevar nuestra mirada para identificar una de las causas, sino la mayor, de este padecimiento. Pero, si ya parece que no puede ocultarse la relevancia para la pandemia de la sistemática destrucción del sistema sanitario por parte del neoliberalismo, resulta más difícil *desbaratar ese modo de la subjetividad que el neoliberalismo ha logrado con extraordinario éxito producir*. El neoliberalismo imprime su marca en los modos particulares y sociales de transitar la pandemia. *Nos repetimos como individuos fraguados en y por esa matriz de dominación total que es el neoliberalismo. Y así tenemos que hemos entrado con conmovedora mansedumbre y sin sospechas a esa virtualidad que ya nos esperaba al modo del acecho. La emboscada ha sido exitosa.*

El Desliz de la virtualidad

No me gustan los besos. Lo que me gusta es el
sabor de los besos en los besos
No me gustan las fresas. Lo que me gusta es el
sabor de las fresas en las fresas.

Antonin Artaud,
poema

Nos afantasma pensar que estemos ante el declive de la edad nómada y de lleno en una radicalización de ese sedentarismo iniciado con la organización del saber en las sociedades informatizadas y cuyo corolario es ahora el *homo office*.

Juan José Mendoza,
Homo Bunker

Y cómo es que ocurre que este desplazamiento ontológico, que diluye nuestras presencias en recortes de pantalla, suceda sin que ni siquiera se produzca alguna resistencia que se exprese como modo de perseverar en el ser. Ha sido como un deslizamiento con algunas sacudidas al que, a medida que se producía, nos fuimos acomodando para quedar sumergidos, un poco por obediencia y mucho por inercia, en el trabajo extendido. Ahora sí, desde casa y en el trabajo virtual somos finalmente emprendedores de nosotros mismos. Ahora sí, estamos en condiciones de cumplir con una suerte de explotación autoadministrada y de retroceder en el ejercicio de nuestros derechos, sin objeciones. Desborde de ofrecimiento en las pantallas. Atolondramiento de los sentidos, pérdida de los afectos. Mentira de esa ilusión comunicativa que es la cadena de mensajes. Sa-

turación ante esas cabezas parlantes y esos cuerpos en dos dimensiones que ocupan la pantalla. Aislamiento y confinamiento. Rehabilitación de ese instinto de supervivencia de un humano que busca resguardo en el interior de su cobijo. Consagración de esa figura imposible: el individuo. Los modos de existir en la pandemia viral han quedado absorbidos por esa extraordinaria operación de sentido que es el neoliberalismo.

Hemos sido lanzados a una realidad que tiene algo de inverosímil y cuyo peso resulta insoportable. La huida a la virtualidad ha sido una maniobra un tanto rudimentaria, por cierto, pero no por primaria menos eficaz o inofensiva. Es preciso desarmar el subterfugio del carácter inmaterial del mundo virtual para reconocer que la despersonalización de las relaciones de poder por medio de la técnica constituye una estrategia política, que ese mundo virtual interactúa con la realidad, y que esa interacción produce efectos materiales y simbólicos. Los programas, las plataformas, los dispositivos tecnológicos han dejado de ser tales para devenir matrices formativas. Esas matrices en su elemental reduccionismo poco tienen que ver con esa proliferación rizomática del ser, a la manera en que lo aprendimos de Deleuze y Guattari como apertura a lo diverso. La hipertecnologización nos retrae a un mundo binario, identitario. Reanuda la condena a una ontología identitaria que parecía ya habíamos purgado. La conexión permanente se ha instalado en desmedro de esa corporeidad que es hoy peligrosa y de la que tanto se desconfía. El cuerpo propio se ha constituido en nuestro único horizonte. Ante estas condiciones que modelan diariamente nuestra existencia, me pregunto; cómo se afectan los cuerpos unos con otros y cómo se experimenta la alteridad en esta distancia. Cómo no desarrollar una sensibilidad fóbica hacia ese otro que es capaz de portar el virus sin anunciarlo y hasta sin saberlo: el infectado asintomático. Dónde será que van y que será de los abrazos que no damos, de los besos cancelados, de los sudores y de los olores que son identidad de los cuerpos que hoy no se encuentran. Triste, muy triste es esta forma de reconocer nuestra inevitable interdependencia para tener que resguardarnos en aislamiento. Para estar en el distanciamiento.

*¿Cómo es que vamos a reunirnos de ahora en más?
¿Cómo vamos a volver a mirarnos a los ojos?
¿Cómo nos vamos a vincular con el cuerpo de los otros?
¿Cómo vamos a volver a estar juntos?*

Se pregunta Susy Schok en una performance imprescindible. También leo que escuchar es prestar atención

a los otros y darles la bienvenida en nuestro propio ser y pienso si acaso no sea ya tiempo de devolver los oídos a su función principal, que no es oír, sino escuchar. Y a los ojos la propia, que no es ver, sino mirar, es decir registrar, reconocer, recibir. El amor y la política, esas formas propias de lo humano, han sido, están siendo erosionados por este virus de efectos negativos selectivos.

La creación de lo humano

El efecto del virus radica en la parálisis relacional que propaga.

Franco Berardi,
El umbral

¿Cuáles son los efectos políticos del pensar y el actuar en la constitución del mundo en el que vivimos? ¿y cuáles los de su retirada? Y una pregunta todavía más acuciante; ¿tiene todavía la política algún sentido?

La enfermedad es causada por el virus, lo sabemos y resulta de una necesidad perversa negarlo. Pero también sabemos que a estas alturas se ha entretelado con procesos socio-políticos y económicos y que por lo tanto ya puede reconocerse en sí misma como una entidad socio-política-económica que podemos interpretar como un hecho social total. Si es así, cómo se puede tratar con esta entidad (seriamente) si el espacio público queda cancelado. La pregunta política es entonces qué otra cosa se puede hacer como modo de vivir además de preservarnos, cómo y dónde. Estas preguntas son de aquellas que, al decir de Camus, nos ponen frente a los problemas esenciales que no son otros que los que ponen en peligro la vida o duplican el ansia de vivir. Estas preguntas, también lo sabemos de Camus, piden ser atendidas con un cierto equilibrio de evidencia y lirismo porque en su respuesta se cifra nuestra existencia como humanos, nuestra condición humana que ciertamente no se contrae a su dimensión biológica. Una buena medida de osadía y otro tanto de imaginación dotada de coraje se necesitan para tratar con ellas.

Repetimos, lo que ya Aristóteles dijo, la substancia 'humano' no es una mera gestación físico-biológica. Del mismo modo que decimos del pez que es un animal acuático, la sustancia de lo humano no sobrevive a su secesión de su medio social/político (y más en concreto de la sociedad política) así como fuera del agua no existe pez alguno sino un pescado.

Replegarse en los límites del espacio privado no conduce sino a la polarización y al empobrecimiento de la vida socio-política. Es el repliegue de nuestra humanidad.

Convertirse en un ser humano pleno significa dar el paso de la existencia meramente física en la esfera privada a la vida política y cultural de la esfera pública. Si no conseguimos dar ese paso, así lo entendemos con Arendt, no llegamos a transformarnos en seres humanos y podemos permanecer sí, pero en un estado animal. El arte, la política y la cultura son los que dan forma y sentido a esa esfera pública. Si desaparece ese espacio común la vida se transforma en un ejercicio de subsistencia y el humano queda reducido a ese estremecimiento de su primer nacimiento. Es tierra baldía.

Vivir humanamente es ante todo habitar un mundo compartido con las otras personas. Es con-vivir. Si entro a formar parte del mundo, entro a formar parte de un mundo en el que los demás siempre están presentes y en el que estoy ante el otro como el otro ante mí, irremediamente. Soy en el aparecer ante ese otro que aparece ante mí.

Después de todo no se trata más que de reconocer que para el humano no basta serlo como realidad biológica o como individuo de la especie. Parafraseando a Simone de Beauvoir, podemos decir que no se nace humano sino que hay que devenir humano. Esa especificidad se hace efectiva en una relación que establece consigo mismo en tanto es con otros. No hay humanidad sin autoconciencia. No hay yo sin otros. No hay yo que sobreviva como tal fuera de las relaciones intersubjetivas. No alcanzamos nuestra humanidad en solitario, sino en relación con los otros en un mundo común y plural compartido.

La política pide un rostro

Forastero, extranjero ¿cuál es tu rostro?
¿El de una bestia, el
de un Dios o el de un hombre?

A.A

Adios-dijo el moribundo al espejo
que tenía en frente,
no volveremos a vernos.

Paul Valery

Para escapar al sufrimiento o
disminuir su intensidad,
son necesarios la gracia de un rostro,
el reconocimiento del otro.

David Le Breton

En una de sus últimas intervenciones Giorgio Agamben parte, en un ejercicio reflexivo que vuelve de manera alusiva sobre el rostro de la política, de una frase de Cicerón que vale la pena retener; "Lo que se llama rostro no puede existir en ningún animal excepto en el hombre, y expresa su carácter". Cicerón inspira a Agamben para decir que es en el rostro antes que en la palabra que el humano se expresa y se revela. Porque es el rostro el lugar de su propia verdad, el rostro es lugar de la política puesto que si no hay una política animal es solo porque los animales que siempre están ya en lo abierto no hacen de su exposición un problema, simplemente moran en ella sin preocuparse, aclara.

El rostro es un elemento político de primer orden porque es también el elemento propio de la comunicación. Si los humanos limitaran sus intercambios comunicacionales a transmitir información ya como órdenes o descripciones tampoco habría política. A lo más, intercambios de mensajes. Porque es mirándose de frente, que los humanos se apasionan, perciben sus similitudes y diferencias, su distancia y su proximidad y producen ese acontecimiento ontopolítico que es el reconocimiento. Donde no hay rostro no hay humanidad.

La palabra griega *πρόσωπον*, refiere en su etimología a "lo que está a la vista de otro" y en sus usos y sentidos a rostro y persona. La palabra enlaza rostro y persona. En un lucido ensayo sobre las figuras de la alteridad en la Grecia Clásica, Jean Pierre Vernat, retoma la etimología de La palabra griega *πρόσωπον* para interpretar que la misma se relaciona entonces con el hecho de mostrar y mirar. Se entiende, por lo tanto, que los muertos, que ni miran ni se muestran, no tengan, en sentido estricto, un rostro. La noción griega de *Πρόσωπον* hace del mirar y ser mirado la condición de su significado.

Si sólo los vivos tienen rostro, y de entre los vivos sólo los humanos ¿qué queremos decir, exactamente, al hablar del rostro y de este requerimiento de visibilización? Y ahora, qué acontece, qué desplazamientos se producen y cuáles sentidos y significados se generan cuando por razón sanitaria el rostro aparece parcialmente vela-

do en sus apariciones en un espacio público. Las ambiguas relaciones de lo visible y lo invisible no están excluidas de la política. Es más, constituyen su sustancia. "Poner el cuerpo", "dar la cara" son formas de los compromisos de presencia y de exigencia de la práctica moral. Son reclamos ético-políticos. Hay algo aquí, que es lo que parece vislumbrar Agamben, que se transforma y produce un desplazamiento de sentidos cuando el rostro desaparece del espacio público y que entiendo habrá que pensar como una forma de transición ontopolítica en la constitución del sujeto político contemporáneo, aunque todavía no resulte posible develar su alcance.

Digamos también, a modo de confidencia que nada de todo esto sucede sin que nos invada esta congoja de extrañar los rostros, anhelar los cuerpos.

El desinterés por el mundo

El peligro de desarraigarnos del mundo
es mayor en tiempos oscuros

Hannah Arendt

Y Zaratustra se detuvo y reflexionó.
Finalmente dijo turbado:
"¡Todo se ha vuelto más pequeño!"

F. Nietzsche,
Así habló Zaratustra

El declive de la esfera pública no es una novedad de la pandemia. Es un fenómeno propio de las sociedades contemporáneas. Es ese modo de la subjetividad que el neoliberalismo ha sabido cultivar el que da vida a un sujeto centrado en sus intereses privados, preocupado por su seguridad y la de los suyos y desinteresado por el mundo. En realidad es un sujeto que está en un mundo en el que las personas viven juntas pero sin interés común. Ese movimiento de retirarse del mundo es una tendencia peligrosa que trasunta un desinterés que es también abdicar de la responsabilidad que se comparte por lo que ese mundo sea y conduce al desprecio de la política. En realidad, a su descrédito. Cuando una sociedad se inicia en este desarraigo del mundo, cuando pierde ese sentido de lo común, de responsabilidad, y de solidaridad podemos decir con perspectiva histórica, y no solo ética, que se desliza de la indiferencia a la deshumanización.

A la búsqueda de la normalidad pérdida

El tiempo está fuera de quicio.
Oh!, suerte maldita que ha querido que yo naz-
ca para recomponerlo”

W. Shakespeare,
Hamlet

Pero tú alimentas al miedo /y a la soledad/
como a dos animales pequeños/
perdidos en el desierto

Alejandra Pizarnik

Y ahora también resulta que finalmente queríamos esa normalidad de la que tanto abjuramos.

Y ahora, más que nunca, en un tiempo dislocado la reclamamos, la buscamos. ¡Pobrecitos nosotros! en este estado de desorientación buscamos afianzar con premura nuevas normalidades que mantengan el simulacro de una continuidad. Mientras tanto, asistimos, en una suerte de estado contemplativo, a una extensión inédita a nivel mundial de las prácticas y los dispositivos de control y supervisión de los individuos y de las poblaciones que ganan en precisión y aceptación bajo la retórica de la prevención sanitaria y el bien común. Cuanto más el peligro que hostiga a la vida se inmiscuye en todas nuestras prácticas, más parece escucharse el coro de los administradores del mundo: ustedes tengan miedo, nosotros lo administramos. Esa es la respuesta de protección ante la inminencia del peligro. Ante el miedo.

No es otra que la apuesta del paradigma inmunitario cuando toma la vida como contenido directo de su propia actividad. Cuánto de ese componente, que nadie captó mejor que Hobbes como motor de la vida política, cobra hoy vigencia para definir el rol de las infraestructuras políticas de administración del miedo. El miedo y su control son constitutivos de una relación gobernante- gobernado que particularmente se exacerbaba en períodos de amenaza. Pero si el miedo puede ser administrado para la inmovilización hay que decir también con Hobbes, aunque esta sea la parte olvidada, que, al menos potencialmente, el miedo no tiene solo una carga destructiva sino que es también una potencia políticamente productiva. No se limita a bloquear e inmo-

vilizar, sino que, por el contrario, impulsa a reflexionar para neutralizar el peligro. Lo que hoy es nuestro miedo está constituido por lo que no se sabe, y en especial por la incertidumbre por lo que va pasar.

Cómo interpretar con ese telón de fondo, esa invocación que a la manera de plegaria pide el retorno a la normalidad. Si la normalidad que se anhela es la de continuar en un mismo estado de cosas en nuestras relaciones socio-políticas y en el modo en que disponemos del mundo, el coronavirus no será sino un episodio que preludia desastres mayores. Apenas una preparación para un descalabro aún más profundo e irreversible. Esta es hoy una de las pocas certezas con las que contamos. Qué hará de nosotros esta pandemia es todavía una incógnita. Lo que si ya podemos reconocer, y no es un buen auspicio, es la incapacidad que hemos mostrado para tratar con el dolor de la pérdida, de la muerte, de la angustia por la incertidumbre que el atravesamiento de esta experiencia produce ya que. al menos hasta este momento, estas experiencias no han dado materia para elaborar una ética capaz de lidiar con ellas y sus condiciones.

No hay lugar para el dolor en este mundo despiadado aunque es bajo este estado de incertidumbre y de dolor que la humanidad vive esta experiencia inédita que sin duda inaugura un nuevo tiempo.

La pandemia tiene una dimensión de crisis sanitaria, importante, muy importante, sumamente importante, no hay duda. Negarlo no puede ser sino un acto criminal. Pero tampoco puede negarse que convulsiona al conjunto de las relaciones sociales, y económicas, a la totalidad de las instituciones y de los valores y que como acontecimiento total el modo según la transitemos definirá, a su vez, el modo de habitar el mundo.

Nadie sabe cuáles serán los posibles escenarios que habrán de imponerse. Pero si sabemos que cada época incuba la siguiente. Que hay huellas del futuro en todo presente. Que no podemos gozar de ese estado de gracia que da la ingenuidad.

Las disputas mediante las que se dirima cómo se distribuirán las consecuencias de este desastre habrá que darlas, estamos moral e intelectualmente obligados a darlas y sostenerlas. Será duras y habrá que prepararse. Es una ilusión falsificadora suponer la llegada de una nueva lógica distributiva, por lo menos un poco más equitativa, sin que esto suponga antagonismo. Por el contrario, ese

antagonismo propio de todo reparto habrá de profundizarse.

Tenemos indicios. Hay que aguzar su lectura. Ya pueden contarse ganadores y perdedores de esta pandemia y no se precisa de mucha suspicacia para saber quiénes son quienes. Cuál es la parte sin parte. Apenas, una nota: la pandemia ha sido despiadada con las librerías de librereros. Esas, donde permanecer y conversar son momentos de una compra meditada, son las que cierran o dudan en poder sostener la apertura. En el mundo paralelo, Amazon ha facturado cifras siderales en un solo día. Ha acuñado su propia moneda que rige en su territorio virtual; el Amazon Coins.

Los poderes fácticos dominantes (formas de gobierno liberales, capitales especulativos, corporaciones internacionales y la solícita disposición económica y política de sus socios locales) habrán de reforzar su hegemonía y dominio y si, en todo caso, llegara a ser que la crisis altera alguna de estas potestades, echaran mano a su amplia y ensayada gama de recursos para restituirlas y esto implicará, qué duda cabe, ampliar – todavía más – la desigualdad, aumentar el capital concentrado, reducir las formas democráticas, destruir los ecosistemas, impulsar el consumo voraz, legitimar y promover la civervigilancia y reforzar y crear nuevos modos de control e intervención biopolíticos. Nada de esto sucederá sin violencia.

La vida como expectativa

La humanidad persigue dos fines,
uno de los cuales, negativo, es
conservar la vida (evitar la muerte),
y el otro, positivo, es
aumentar su intensidad. Estos dos fines no son
contradictorios.

Georges Bataille

No es este el momento de hacer futurología. Digamos, apelando a un gesto de honestidad intelectual, que no poseemos el don de la clarividencia. Sin embargo y como parece, el pensamiento de nuestro tiempo ha decidido salir huyendo hacia adelante de este presente de espera acompasada por el movimiento de un virus

y se ha lanzado con temeridad a contarnos con más o menos fundamento y de variadas y hasta contrarias maneras, cómo será el mundo postpandemia. Hay apuro por dejar atrás la presencia de este virus como si fuera posible erradicarlo en lo inmediato. Como si se tratase de salir de una pesadilla para iniciar la mañana. Más vale pensar que resulta poco probable su desaparición o erradicación en una perspectiva de años, aún cuando se asegurase el éxito de la vacuna, que alentamos. Si ensayamos reconocer que deberemos convivir con el coronavirus, que su presencia estará incorporada a nuestra vida y cotidianidad, al menos por un tiempo no breve, habrá que pensar las estrategias de esa convivencia que necesariamente deberán trascender la inmediatez de las medidas propias de lo que en principio se estimo contingente.

Pero para esto hay que exigirle al pensamiento que no se deshaga de este presente como si fuera un tiempo muerto o un mal sueño. Que se detenga a recoger este dolor del mundo. Que se detenga en las carencias, los sufrimientos de los que han devenido viejxs en riesgo, trabajadores con sueldos arbitrariamente reducidos, desempleados. De los que se han hecho más pobres, de los que se han quedado más solos, más parias así de repente y sin aviso. Necesitamos generar las condiciones de posibilidad para tejer lazos y tramas sociales que construyan vínculos de protección y cuidado para superar el aislamiento. Que eso también es pensar en salud.

Necesitamos reconocernos en nuestra vulnerabilidad y estar activamente conscientes de la dependencia existente entre los humanos. Necesitamos conocer este presente; ver lo que muestra y desentrañar lo que incubaba. Necesitamos de coraje intelectual para dar disputa por las expectativas que den forma a una nueva manera de habitar el mundo, porque es imperiosa otra forma de habitar el mundo y sobre ese imperativo se cifra la posibilidad de su continuidad y para eso es preciso concebir al sujeto político de esta pandemia.

Será mejor no entregarse al trazado de un futuro que nos distraiga de este presente bajo la promesa de la redención y la cura a la manera de una intervención divina porque el futuro ya llegó. Llegó como vos no lo esperabas. Todo un palo, ya lo ves.¹

Y lo sabemos.

1. Patricio Rey y sus redonditos de ricota "Todo un palo"

Bibliografía

- Agamben, G. *Una voce*. En <https://www.quodlibet.it/> Intervención publicada el 8 de octubre de 2020.
- Arendt, H. (1998) *La condición humana*. Paidós. Barcelona.
- Arendt, H. (2009) *Los orígenes del totalitarismo*. Alianza. Madrid.
- Berardi, F. (2020), *El umbral. Crónicas y Meditaciones*. Tinta Limón Ediciones. Buenos Aires.
- Esposito, R. (2003) *Comunitas*. Origen y destino de la comunidad. Amorrortu. Buenos Aires.
- Esposito, R. (2005) *Immunitas*. Protección y negación de la vida. Amorrortu. Buenos Aires.
- Vernant, J.P. (2005) *La muerte en los ojos*. Figuras del Otro en la antigua Grecia. Barcelona. Gedisa.

Artículos centrales

Sostener las institucionalidad en tiempos de Covid¹

Fabián Calderón*

Fecha de recepción:	16 de noviembre de 2020
Fecha de aceptación:	18 de noviembre de 2020
Correspondencia a:	Fabián Calderón
Correo electrónico:	calderonfabian@hotmail.com

*. Rector. Docente e Investigador UNLaR. Titular de la cátedra Trabajo Social Institucional y Optativas.

Resumen:

Esta reflexión tiene como propósito pensar la gestión de las instituciones en tiempos de pandemia, repasar las estrategias para sostenerlas y gestar nuevas intervenciones a partir de las demandas de un contexto particularmente complejo. En ese tránsito, se buscan gestar alternativas más o menos viables, híbridas, pero sostenedoras de lo público como baluarte de lo colectivo, fundamentalmente si hay que considerar las derivas de una crisis. El proceso que transitamos permite reconocer que algo se está gestando, algo se sostiene, y todo se concatena en la definición de la política institucional.

Palabras clave: Gestión - Pandemia - Política institucional.

Summary

The purpose of this reflection is to think about the management of institutions in times of pandemic, to review the strategies to sustain them and to develop new interventions based on the demands of a particularly complex context. In this transit, they seek to develop more or less viable, hybrid, but supportive alternatives of the public as a bulwark of the collective, fundamentally if the drifts of a crisis must be considered. The process that we go through allows us to recognize that something is being developed, something is sustained, and everything is concatenated in the definition of institutional policy.

Key words: Management, pandemic, institutional policy.

Introducción

El día Provincial del Trabajador y Trabajadora Social es una oportunidad para reconocer a todos y todas los que trabajaron para el crecimiento profesional y desarrollo de la carrera en nuestra provincia, aquellas pioneras que lucharon por nuestra profesión, atravesaron atropellos institucionales y situaciones de la dictadura militar. Las que tuvieron que ver reducido su ejercicio profesional cuando se cerró la carrera, instituciones, en fin, memorias que tenemos que tener siempre presentes por estos atropellos institucionales que vivimos en nuestra Patria, en Latinoamérica y en nuestra provincia, ya que siempre tenemos una deuda histórica que es recuperar las vivencias, experiencias y aprendizajes de quienes han trabajado para fortalecer el ejercicio profesional y el Consejo Profesional.

Hoy reflexionamos acerca de como llevamos adelante las instituciones en tiempo de pandemia, pensando en sostenerlas en la bimodalidad de la intervención profesional. Esto es, en los escenarios en los cuales hoy estamos trabajando y poniendo nuestra intervención, pensando incluso, en la post-pandemia; la cual aún no tiene una fecha de partida. En los libros de historia hay fechas precisas como un "25 de mayo de 1810", que marca un proceso institucional y político en nuestro país. El covid 19 tuvo fecha de inicio en nuestro país y en el mundo, pero la fecha de caducidad todavía sigue siendo un enigma. Pero ahondemos en la idea intervención en contexto de COVID.

En primer lugar, considero que tiene que ver con pensar en escenarios de riesgo, concepto que veníamos siempre hablando desde el área de salud y que tienen que ver

justamente con estos contratiempos. Estas situaciones e imprevistos en los cuales aparecen algunos perjuicios que hay que redefinir y en el cual nosotros los deberemos abordar desde el trabajo social.

Este escenario de riesgo sin lugar a dudas lleva a una redefinición de las instituciones, porque generan crisis, dolor, develamiento, angustias que necesitan llevar a un repensar la vida institucional y es lo que estamos haciendo. Tuvimos que reestructurar marcos normativos, funcionamientos, horarios de atención, salas de espera y sobre todo otros de los conceptos que durante mucho tiempo estuvimos trabajando y hoy la sociedad se apropió "La Protocolización" de nuestra vida institucional". Traigo a la memoria mi trabajo en el Servicio de Adolescencia del Hospital Dr. Enrique Vera Barros de nuestra provincia, cuando instalamos la discusión y definición del protocolo de ESI (embarazo adolescente, salud sexual y reproductiva) y muchos no entendían muy bien de lo que se trataba. Hoy se materializó, se vivencia y forma parte de nuestra vida cotidiana. Se sabe cuál es el protocolo que demos seguir para los cuidados y prevención, es decir, estos conceptos que vienen de la salud comunitaria, de la salud pública; hoy están siendo incorporados en las realidades institucionales y en la vida cotidiana de los sujetos con los cuales nosotros trabajamos. Entonces: riesgo, crisis institucional y definición de protocolización, hoy son los criterios que definen nuestra intervención profesional.

Pero hay algo que rescatar en toda esta nueva realidad de cuestionamientos, de desarmado institucional, de la problematización de todas las respuestas institucionales. Quiero rescatar aquí un concepto expresado por Mario Riorda² en una reunión mantenida con referentes

2. Mario Riorda es un docente e investigador argentino. Dr. en Ciencias Políticas. Asesor. Columnista.

de la comunicación universitaria que habla de “rescatar el carácter colaborativo en nuestras instituciones. La perspectiva de colaboración debe primar sobre las perspectivas individuales, fragmentarias, saboteadoras y cuestionadoras de toda respuesta institucional...”. Esto es clave, porque creo que, como ciudadanía, todos tenemos un espíritu de colaboración en las respuestas, en las acciones y en la mirada que tenemos que tener. Hay una premisa colaborativa que funciona hoy como una estrategia institucional. Cuando decimos que hay que pedir la colaboración a todos los actores de las organizaciones para que se difunda el protocolo, se trabaje la comunicación, una respuesta de información, la atención al público, el llegar al barrio y llegar con una respuesta institucional ¡es una estrategia y una premisa de la intervención! Perspectiva que debe primar frente al miedo y el pánico que busca modificar la vida institucional.

Otro aspecto a rescatar por los/as trabajadores/as sociales es la defensa de lo público, de lo estatal, la soberanía educativa, tecnológica, científica y económica, que se constituyó claramente en una respuesta integral a las problemáticas profundizadas por esta pandemia. No podemos ser trabajadores y trabajadoras sociales si no somos defensores de lo público. En este contexto de covid, se vio claramente la confianza en lo público: fue el Estado quien salió al cruce de la pandemia. Los hospitales públicos fueron la noticia y lugares donde todos pusimos nuestra esperanza más directa de cura de este virus que nos sigue asolando. En nuestro caso, el Hospital de Clínicas Virgen María de Fátima que hoy goza de una confianza, credibilidad y visibilidad que en estos últimos años de pelea por presupuesto no se concretó, una crisis como la pandemia finalmente hace que estemos prácticamente al filo de alcanzarlo. Entonces aparece la confianza del conocimiento como bien público que no es otra cosa que generar con él las respuestas institucionales a problemas que generan la pandemia. La atención en hospitales universitarios, la respuesta en Ciencia y Técnica para elaborar máscaras y barbijos, respiradores, el tema de la donación de plasma, vacunas, etc. Son sin lugar a duda la confianza que depositó la ciudadanía en lo público, y eso, es algo que los trabajadores sociales debemos rescatar porque allí, es el lugar donde nos encuentra y somos parte de esa respuesta de confianza en este escenario. Para que lo público tenga ese valor y necesidad de pensarse desde la perspectiva de derechos.

Este escenario que describo genera implicancias en el ejercicio profesional y en la vida institucional. Primero porque lleva a un cambio de conductas en el ejer-

cicio profesional y también como ciudadanos/as. Hay una vida ordenada de otro modo que genera cambios culturales, adaptaciones que tenemos que hacer incluso en las instituciones, en donde por ejemplo, el compartir un mate tan inclusivo y generador de grupos, ahora lo tenemos que hacer individualmente. Estábamos acostumbrados a un espacio común en la organización donde reunirnos, comentar los casos, discutir, analizar las estrategias, etc, hoy lo tenemos que hacer desde una computadora y resguardando el espacio del tumulto de gente. Es más, haciendo una entrevista en la bi-modalidad a través de una pantalla, un teléfono, un 0-800, un servicio de emergencia al que no estamos acostumbrados.

Esto sin duda lo extrañamos y nos cuesta su adaptación, aunque hoy ya lo empezamos a incorporar, digo, se empieza a dibujar otras relaciones nuevas que distan de lo que nos caracterizaba como profesión: el contacto directo, una palabra directa, un abrazo, una contención a ese sujeto padeciente que llega a las organizaciones. Entonces todas estas conductas que van acompañadas de la protocolización, la convivencia con las plataformas, etc. Llevan a un repensar, re direccionar y reestructurar las instituciones.

La consciencia ambiental en los consumos materiales y culturales, la consciencia de construcción colectiva, los criterios de confianza hacia lo público y hacia los recursos que están disponibles y debemos exigir, se resignifican en los/as trabajadores sociales al declararnos en lucha constante para que se entienda la importancia de la salud, la educación, la seguridad.

Esto que muchas veces se cuestionó ¿Para qué la AUH? ¿Para qué la asignación para nuestras embarazadas? ¿Por qué el estado tiene que garantizar planes programas y recursos? Que muchas veces lo escuchamos cuestionado desde los mismos colegas, ¿Por qué habría que garantizar una protección integral en esos recursos y situaciones? Y hoy vemos que estas son las respuestas más presentes y necesarias para reducir el daño y acompañar estas condiciones desde lo material, familiar y social.

También creo que una de las implicancias que tenemos en este covid, es pensarnos en la redefinición de estrategias híbridas a las que refiere Mario Riorda. Sistemas híbridos que es una mixtura de varias respuestas lo presencial y virtual, distintas formas de estar presentes. Entonces la hibridez como modo de respuesta institucional también la tenemos que desarrollar en nuestra perspectiva de intervención profesional. Es decir, aquel

sistema único no va más. Ya hace mucho que veníamos discutiendo desde la perspectiva epistemológica del trabajo social. Entonces hoy esos sistemas, esos modos de pensar los abordajes, institucional, familiar, comunitario, empiezan a tener una hibridez, una redefinición que nos llevan a repensar como nos pensamos desde la intervención profesional en este contexto de bimodalidad, en estos escenarios que se vienen de la post-pandemia, como lo hacemos también articulando con otros actores.

Y allí viene otra perspectiva desde la que nos pensamos desde el trabajo social, que es la necesidad de mirarnos interdisciplinariamente. Esto es clave, porque si hay algo que legitimó este COVID, es superar una lógica médica, sanitaria referenciada en quienes más conocían de estas enfermedades, que es lo que sucedió al principio. Pero la salud no es solamente una realidad médica, clínica e infectológica. En todo caso es una realidad social, cultural, epidemiológica y económica. Entonces, también la interdisciplina tiene que tener cabida en la mirada de abordaje. Por eso hoy pensar en sostener la intervención profesional para sostener la institución es pensar en adaptaciones y redefiniciones administrativas en perspectiva de riesgo, con una mirada interdisciplinaria y territorial, rompiendo inclusive esas escalas y modelos que teníamos desarrolladas anteriormente y hoy tenemos que pensarla desde esta lógica de hibridez.

Un debate que se da en toda la sociedad tiene que ver con la salud pública como eje central, donde nos encuentra a los trabajadores sociales en esta mirada. Yo quisiera tomar del texto de Alfredo Carballeda (2018) un concepto que me parece fundamental para este tiempo, el concepto sobre salud. Dice "...tomando a Floreal Ferrara, él dice que nuestra definición de salud es que el hombre y la mujer que resuelven conflictos están sanos..." y es otro valor que tenemos que poner hoy sobre la mesa y hacer visible. ¿Cuánto hacemos varones, mujeres, colectivos de diversidades, de discapacidad para resolver esos problemas? y ¿Qué nos hace estar sanos? Eso es lo que tiene que primar sobre el indicador que todos los días nos dice que hay contagiados. Tenemos que poner en valor cuanto hacemos todos los días para estar sanos y ese es el valor importante y trascendental para hablar de salud mental. Entonces dice "... la salud es la lucha por resolver un conflicto antagónico que quiere evitar que alcancemos el óptimo vital para vivir en la construcción de nuestra sociedad..." entonces fíjense, el valor de la salud en claves colectivas y puesta en valor de lo que hacemos todos los días para estar sanos. A mí me pare-

ce que eso es lo que tenemos que trabajar fuertemente desde nuestro colectivo profesional.

Otra de las cuestiones que surgió en la Pandemia es el *quedate en casa*, un lema, un criterio, una estrategia comunicacional fuerte. Las y los trabajadores sociales sabemos que no es lo mismo quedarse en casa cuando las condiciones ambientales, culturales y habitacionales son diversas. Entonces allí también hay que visibilizar desde las Ciencias Sociales que no ha sido fácil quedarse en casa porque las condiciones son adversas. Además, sabemos que muchas veces el quedarse en casa a llevado a visibilizar otros problemas como las violencias de género, los abusos, los maltratos, las condiciones de pobreza, las condiciones de conectividad que hoy han puesto de manifiesto. La importancia que tiene la conectividad como derecho de los ciudadanos para estar conectados a la vida institucional.

Una lucha que tenemos que seguir dando, porque hoy en este decreto del Presidente que establece los servicios esenciales de la conectividad, los servicios digitales y la telefonía son recursos esenciales, son las nuevas disputas que tenemos que dar en el marco de la tecnología como bien público. Las tecnologías no son el destino de ninguna institución, pero si son bienes que debemos considerarlos como públicos, para poder seguir formando parte de un desarrollo político e institucional del buen vivir en nuestra comunidad.

Tenemos que redefinir los ámbitos laborales, repensar las condiciones de licencia, las condiciones en las que habitamos hoy la vida institucional y laboral. Y ahí viene otra complejidad que nos lleva a pensar los marcos conceptuales y epistemológicos en escenarios epidemiológicos, desde una perspectiva de riesgo. Eso es una definición que debemos tener presente para el desarrollo de las nuevas miradas del trabajo social.

Tenemos que llevar adelante un ejercicio profesional situado en condiciones de COVID, en donde encontramos sujetos en crisis y debemos apostar a sostener las instituciones, pero aquí también debemos generar una pregunta hacia el interior. ¿Quién nos sostiene a nosotros? ¿Quién sostiene a los colegas en estos ejercicios adversos, complejos y difíciles? También tenemos que trabajar desde los Consejos Profesionales esas respuestas para poder sostener las instituciones.

Esto sería como la doble hermenéutica del ejercicio profesional ¿Quién sostiene a los colegas que sostene-

mos las instituciones? Ese sería el esquema en el cual nos tenemos que pensar. La participación activa de las y los trabajadores sociales en políticas públicas. Necesitamos que nuestros gobernantes entiendan que la pandemia se enfrenta con más y mejor ciencia social, y con más y mejor inserción de las/los trabajadores sociales en las discusiones de políticas públicas. Porque no es solamente garantizar una vacuna, evitar el contagio, una campaña de comunicación; sino también todo aquello que significa cómo llegamos a territorio para que eso surja efectos, genere mejores condiciones y evite los riesgos en nuestras comunidades. Por lo tanto, es el desafío de los trabajadores sociales en La Rioja, en Argentina en Latinoamérica es visibilizar las desigualdades socioeconómicas, culturales, laborales para repensar una intervención profesional en contexto de covid.

Por último, la prolongación de la pandemia nos ubica como actores claves en la reconstrucción institucional de todo aquello que sabemos no va a quedar en las mismas condiciones. Vamos a perder muchas de las situaciones y condiciones, como también estamos perdiendo ejercicios de libertades porque nos llevan hoy a tomar definiciones en nuestra vida cotidiana que algunos dicen “atentado contra la libertad”; pero también tenemos que ver esas condiciones de redefinición de la libertad son y serán pensando en el cuidado y protecciones de otras y otros. Y eso las/los trabajadoras/es sociales tenemos que llevar esa premisa como ejercicio profesional, porque lo sabemos, los abordamos y los redefinimos permanentemente.

Bibliografía

Carballeda, A. (2018). *Lo Histórico, lo tecnológico y metodológico*. Edición Margen, Bs. As. 1º Edición.

Artículos seleccionados



Artículos seleccionados

La Experiencia de los Comités Barriales de Emergencia en el Partido de General Pueyrredón, Buenos Aires, Argentina. Una aproximación teórica-interpretativa desde las Ciencias Sociales

**Juan Agüero^a, Silvana Martínez^b, Paula Meschini^c, Tamara Sosa^d,
y Manuela Fonseca Pinheiro Dos Santos^e**

Fecha de recepción: 18 de agosto de 2020
Fecha de aceptación: 30 de septiembre de 2020
Correspondencia a: Juan Agüero
Correo electrónico: juanagueroposadas@gmail.com

- a. Doctor en Trabajo Social. Facultad de Ciencias de la Salud y Trabajo Social de la Universidad Nacional de Mar del Plata.
- b. Doctora en Ciencias Sociales. Facultad de Ciencias de la Salud y Trabajo Social de la Universidad Nacional de Mar del Plata.
- c. Licenciada en Servicio Social. Facultad de Ciencias de la Salud y Trabajo Social de la Universidad Nacional de Mar del Plata.
- d. Licenciada en Servicio Social. Facultad de Ciencias de la Salud y Trabajo Social de la Universidad Nacional de Mar del Plata.
- e. Licenciada en Servicio Social. Facultad de Ciencias de la Salud y Trabajo Social de la Universidad Nacional de Mar del Plata.

Resumen:

Este trabajo constituye una primera aproximación teórica-interpretativa desde las Ciencias Sociales, de la experiencia de los Comités Barriales de Emergencia conformados en el Partido de General Pueyrredón, provincia de Buenos Aires, Argentina. Se discuten algunos conceptos y categorías teóricas a partir de la experiencia colectiva de cuidado y autoprotección que vienen llevando a cabo estos comités como estrategia popular comunitaria para enfrentar la crisis y la emergencia social generadas por la pandemia del COVID-19, un fenómeno inesperado cuyas consecuencias sociales, económicas y sanitarias son aún inconmensurables. Este trabajo se inscribe en el marco del Proyecto de Investigación Monitoreo y seguimiento de las estrategias para minimizar la circulación del COVID 19 en el Municipio de General Pueyrredón. Este proyecto multidisciplinario es financiado por el Programa de Articulación y Fortalecimiento Federal de las Capacidades en Ciencia y Tecnología COVID-19 del Ministerio de Ciencia, Tecnología e Innovación de la Nación y se viene desarrollando en el Instituto de Humanidades y Ciencias Sociales (INHUS), de doble dependencia del CONICET y la Universidad Nacional de Mar del Plata, con la participación de investigadores, becarios y estudiantes de la Facultad de Humanidades y la Facultad de Ciencias de la Salud y Trabajo Social de esta universidad.

Palabras clave: Comunidad - Organización Popular - Sujeto Político Colectivo.

Summary

This paper constitutes a first theoretical-interpretative approach from the Social Sciences, about the experience of the Neighborhood Emergency Committees formed in the Party of General Pueyrredón, province of Buenos Aires, Argentina. Some concepts and theoretical categories are discussed based on the collective experience of care and self-protection that these committees have been carrying out as a popular community strategy to face the crisis and social emergency generated by the COVID-19 pandemic, an unexpected phenomenon whose social, economic and health consequences are still immeasurable. This work is part of the Research Project Monitoring and follow-up of strategies to minimize the circulation of COVID 19 in the Municipality of General Pueyrredón. The Program of Federal Articulation and Strengthening of Capacities in Science and Technology COVID-19 of the Ministry of Science, Technology and Innovation of Argentina finance this multidisciplinary project. It is be developed at the Institute of Humanities and Social Sciences (INHUS), of double dependency of CONICET and the National University of Mar del Plata, with the participation of researchers, fellows and students of the Faculty of Humanities and the Faculty of Health Sciences and Social Work of this university.

Key words: Community; Popular Organization; Collective Political Subject.

Introducción

Este trabajo se inscribe en el marco del Proyecto de Investigación "Monitoreo y seguimiento de las estrategias para minimizar la circulación del COVID 19 en el Municipio de General Pueyrredón". Este proyecto multidisciplinario es financiado por el Programa de Articulación y Fortalecimiento Federal de las Capacida-

des en Ciencia y Tecnología COVID-19 del Ministerio de Ciencia, Tecnología e Innovación de la Nación y se viene desarrollando en el Instituto de Humanidades y Ciencias Sociales (INHUS), de doble dependencia del CONICET y la Universidad Nacional de Mar del Plata, con la participación de investigadores, becarios y estudiantes de la Facultad de Humanidades y la Facultad de Ciencias de la Salud y Trabajo Social de esta universidad.

Con este trabajo se intenta realizar una primera aproximación teórica-interpretativa desde las Ciencias Sociales, de la experiencia de los Comités Barriales de Emergencia conformados en el Partido de General Pueyrredón, provincia de Buenos Aires, Argentina. Se discuten algunos conceptos y categorías teóricas a partir de la experiencia colectiva de cuidado y autoprotección que vienen llevando a cabo estos Comités como estrategia popular comunitaria para enfrentar la crisis y la emergencia social generadas por la pandemia del COVID-19, un fenómeno inesperado cuyas consecuencias sociales, económicas y sanitarias son aún inconmensurables.

En la primera parte se expone una breve caracterización de los Comités Barriales de Emergencia como organizaciones populares comunitarias, analizándose algunos conceptos y categorías teóricas que entran en juego tanto en el proceso de conformación como en las trayectorias de estas organizaciones. En la segunda se analiza el proceso de constitución de los Comités Barriales de Emergencia como sujetos políticos colectivos y los procesos de representación y construcción de relaciones de poder que implica esta construcción social de subjetividad política.

Los comités barriales de emergencia como organizaciones populares comunitarias

Actualmente existen treinta y cinco Comités Barriales de Emergencia en el partido de General Pueyrredón, provincia de Buenos Aires, Argentina, que se fueron conformando en un proceso que se inicia a fines de marzo del 2020 luego del Aislamiento Social Preventivo y Obligatorio decretado el 20 de marzo de 2020 para todo el país por el Poder Ejecutivo Nacional tras conocerse el primer caso de muerte por COVID-19. El proceso de conformación se inicia rápidamente por la urgencia de implementar sin demora alguna una estrategia colectiva para enfrentar la amenaza de la pandemia. Cada Comité fue abarcando entre uno y cinco barrios, todos ubicados al Norte, Sur, Oeste y Suroeste del centro de la ciudad de Mar del Plata. Por esta razón estas organizaciones populares comunitarias terminan abarcando un extenso territorio del partido de General Pueyrredón, que incluyen numerosos barrios, algunos incluso alejados a varios kilómetros como Batán, Estación Chapadmalal, El Boquerón y Estación Camet (Ferrari et al., 2020).

Los Comités se fueron conformando con referentes de distintas instituciones y asociaciones, movimientos

sociales, organizaciones populares, instituciones públicas, organizaciones no gubernamentales, sociedades de fomento, organizaciones de la economía popular, iglesias, organizaciones sindicales, instituciones educativas, centros de extensión universitaria, programas de salud, servicios sociales, unidades sanitarias, comedores escolares, merenderos, cocinas populares, entre otras. Entre los movimientos populares nacionales que participan de la experiencia de los Comités Barriales de Emergencia se encuentran Barrios de Pie, Somos Barrios, Movimiento Evita, Central de Trabajadores Argentinos y la Corriente Clasista Combativa. También participan organizaciones populares con desarrollo territorial en Mar del Plata pero con menos inscripción en movimientos nacionales, como el caso de la Agrupación Atahualpa. Hay otras organizaciones que no participan de la experiencia, como el caso del movimiento Teresa Rodríguez. El accionar territorial de estos movimientos, instituciones y organizaciones, accionar que ya existía en los barrios del partido de General Pueyrredón antes de la pandemia del COVID-19, permitió una rápida conformación de los Comités Barriales de Emergencia, sobre la base del trabajo que ya se venía realizando, la confianza ganada de los vecinos y vecinas y el conocimiento mutuo construido entre los dirigentes y entre éstos y los vecinos y vecinas.

Si bien la pandemia del COVID 19 se extiende por el mundo inicialmente como un problema sanitario, rápidamente se transforma en un gravísimo problema político-económico-social con enormes consecuencias, fundamentalmente la profundización de las desigualdades sociales, la concentración de la riqueza, la desocupación, el hambre, la pobreza, el aislamiento social, la incertidumbre, la angustia, la soledad y el padecimiento subjetivo (Agüero et al., 2020). La ciudad de Mar del Plata, como otras ciudades y regiones del país, ya venía asolada por cuatro años de devastación provocada por el proyecto político neoliberal que gobernó el país en el período 2015-2019. Según mediciones del Instituto Nacional de Estadística y Censos, Mar del Plata ya era la ciudad con el mayor porcentaje de desocupación de la Argentina. En el último trimestre 2019 tuvo una desocupación abierta del 11,8 %, por encima del promedio del país (Indec, 2020). Por lo tanto, el COVID 19 no produce nada novedoso en sí mismo en los barrios de Mar del Plata, en términos de problemas sociales, sino que profundiza y agrava enormemente una situación estructural de emergencia social que ya existía en términos de desocupación, precarización laboral, desigualdad social, pobreza, hambre y miseria.

Durante los cuatro años de devastación neoliberal, entre los años 2015 y 2019, que transformó a nuestro país en una verdadera tierra arrasada, la presencia y el trabajo en los barrios del partido de General Pueyrredón de aquellos movimientos, instituciones y organizaciones, no sólo constituyeron una verdadera malla social de contención que evitó situaciones de violencia y estallido social, sino que, ante la amenaza cierta de la pandemia del COVID 19, posibilitaron la rápida invención de un dispositivo organizacional innovador y estratégico como los Comités Barriales de Emergencia, para hacer frente a la crisis y cuidar a los vecinos y vecinas. Se trata sin dudas de una tecnología social novedosa y original, creada por las propias comunidades para afrontar una situación límite y protegerse.

Es conveniente aclarar al respecto que Mar del Plata tiene una fuerte tradición en materia de sociedades de fomento. A pesar del destrato de estas organizaciones en los últimos años, se han creado organizaciones de segundo grado como la Federación de Sociedades de Fomento Zona Sur y numerosas redes interinstitucionales que comparten el trabajo territorial con los movimientos populares y actores sociales anteriormente mencionados. La novedad que implican los Comités Barriales de Emergencia es que no se constituyen interinstitucionalmente en función de un tema o problema donde participan por ejemplo un centro de salud o una escuela, sino que abarcan un determinado territorio, que puede incluir varios barrios. Es decir, se constituyen territorialmente. El centro de interés o foco de atención es siempre un territorio, un barrio o varios, con toda su problemática física-urbanística, histórica, social, institucional, política, económica y cultural.

En este sentido, los Comités Barriales de Emergencia constituyen una experiencia única de organización popular comunitaria, basada en el asociacionismo, la cooperación, la ayuda mutua, la solidaridad, la acción colectiva, la política de cuidado y la autogestión comunitaria. Estos principios son los mismos que se plantearon en Europa en la primera mitad del siglo XIX, en la lucha colectiva contra el salvaje y perverso capitalismo industrial que asolaba el continente y cuyas consecuencias no eran otras que la desocupación, la miseria, el hambre, la desolación y la muerte, las mismas consecuencias también provocadas miserablemente por el capitalismo financiero internacional con sus rostros de neoliberalismo y monetarismo (Agüero, 2008).

Los Comités Barriales de Emergencia son emergentes de esta lucha histórica por la supervivencia y la auto-protección. Por eso acuerdan como Agenda de Trabajo comenzar por lo primero: la alimentación. Ésta es la necesidad más urgente e inmediata para la supervivencia, como ya lo señalaba Abraham Maslow en la década de 1950 en su teoría de la jerarquía de las necesidades humanas (Maslow, 1991). Los Comités gestionan la entrega periódica de alimentos, las donaciones de alimentos e insumos, las transferencias de fondos y la entrega de insumos a los comedores y merenderos. Como dato ilustrativo, actualmente el volumen de mercaderías y alimentos frescos que se entregan por semana es de 20 toneladas.

Según datos primarios obtenidos de entrevistas abiertas narrativas realizadas a los propios vecinos y vecinas de los barrios donde funcionan Comités Barriales de Emergencia, en la ciudad de Mar del Plata funcionan actualmente más de 350 comedores y merenderos, con un promedio de alimentación de 110 vecinos y vecinas por comedor. Además se entregan por semana 44.500 viandas. El 80 % de las cocinas populares donde se preparan estos alimentos funcionan en casas particulares. En el 60 % de los casos estas cocinas no cuentan con conexión a redes domiciliarias de gas y funcionan con gas envasado y leña. Trabajan en estas tareas unos 2.600 voluntarios y voluntarias, en un 80 % mujeres. Estos datos nos dan una idea de la magnitud de la emergencia alimentaria y del esfuerzo heroico cotidiano, principalmente de las mujeres, por el cuidado y la supervivencia.

Asegurada la supervivencia alimentaria, la segunda necesidad más urgente, que también lo señala Maslow (1991), es la protección física. Para el autor, esto se refiere a la necesidad de vivienda y hábitat. Ante la necesidad de tener que permanecer en sus viviendas por la pandemia del COVID-19, los Comités Barriales de Emergencia acuerdan como urgencia la necesidad de protección de las mujeres contra la violencia de género ejercida en sus propios hogares. Además, la protección de los vecinos y vecinas contra la violencia institucional ejercida por las propias fuerzas de seguridad. El aumento de los casos de violencia ha sido una de las consecuencias más visibles de la pandemia, tanto dentro de los hogares como fuera de éstos. En este sentido, la pandemia mostró la cara más cruel y nefasta del patriarcado, constituyéndose en una grave amenaza que fue detectada y puesta en agenda por los Comités Barriales de Emergencia y se fueron tomando las medidas de prevención y protección necesarias y urgentes.

Asimismo, los Comités Barriales de Emergencia acuerdan como urgencia la protección de los vecinos y vecinas contra los aumentos de precios de los alimentos. En este sentido, la pandemia mostró también la cara más repudiable y miserable del capitalismo empresarial, aquella que en tiempos de crisis y emergencia antepone la codicia y la especulación a las necesidades sociales más elementales como es el caso de la alimentación. La organización de *ferias comunitarias* para la compraventa directa de frutas, verduras y alimentos e insumos de primera necesidad es una de las estrategias adoptadas para proteger a la población. Esta práctica comunitaria tiene un origen ancestral en Abya Yala¹ y se utilizó en Argentina en diversas crisis políticas, económicas y sociales vividas en el país, especialmente durante la década de 1990, la crisis del 19 y 20 de diciembre de 2001 y la salida de la convertibilidad. También es una práctica de la economía popular y solidaria (Agüero, 2008).

Los Comités Barriales de Emergencia también acuerdan como urgencia la protección de la salud de la población ante la amenaza de la pandemia del COVID-19. En este sentido se planificaron y ejecutaron acciones sistemáticas de relevamiento de información, asesoramiento, promoción del autocuidado, vacunación, capacitación de promotores de salud, detección temprana de vecinos o vecinas con síntomas de afección por coronavirus, aislamiento preventivo, distribución de elementos de higiene, uso de protectores faciales e intensificación de los servicios de salud a cargo de la Municipalidad de General Pueyrredón y diversas acciones desarrolladas en el marco del Programa de la Universidad Nacional de Mar del Plata contra la Desigualdad por la Facultad de Ciencias de la Salud y Trabajo Social, la Escuela Superior de Medicina, la Facultad de Psicología, la Facultad de Arquitectura, Urbanismo y Diseño mediante la producción de barbijos de tela, la Facultad de Ingeniería mediante la producción de máscaras y la Facultad de Ciencias Exactas y Naturales mediante la producción de alcohol sanitizante.

La alimentación, la violencia de género, la violencia institucional, el control de precios y el cuidado de la salud constituyen las cinco cuestiones que integran la Agenda de Urgencias de los Comités Barriales de Emergencia. Sin embargo, el horizonte de planificación de estas organizaciones populares comunitarias no se agota en estas cuestiones y también excede lo meramente urgente. En

este sentido, hay una mirada de lo urgente e inmediato, sin dejar de lado otras cuestiones no menos urgentes y necesarias, como el aprovisionamiento de agua potable, el transporte público, la recolección de residuos, el alumbrado y los anegamientos e inundaciones (Ferrari et al., 2020).

Sin embargo, más allá de la urgencia, los Comités Barriales de Emergencia también tienen una mirada de mediano y largo plazo. Es una mirada que en la *teoría de la administración* (Agüero, 2007) se denomina estratégica y es la que señala el rumbo de una organización en el largo plazo. En este sentido, combinan lo urgente con lo estratégico en una muestra muy elocuente de sabiduría popular. Los pueblos y las comunidades suelen combinar esta mirada del presente con la *memoria larga*, una memoria viva donde todo está presente en un horizonte de muy largo plazo que abarca la historia viva pero también la proyección del futuro como unidad de sentido. Los pueblos y comunidades tienen este saber, especialmente los pueblos originarios de *Abya Yala*. En la nación Tupí-Guaraní se denomina *Arandu* a quien expresa esta sabiduría y este conocimiento profundo que combina la memoria, la historia y el futuro en un presente rico de sentidos y significaciones (Agüero, 2018).

Los comités barriales de emergencia como sujetos políticos colectivos

Los Comités Barriales de Emergencia se fueron constituyendo como sujetos políticos colectivos en un proceso de construcción también acelerado como fue su conformación como organizaciones populares comunitarias. La crisis generada por el COVID 19 intensificó la movilización popular en los barrios, una movilización que ya existía en el Partido de General Pueyrredón en los duros años de neoliberalismo entre el 2015 y el 2019. Esta movilización era apoyada, acompañada y promovida por los movimientos sociales, organizaciones e instituciones que trabajaban en los barrios, organizando, atendiendo, conteniendo y canalizando las demandas sociales que se multiplicaban ante las gravísimas consecuencias sociales causadas por la *gubernamentalidad financiera* (Agüero, 2013), la apertura de importaciones y las políticas de ajuste neoliberal, fundamentalmente el cierre de fuentes de trabajo, la desocupación, la precarización laboral, el empobrecimiento generalizado, el

1. Nombre originario de nuestro continente, que luego fue denominado América por los invasores europeos.

hambre, la indigencia y la falta de protección social y de acceso a los servicios básicos más elementales.

Las demandas sociales generaban distintos tipos de movilizaciones populares: asambleas barriales, denuncias por los medios de comunicación social, marchas, concentraciones públicas, protestas ante organismos públicos, pedidos de audiencia, entregas de petitorios, cortes de calles y rutas, entre otras acciones. El clima de confrontación era permanente ante la falta de respuestas a los reclamos populares o ante las respuestas dilatorias y evasivas del gobierno, de los funcionarios públicos y de la dirigencia política en general, como también de los sectores concentrados de la economía, los grupos privilegiados de la sociedad y los sectores especulativos financieros que se beneficiaban con las políticas del gobierno neoliberal y rechazaban unánimemente todo tipo de demandas de los sectores populares, culpabilizándolos de su situación de pobreza y vulnerabilidad social.

En este clima de conflicto, confrontación y protesta social, la crisis provocada por la pandemia del COVID-19 y el proceso de conformación de los Comités Barriales de Emergencia tuvieron un enorme impacto en la organización popular, ya que estos Comités se fueron constituyendo como sujetos políticos colectivos en tres grandes dimensiones: a) como unidades políticas de representación y canalización de las demandas populares, b) como unidades organizacionales de autogestión y c) como espacios de construcción de poder popular. Estas tres dimensiones son constitutivas de los Comités Barriales de Emergencia y se refuerzan e imbrican mutuamente en un proceso continuo de sinergia y empoderamiento (Teles, 2020).

a) Representación y canalización de las demandas populares

Al constituirse con la personería política de unidades de representación y canalización de las demandas populares, los Comités Barriales de Emergencia se vinculan desde esta posición con la Mesa Social creada en el ámbito de la Municipalidad de General Pueyrredón *"con el objetivo de atender las necesidades de los sectores más vulnerables que puedan surgir como consecuencia de la pandemia del coronavirus en el Partido de General Pueyrredón"* (Ferrari et al., 2020, cita 6). Esta Mesa se conformó inicialmente con funcionarios del Poder Ejecutivo Municipal, Concejales y representantes de la Universidad Nacional de Mar del Plata, Universidad FASTA, PAMI, ANSES, Ministerio de Desarrollo Social de la Nación, Ministerio de Desa-

rollo de la Comunidad de la Provincia de Buenos Aires, Iglesia Católica, Iglesias Evangélicas, Sociedad Unión Israelita Marplatense, Confederación de Trabajadores Argentinos y Confederación General del Trabajo Sede Mar del Plata. Luego dejaron de participar activamente los representantes de la Universidad FASTA, las Iglesias Evangélicas y la Sociedad Unión Israelita Marplatense. A su vez, se creó la Mesa Técnica de Salud, para trabajar desde este espacio el diseño e implementación de la estrategia que permitiera abordar la cuestión sanitaria que integraba la Agenda de Urgencias de los Comités Barriales de Emergencia. Desde la Mesa Técnica de Salud se diseñó, organizó e implementó la capacitación de 800 promotores de salud territorial para implementar el programa cuiDARnos. Actualmente, ante el aumento de casos de COVID-19 y la presunción de circulación comunitaria del coronavirus, se está diseñando la territorialización del Programa Nacional Detectar.

La tarea de representación y canalización de las demandas populares fue creciendo en intensidad, alcance y complejidad, abarcando una gran cantidad y diversidad de problemáticas barriales, no sólo las de mayor urgencia y prioridad señaladas anteriormente (alimentación, violencia de género, violencia institucional, precios de los alimentos y cuidado sanitario), sino también muchas otras relacionadas con el transporte público, la seguridad ciudadana, las condiciones físicas de los barrios, el alumbrado público, las comunicaciones, la escolaridad, la vivienda, el trabajo, el cuidado de los ancianos, la protección de los niños, la problemática de la discapacidad, las demandas de los y las adolescentes y jóvenes, entre otras. Cada una de estas demandas sociales fue implicando una creciente tarea de discusión en el ámbito de los Comités Barriales de Emergencia, como también de gestión ante organismos públicos, reuniones con funcionarios, empresarios, dirigentes políticos y sociales, con lo cual la presencia pública y la representación que fueron asumiendo los Comités como actores sociales y sujetos políticos también fueron en aumento.

Se produce un doble proceso de construcción política de los Comités Barriales de Emergencia. Por un lado, las demandas sociales aumentan a medida que se canalizan a través de los Comités, que operan como ámbitos de recepción, discusión y gestión de estas demandas. Esto genera un proceso cada vez más intenso y creciente de visibilidad y planteo de problemas barriales. Es un proceso político de *inducción*, ya que de un problema singular se inducen otros problemas más generales y complejos. Por otro lado, este aumento y complejización de los

problemas barriales, provoca a su vez un aumento del protagonismo de los Comités Barriales de Emergencia como ámbitos de representación y canalización de las demandas sociales, con lo cual a su vez se genera un proceso de construcción como sujetos políticos colectivos.

Conviene aclarar que las demandas sociales no aumentan solamente por el proceso político de inducción que provocan los Comités Barriales de Emergencia, sino también por un proceso de construcción política de los barrios como *comunidades organizadas* (Recalde, 2018). Esto implica la construcción de un nosotros como colectivo social que comparte un mismo proyecto y un mismo destino, por supuesto no exentos de conflictos y contradicciones. Este nosotros implica una conciencia colectiva y también una responsabilidad colectiva. Los problemas barriales se configuran de esta manera como problemáticas colectivas que aumentan en intensidad y complejidad ya que las necesidades sociales se jerarquizan también de lo más urgente vinculado a la supervivencia a lo más elevado y permanente vinculado a la realización humana como comunidad organizada.

También conviene aclarar que los Comités Barriales de Emergencia no se constituyen como sujetos políticos colectivos solamente por la representación y canalización de las demandas sociales, sino también por otros procesos que intervienen en la configuración de dicha subjetividad, entre los cuales son importantes la emergencia y desarrollo de liderazgos, la construcción de identidades colectivas, la producción de discursos justificativos de la acción, la formulación de proyectos colectivos, la capacidad de planificación estratégica, la construcción de autonomías, la capacidad de gestión, la capacidad de comunicación de ideas y proyectos a la sociedad, la experiencia y el know-how político, la capacidad de formulación de estrategias de acción, la capacidad de organización y movilización popular, la capacidad de gestionar recursos y la persistencia en la acción, entre otros.

b) Autogestión

La constitución de los Comités Barriales de Emergencia como sujetos políticos colectivos tiene una segunda dimensión no menos importante que la representación y canalización de las demandas populares: son unidades organizacionales de *autogestión*, aunque esto no se da de manera homogénea ya que hay lógicas diferenciadas entre los Comités de las Zonas Norte y Sur de Mar del Pla-

ta y los de las Zonas Oeste y Suroeste cuya indagación merece una investigación más específica para conocer su dinámica y configuración. Para el sociólogo brasileño Paulo Peixoto de Albuquerque (2004) la autogestión es un conjunto de prácticas sociales que se caracterizan por la naturaleza democrática de la toma de decisiones, lo que favorece la autonomía de un determinado colectivo social. Para este autor es una práctica fundada en la asociatividad, la unión de esfuerzos y la acción colectiva. Sin embargo, la autogestión no tiene sólo un significado sociológico sino que, en el caso de los Comités Barriales de Emergencia, tiene un fuerte significado político, más entendible desde la ciencia política que desde la sociología.

Para comprender el significado político de la autogestión, es conveniente referirnos al Estado, el gobierno y la gestión. Mientras que el Estado es una institución política-jurídica-administrativa de carácter permanente, el gobierno es la expresión de un proyecto político que ejerce el poder durante un período determinado de tiempo, en tanto que la gestión es la planificación, organización, dirección, coordinación, ejecución y control de las decisiones de gobierno. Mientras que el gobierno es el ámbito de las decisiones políticas, la gestión es el ámbito de materialización de estas decisiones. Tanto el gobierno como la gestión se encarnan en sujetos sociales concretos, que se relacionan entre sí, ejercen poder, toman decisiones, defienden intereses, se identifican con ciertos valores, principios filosóficos, creencias, imaginarios sociales e ideologías, entre otros aspectos.

Los Comités Barriales de Emergencia se configuran como sujetos políticos colectivos sin la intención ni el objetivo de reemplazar al Estado ni de constituirse en instrumentos de autogobierno, aunque construyen alianzas tácticas y estratégicas con el Estado en sus diferentes niveles y con sus organismos. Sin embargo, aunque no son dispositivos de autogobierno, los Comités Barriales de Emergencia se constituyen como unidades de autogestión y ésta es una diferencia fundamental para entender el sentido y la lógica de funcionamiento de estas organizaciones populares comunitarias. No es lo mismo hablar de autogobierno que de autogestión. El autogobierno implica autonomía política. Es el caso por ejemplo de las provincias, municipios o universidades públicas en Argentina. La autonomía política implica la facultad de organizar y regular la propia forma de gobierno, con un alcance limitado por supuesto porque no es soberanía. Los Comités Barriales de Emergencia no podrían pensar en autogobierno porque no son pro-

vincias ni municipios sino organizaciones populares comunitarias. Sin embargo, pueden legítimamente pensar en autogestión, porque la autogestión no implica construcción de autonomía política, sino *construcción política de autonomía para la gestión*.

Esta cuestión la entienden muy claramente los Comités Barriales de Emergencia toda vez que en su conformación y en sus prácticas sociales y políticas nunca estuvo la idea de confrontar con el Estado o reemplazarlo por una organización popular comunitaria. Por el contrario, siempre estuvo presente una *demanda de Estado* en el sentido de exigir la presencia del Estado, no sólo como garante de los derechos sociales, sino asegurando materialmente la posibilidad de ejercicio efectivo de estos derechos. Cuando decimos derechos sociales lo hacemos con un sentido de inclusión de una amplia gama de derechos, comenzando por los derechos humanos, pero incluyendo también derechos políticos de ciudadanía, derechos económicos al trabajo y el bienestar material, derecho a la salud, la educación, la justicia y el hábitat, derecho éste que incluye también el derecho a convivir con la naturaleza en un ambiente saludable y sustentable.

c) Poder popular

La constitución de los Comités Barriales de Emergencia como sujetos políticos colectivos tiene una tercera dimensión no menos importante que la representación y canalización de las demandas populares y la autogestión: son espacios de construcción de poder popular. Efectivamente, la práctica de discusión abierta y participativa de los problemas colectivos y la búsqueda de estrategias de acción decididas colectivamente transformaron a los Comités en espacios de construcción de poder fundado en dos procesos fundamentales: a) la construcción colectiva de una conciencia crítica de fuerte contenido histórico-político y b) la construcción colectiva de intersubjetividad basada en experiencias, vivencias e historias compartidas y en un nosotros autónomo capaz de liderar proyectos colectivos.

La experiencia de los Comités Barriales de Emergencia generó un aprendizaje colectivo de una forma democrática y participativa de discusión y abordaje de los problemas comunes. Los miembros integrantes de los Comités no sólo se sintieron partícipes y protagonistas de su propio destino, sino también reconocidos y valorados por sus pares como actores sociales y sujetos autónomos capaces de tomar sus propias decisiones y de sostener sus propias ideas. Este reconocimiento mutuo construyó

confianza y autoestima, desarrolló sentidos de pertenencia y fortaleció las subjetividades individuales y colectivas.

Los Comités Barriales de Emergencia constituyen valiosas experiencias de construcción de poder popular, no sólo por la forma democrática de toma de decisiones y de discusión de los problemas sociales, sino también por desarrollar capacidades de liderazgo latentes que en momentos de crisis y situaciones límites emergen con fuerza y crean las condiciones para la organización popular. La construcción de poder popular resulta siempre de experiencias colectivas. Estas experiencias constituyen eventos únicos ya que se inscriben en situaciones históricas particulares que no son repetitivas y que involucran a sujetos sociales también particulares. Por tanto, son experiencias únicas, experiencias singulares, aunque con una totalidad de sentido.

Reflexiones finales

Hemos reflexionado en este artículo sobre dos grandes dimensiones constitutivas de los Comités Barriales de Emergencia: su conformación como organizaciones populares comunitarias y su proceso de constitución como sujetos políticos colectivos. Como organizaciones populares comunitarias nos hemos referido al proceso de conformación de los Comités imbricado en experiencias previas de trabajo territorial que ya existía antes de la pandemia del COVID-19. También nos hemos referido a la agenda de urgencias acordadas por los Comités, combinadas con otras actividades y fundamentalmente con un proyecto estratégico de mediano y largo plazo. En el proceso de constitución como sujetos políticos colectivos nos hemos referido a tres grandes cuestiones: la representación y canalización de las demandas populares, la autogestión y la construcción de poder popular.

Lo desarrollado en este artículo constituye sólo una primera aproximación teórica-interpretativa de la experiencia de los Comités desde las Ciencias Sociales, como contribución al proceso investigativo que se lleva a cabo en el marco del proyecto "Monitoreo y seguimiento de las estrategias para minimizar la circulación del COVID 19 en el Municipio de General Pueyrredón", radicado en el Instituto de Humanidades y Ciencias Sociales (INHUS) de doble dependencia del CONICET y la Universidad Nacional de Mar del Plata. Las reflexiones desarrolladas en este artículo constituyen sólo un punto de partida de un proceso de análisis teórico-interpretativo más amplio que es necesario llevar a cabo en relación a la novedosa experiencia de los Comités Barriales de Emergencia en el Partido de General Pueyrredón.

Bibliografía

- Agüero, J. (2007). Teoría de la Administración. Un campo fragmentado y multifacético. En *Revista Científica Visión de Futuro*, Vol. 7, N° 1, Junio 2007.
- Agüero, J. (2008). *Gobalización, finanzas sociales y microfinanzas*. Buenos Aires: Dunken.
- Agüero, J. (2013). *Gubernamentalidad financiera*. Posadas: Editorial de la Universidad Nacional de Misiones.
- Agüero, J. (2018). El mundo de la vida en el trabajo social. *La comprensión de los sujetos sociales y sus mundos de vida para una intervención social significativa y emancipadora en el trabajo social*. Buenos Aires: Prometeo.
- Agüero, J.; Martínez, S. & Rampoldi Aguilar, R. (2020). *La miseria del neoliberalismo y la necesidad de Estado y políticas públicas*. En *Revista Regional de Trabajo Social*, Vol. 34, N° 76, Junio 2020.
- Ferrari, M.; Lucero, P.; Ares, S. & Mikkelsen, C. (2020). *Los Comités Barriales de Emergencia*. Una experiencia de acción colectiva. Mar del Plata: Observatorio Ciudadano Político y Electoral. Julio 2020. <https://www.observatoriopolitico.com.ar/category/coronavirus/>
- Instituto Nacional de Estadística y Censos (2020). *Informes Técnicos*. Volumen 4. N° 110. Junio 2020.
- Maslow, A. (1991). *Motivación y personalidad*. Madrid: Ediciones Díaz de Santos.
- Peixoto de Albuquerque, P. (2004). Asociativismo. En A. Cattani (comp.). *La otra economía*. Buenos Aires: Altamira.
- Recalde, A. (2018). El concepto de comunidad organizada en Juan Domingo Perón. En la señal medios, 17 de agosto de 2018. <https://laseñalmiedios.com.ar/2018/08/17/6851/>
- Teles, H. (2020). *Serviço Social nas Empresas. Práticas de Responsabilidade Social*. Lisboa: Pactor Edições de Ciências Sociais, Forenses e da Educação.

Artículos seleccionados

¿Qué les pasa a las/los estudiantes de primer año de Trabajo Social? Sentidos que interpelan la virtualización de la experiencia universitaria

Matías Causa*

Fecha de recepción:	28 de septiembre de 2020
Fecha de aceptación:	1 de octubre de 2020
Correspondencia a:	Matías Causa
Correo electrónico:	causamd@gmail.com

*. Magíster en Ciencias Sociales con orientación en educación. (Facultad Latinoamericana de Ciencias Sociales (FLACSO)-Sede Académica Argentina. Facultad de Trabajo Social. Universidad Nacional de La Plata.

Resumen:

En este artículo se presentan resultados preliminares de una investigación educativa que analiza los sentidos estudiantiles de la experiencia universitaria en el tramo crítico del primer año y en la coyuntura de la no presencialidad en las instituciones y de virtualización de la enseñanza y el aprendizaje. Para la construcción de datos, se desarrolla una estrategia metodológica cualitativa adaptada a las circunstancias que exige el actual Aislamiento Social Preventivo y Obligatorio y basada en la realización de un cuestionario en línea a estudiantes de primer año de la Facultad de Trabajo Social de la Universidad Nacional de La Plata. La cuestión de los sentidos que construyen las/los estudiantes es un campo propicio para analizar aquello “que pasa” y “les pasa” en tanto

actores universitarios protagónicos en los procesos de formación, a su vez, los momentos de ruptura de la cotidianeidad conocida de la experiencia universitaria habilitan nuevos interrogantes que es preciso indagar desde el punto de vista analítico. En los sentidos de la experiencia universitaria virtual que se analizaron coexisten: descripciones y valoraciones altamente positivas con relación a los vínculos y relaciones con los profesores y compañeras/os y, a la vez, descripciones y valoraciones negativas; en el medio de ambas se combinan un conjunto de pliegues y clivajes que caracterizan la condición heterogénea y activa de las/os estudiantes, incluso de aquellas/os que transitan un tiempo inicial de la experiencia universitaria.

Palabras clave: Universidad - Experiencia - Estudiantes.

Summary

This article presents preliminary results of an educational investigation that analyzes the student senses of the university experience in the critical section of the first year and in the situation of non-attendance in institutions and virtualization of teaching and learning. For the construction of data, a qualitative methodological strategy adapted to the circumstances required by the current Preventive and Compulsory Social Isolation is developed and based on the completion of an online questionnaire for first-year students of the Faculty of Social Work of the National University from La Plata. The question of the senses that students construct is a favorable field to analyze what "happens" and "happens" to them as leading actors in the training processes, in turn, the moments of rupture of the known daily routine of the University experience enable new questions that must be investigated from an analytical point of view. In the senses of the virtual university experience that were analyzed, the following coexist: highly positive descriptions and evaluations in relation to the links and relations with professors and colleagues and, at the same time, negative descriptions and evaluations; in the middle of both, a set of folds and cleavages that characterize the heterogeneous and active condition of the students are combined, even those who pass through an initial period of the university experience.

Key words: University - Experience - Students.

Introducción

La experiencia universitaria estudiantil se presenta como productora de sentidos y su indagación cobra un renovado interés en función de la modalidad virtual que adquiere la enseñanza como una de las dimensiones de un conjunto más amplio de modificaciones y adecuaciones al que las instituciones universitarias se vieron compelidas en virtud de la actual situación de emergencia sanitaria. El correlato de la pandemia es la no presencia física de los actores universitarios en las sedes de las distintas unidades académicas y la virtualización de la enseñanza. Siguiendo a Area, San Nicolás y Sanabria, un entorno, espacio, o aula virtual de enseñanza se refiere

a: "...un lugar acotado y reconocible en el ciberespacio que posee una identidad y estructura definida con fines educativos. Es un entorno virtual creado con la intencionalidad pedagógica de estimular, guiar o supervisar un proceso de aprendizaje de modo formalizado" (2018:180).

Desde la perspectiva asumida, los momentos de ruptura de la cotidianeidad resultan propicios para pensar los sentidos de la experiencia universitaria que construyen las/os estudiantes, es decir, para reponer la pregunta en clave del registro de aquello que pasa y les pasa en tanto actores universitarios protagónicos en los procesos de formación. El propósito de este trabajo es analizar los

relatos de un conjunto de estudiantes del primer año de la carrera de Licenciatura en Trabajo Social en la Facultad de Trabajo Social (de aquí en más FTS) de la Universidad Nacional de La Plata (de aquí en más UNLP) en tanto vía analítica privilegiada para comprender la forma en que experimentan la universidad en la doble particularidad de: a) la existencia de un período excepcional y provisorio en la instituciones universitarias y b) la realización de un trabajo de campo con estudiantes que en el curso del año 2020 se encuentran cursando el primer año de la formación universitaria en la mencionada carrera e institución.

En relación al primer punto, en un documento reciente el Consejo Interuniversitario Nacional de Argentina (CIN, 2020), a los rasgos de excepcionalidad y provisoriedad, agrega que el período actual reviste condiciones cambiantes que imposibilitan prever que las circunstancias vayan a mantenerse iguales durante su permanencia. Asimismo, específicamente referido a las/os estudiantes un informe del Instituto Internacional de la UNESCO para la Educación Superior (IESALC) señala que el impacto más inmediato es que el cese temporal de las actividades presenciales de las instituciones universitarias ha dejado a las/os estudiantes en una situación totalmente nueva, sin una idea clara de su extensión en el tiempo y cuyas consecuencias son inmediatas sobre su vida cotidiana, los costes y cargas financieras soportados y, por supuesto, la continuidad de sus aprendizajes.

Con respecto al segundo punto, este trabajo se centra en los relatos de estudiantes que atraviesan el contexto general referido anteriormente de manera concomitante con un momento particular de la experiencia universitaria, esto es, el primer año de estudios como un tiempo en que tiene lugar la entrada a un nuevo orden de reconocimientos simbólicos (Pierella, 2014). Al incorporar la categoría de experiencia universitaria en este trabajo se pretende otorgar relevancia a los relatos de las/os estudiantes. Las experiencias de estas/os en tanto actores universitarios existen en el propio proceso de la producción de sentidos y no refiere a aquello que efectivamente pasa en general, sino a aquello que le pasa a alguien en particular como un aspecto indisolublemente ligado a la forma en que lo expresa. El concepto de experiencia tiene una larga tradición en las ciencias sociales y se ha reactivado a partir del giro biográfico o narrativo (Carli, 2012) como un fenómeno social y político estrechamente vinculado a la narración como actividad colectiva que desempeña un papel fundamental en la constitución de sentidos compartidos que susten-

tan el lazo social (Benjamin, 2002, 2007, 2008). Así, por experiencia universitaria se entiende un acto de discurso y no una vivencia previa al proceso de producción de sentido (Pierella, 2014).

Inscrito en este enfoque en el trabajo se identifican y analizan los sentidos de la experiencia universitaria del primer año de estudios de un conjunto de estudiantes que se encuentran cursando el primer año universitario de la carrera Licenciatura en Trabajo Social en la FTS en tanto unidad académica que forma parte de las diecisiete pertenecientes a la UNLP. Algunas preguntas clave con las que el presente trabajo se propone dialogar son: ¿Qué está pasando con las trayectorias de las/os estudiantes que cursan su primer año universitario durante el contexto de enseñanza virtual y/o no presencial? ¿Qué esperaban y cómo les resultó la relación o el vínculo con sus compañeras/os y con los profesores del primer año de la carrera? ¿Qué necesidades, ventajas y desventajas del sistema universitario pone de manifiesto la irrupción de una pandemia en los sentidos estudiantiles? ¿Qué pueden aportar sus testimonios para pensar lineamientos de acción en tiempos de pandemia y virtualización de la enseñanza universitaria?

El artículo se estructura en un primer y breve apartado referido a las principales decisiones metodológicas y a la justificación de la relevancia del tema, en segundo lugar se recuperan aportes de la producción académica referida a las/os estudiantes. En tercer lugar se incluye una breve referencia en relación a las consideraciones teóricas que guían el trabajo y en un cuarto apartado se presentan y discuten los principales hallazgos. Para finalizar, se incorpora una serie de consideraciones y reflexiones finales.

Cuestiones de método y justificación

Con relación a la metodología de trabajo adoptada, cabe anotar que se optó por el diseño de un cuestionario online breve de Google Forms. El proceso de construcción y validación de este instrumento fue realizado a través de estudios previos desarrollados en años anteriores donde se indagaron los sentidos estudiantiles de la experiencia universitaria y en los que se fue contrastando y afinando el instrumento. El cuestionario fue dirigido a unos 400 estudiantes aproximadamente que ingresaron a estudiar la carrera de Trabajo Social en la FTS-UNLP en el año 2020. De ese universo, se pudieron obtener un total de 145 respuestas promediando el mes de mayo del corriente año.

Entre las preguntas incluidas se le solicitó al conjunto de las/os estudiantes que expliciten si habían interrumpido sus estudios y en caso afirmativo cuándo lo habían hecho, las razones de ello y la previsión que tenían o no de retomar en el segundo cuatrimestre del año en curso o el año entrante (en la misma institución y/o carrera en la que se encontraban o bien en otra/s). En el caso de quienes se encontraban actualmente estudiando se les consultó cuántas materias cursaban y sus pareceres en relación a la modalidad virtual de enseñanza y aprendizaje. En sendos casos de estudiantes, es decir, el de aquellas/os que habían optado por interrumpir sus estudios y el de quienes se encontraban actualmente cursando materias, se les preguntó respecto de sus expectativas al comenzar la universidad y acerca de sus opiniones en relación al vínculo con la institución, los profesores y sus compañeras/os.

Es en este último punto, referido a las dimensiones de la afectividad en los vínculos pedagógicos y la sociabilidad estudiantil, en el que el presente artículo se detiene de manera específica. Las/os estudiantes no concurren a la universidad exclusiva ni únicamente para estudiar, es allí que tienen vivencias (pasan mucho tiempo de su vida), se relacionan con otros/as (pares, docentes, referentes, etc.) y construyen o reconstruyen sus proyectos de vida. En otras palabras, las/os estudiantes encuentran en el espacio universitario un campo de vitalidad que motoriza al conjunto de los actores hacia la búsqueda de procesos de valoración y renovación de los modos de pensar y hacer la experiencia universitaria.

Los sentidos que en el trabajo se analizan son configurados por las/os estudiantes en tanto actores universitarios que eventualmente pueden, en este escenario, constituirse en (y para utilizar una de las categorías sociales últimamente tan en boga y que indica su identificación) *grupos de riesgo*, es decir, en un colectivo potencialmente desfavorecido por la coyuntura a la que asistimos. Producir evidencia empírica que recupere sus testimonios puede contribuir a someter a discusión crítica aquellas afirmaciones que, de manera apresurada, consideran la no presencialidad en las instituciones y la virtualización de la enseñanza en términos binarios, esto es, en un sentido celebratorio o, por el contrario, puramente negativo. Con todo, con la atención centrada en las/os estudiantes lejos se está de pretender operar una reducción en cuanto a los múltiples actores universitarios que contribuyen a configurar la universidad pública. A lo largo del texto se busca participar del debate colectivo acerca de la universidad como institución educativa compleja,

enfaticando los sentidos estudiantiles acerca de la experiencia universitaria en el tramo crítico del primer año, de la situación de enseñanza virtual a la que se asiste y, más en general, en un contexto inédito de emergencia y crisis sanitaria a escala global.

Las miradas de la investigación y la producción de conocimiento acerca de las/os estudiantes

En relación con las/os estudiantes, Guzmán Gómez y Saucedo Ramos (2015) sostienen que el campo de la investigación se encuentra aún en proceso de consolidación. Señalan que durante la década de los ochenta las/os estudiantes constituían un sujeto desconocido para la investigación educativa y que los estudios que primaban eran de tipo cuantitativo, entendiéndolas/os como parte de la matrícula o de la población estudiantil. Por otro lado, también existían estudios de corte psicológico centrados en los procesos de aprendizaje.

En los años noventa se produjo un incremento gradual en el interés de las investigaciones por las temáticas referidas a las/os estudiantes así como su ubicación en las instituciones educativas. Si la pregunta central en la orientación de la investigación era: ¿Quiénes son las/os estudiantes? En los años noventa pasó a ser: ¿Cómo son las/os estudiantes?

De esa manera, se fue configurando una agenda de investigación centrada en las/os estudiantes y su abordaje comenzó a realizarse mediante estudios de corte cualitativo. En los comienzos del siglo XXI se incrementó el número de investigaciones y se empezó a perfilar la conformación de un campo de estudio a través de la diversificación temática y disciplinaria, y de la profundización en las problemáticas tratadas.

Así, las investigaciones dieron cuenta de la heterogeneidad y de nuevas maneras de *ser estudiante*. El ingreso cada vez más frecuente de estudiantes que son primera generación universitaria es solo un indicador de los tantos que citan Guzmán Gómez y Saucedo Ramos (2015) a propósito de aquellos rasgos que la investigación fue adquiriendo: el ingreso de estudiantes indígenas a la universidad, las/os foráneas/os, las/os trabajadores, el desdibujamiento simbólico entre estudiantes pertenecientes a los ámbitos rurales y urbanos, la permanencia de las estudiantes madres en niveles educativos superiores, entre otros.

Respecto de las investigaciones sobre los aspectos subjetivos de las/os estudiantes universitarias/os, es recién a partir de la primera década de este siglo que su indagación cobra fuerza y se configura como una tendencia clara en la agenda de la investigación. En nuestro país, los trabajos acerca de la problemática de las/os estudiantes ingresantes a la universidad se centraron fundamentalmente en el análisis del abandono. En su mayoría, estos estudios focalizan su atención en la definición del perfil de quienes abandonan los estudios, siendo más recientes los abordajes en torno a los factores institucionales que actúan como condicionantes de dicho problema.

En un análisis de la producción académica publicada entre el año 2002 y el 2012, centrado en las universidades nacionales de la Argentina, García de Fanelli (2014) destaca que el estudio de los factores que inciden sobre el abandono, la graduación y el rendimiento de las/os estudiantes universitarias/os adquirió un nuevo interés. Sin embargo, una parte importante de los trabajos se centró más en los factores individuales (demográficos, socioeconómicos y académicos), prestando una menor atención a los factores organizacionales en la explicación del fenómeno. Es decir, aunque fueron surgiendo, restan aún en la agenda del campo estudios que centren su atención en las dinámicas institucionales.

Por otro lado, se observa otra gran área temática vinculada al estudio de la universidad que aborda las transformaciones recientes de este nivel educativo desde la perspectiva de sus actores. Se trata de investigaciones que indagan en las experiencias, las trayectorias, los relatos, las formas de apropiación y sentidos que las/os estudiantes construyen y expresan. Sus enfoques son principalmente cualitativos y se proponen aportar a la comprensión de las dimensiones socioculturales, antropológicas y pedagógicas (Bracchi, 2005; Carli, 2012, 2014; Cerezo, 2015; Colabella y Vargas, 2013; Pierella, 2014, 2018). En palabras de Pierella, se trata de:

“Un área de estudios sobre la universidad que revela interpretaciones subjetivas de los actores en el marco de fenómenos históricos colectivos, considerando las discontinuidades y continuidades respecto de experiencias anteriores, los puntos de inflexión y procesos de apertura que allí tienen lugar” (2014:21).

En esta última gran área de interés se ubica el desarrollo de este trabajo, dado que su enfoque se centra fundamentalmente en los sentidos que construyen las/

os estudiantes, sentidos que contribuyen a organizar su propia vida social y educativa.

Reflexiones sobre la fecundidad de la categoría experiencia universitaria

Al indagar en la experiencia universitaria de las/os estudiantes, interesan las formas en que sus recorridos, vivencias y sentires individuales se inscriben a su vez en relaciones sociales de poder e históricamente situadas (Nuñez y Litichever, 2015; Rockwell 1990; Scott, 1999). La experiencia es entendida aquí como una construcción personal, social e institucional, ya que comprende las relaciones, significaciones, lógicas de acción y estrategias a través de las cuales estudiantes y profesores se constituyen en su integración a un espacio y tiempo determinado con diversas lógicas de acción institucional (Dubet y Martuccelli, 1998).

Así, la experiencia no se reduce a los acontecimientos, sino a lo que éstos significan e importan para los actores. Tiene un componente cognitivo, pero no se limita a meros aspectos racionales, tal como aquí se la concibe, se aleja también de las nociones de sentido común que aluden a la acumulación, como la experiencia laboral o como cuando se predica que es alguien con experiencia.

La elección de la noción de experiencia permite poner en foco la consideración de las narrativas elaboradas por las/os estudiantes universitarias/os como buenos canales para acceder a las características de las experiencias de las que ellas/os mismas/os se encuentran participando durante su primer año de la formación universitaria. En este sentido, la narración se constituye como la facultad de intercambiar experiencias. Pero como condición de su construcción, la experiencia requiere una cierta trama de significados compartidos: “lo que la hace partícipe de alguna forma de vida pública, de espacio común, donde puede desarrollarse como tal” (Camou, Prati y Varela, 2018:74). Es decir, la vivencia personal, única, intransferible de cada estudiante universitaria/o en no resulta el genuino objeto de interés de este trabajo, sino la experiencia educativa de habitar y transitar el tiempo inicial de la vida universitaria en una situación inédita de la cual no se registran antecedentes cualitativamente similares. Se entiende la experiencia universitaria de las/os estudiantes como una construcción colectiva al interior de una trama de significados compartidos. John Dewey (2004) refiere justamente la idea de que la experiencia no ingresa simplemente en

una persona, sino que penetra en ella, influyendo en la formación de actitudes, deseos y propósitos. Según este autor, toda experiencia tiene un aspecto activo que modifica en algún grado las condiciones objetivas bajo las cuales se ha tenido la experiencia, este es, sin duda, un aspecto que es necesario tener en consideración al analizar la experiencia universitaria virtualizada por la que atraviesan, en este caso, un conjunto de estudiantes del primer año universitario de Trabajo Social.

En esta línea, Dubet y Martuccelli (1998) ofrecen un planteamiento de la experiencia en el que se comparten tanto el interés por la subjetividad de los actores como, de manera más específica, la atención hacia los elementos contextuales que entran en juego, es decir, el correlato social desde donde se construyen las experiencias. El planteamiento de estos sociólogos abre la dimensión estratégica en la construcción de las experiencias. Dubet y Martuccelli subrayan la importancia de la pregunta por la experiencia educativa de las/os estudiantes, es decir: "...por intentar comprender cómo captan, componen y articulan las diversas dimensiones del sistema, con las cuales construyen sus experiencias y se constituyen a sí mismos" (1998:86). Pero toda experiencia se halla siempre atravesada por la conformación de esferas de acción, intereses y valores que estructuran los distintos campos de la vida social con lógicas diferenciales y rasgos específicos.

Para estos autores la experiencia educativa se apoya en tres procesos de interacción: interiorización de normas y roles (socialización), el desarrollo de una subjetividad personal en forma de gustos e intereses (subjetivación) y una actuación instrumental de la actividad educativa. Estas tres dimensiones que analizan Dubet y Martuccelli (1998) en los sistemas escolares remiten a la organización académica-institucional, a los intereses personales y a las estrategias que las/os estudiantes despliegan para lograr sus objetivos. De acuerdo con los distintos momentos en la vida de las/os estudiantes, y por tanto del nivel de estudios que cursan, las tensiones entre las instituciones educativas y los diferentes ámbitos sociales tienen especificidades. Particularmente, en el nivel

universitario, de acuerdo con sendos autores, la relación con los estudios es el elemento central de la experiencia estudiantil, la cual está dada por la finalidad instrumental y por la integración social y escolar. De esta manera, en lo que sigue se organizan los primeros resultados acerca de los sentidos estudiantiles que refieren a la relación con los estudios, las/os pares y profesores, sentidos que construyen las/os estudiantes del primer año universitario de la carrera de Trabajo Social de la FTS-UNLP con los que se trabajó para la elaboración de este artículo.

Resultados y discusión de una experiencia universitaria virtualmente interpelada

Es posible identificar en los relatos de las/os profesoras/es universitarias/os una preocupación ante la virtualización abrupta e intempestiva que debieron experimentar sus propuestas pedagógicas, la falta de capacitación para enseñar a través de plataformas virtuales o la formación acelerada que debieron asumir a la par que dictan sus cursos, la poca claridad en cuánto a las evaluaciones y el grado de participación y aprendizaje de las/os estudiantes. Preocupaciones que, en rigor y verdaderamente, también se combinan con el rediseño permanente que realizan de las estrategias pedagógicas y con el compromiso político que implica transmitir mensajes inclusivos y esperanzadores a las/os estudiantes, fundamentalmente a aquellas/os que transitan los primeros años de la formación universitaria. Como apunta Larraguivel:

"...los maestros universitarios no sólo se han visto en la necesidad de aprender en el aislamiento los mecanismos técnicos de la educación virtual, sino que muy probablemente también se encuentren experimentando procesos de adaptación a las nuevas situaciones que impone la educación en línea, en especial si partimos del hecho de que la efectividad de la enseñanza en el salón de clases se apoya en una buena interacción social entre profesor y alumno" (2020:110).

1. En un informe reciente, la Asociación de Docentes Universitarios de la Universidad Nacional de La Plata (ADULP) llevó a cabo, a través de su Centro de Estudios en Trabajo y Universidad Secretaría de Formación, un relevamiento sobre las condiciones y medio ambiente de trabajo en contexto de ASPO en la UNLP. Con el objetivo de describir el estado del trabajo docente en el contexto actual, identificar situaciones de vulneración de derechos, y visibilizar desigualdades, el informe concluye que sobre una estructura desigual preexistente de los puestos de trabajo por cargo o dedicación se instala el trabajo docente virtual. El informe detalla que sobre la apropiación de la tarea, el 97,5% de las/os docentes encuestados (sobre un total de 1.620) virtualizó las tareas docentes. Además, se agrega que la mayoría de las/os docentes dicen que trabajan más que antes, que tienen más tareas que antes, que no sabían casi nada o poco sobre enseñanza virtual, y que no disponen de espacio, escritorio y silla, que comparten computadora equipada, o que no estaba equipada y tuvieron que gastar dinero en hacerlo comprando cámaras, micrófonos, pizarras o la computadora completa.

Por otra parte, desde los sectores del sindicalismo docente universitario también se comenzó a llamar la atención ante el surgimiento de nuevos problemas como la sobrecarga de ocupaciones¹, los nuevos gastos que recaen en las/os profesoras/es al poner a disposición las herramientas tecnológicas personales y las conexiones domiciliarias a la red, los incordios y malestares suscitados ante la reorganización de las viviendas para diseñar espacios laborales acordes para la tarea docente, entre otros aspectos². Desde ya, también para las/os estudiantes las circunstancias implicaron cambios que requieren capacidades que, para muchas/os de ellas/os, pueden estar poco desarrolladas para adaptarse al tipo de modalidades educativas virtuales. Asimismo, el movimiento estudiantil organizado a través de sus federaciones y agrupaciones³ comenzó a plantear, en el escenario universitario, un conjunto de preocupaciones relativas a las diversas situaciones que atraviesan a las/os estudiantes y lograron articular una serie de propuestas para abordar las nuevas dificultades que se presentan y que, de alguna manera, alteran la experiencia universitaria estudiantil⁴.

En estas coordenadas, se sostiene que cobra relevancia la pregunta por los sentidos de la experiencia universitaria que construyen las/os estudiantes de primer año en el contexto de la no presencialidad y virtualización de la enseñanza. A continuación se presentan los resultados del trabajo y se propone una categorización que distingue aquello que les pasa a las/os estudiantes en cuanto a sus trayectorias académicas en el primer año de estudios como un tramo crítico de la formación y a los sentidos que construyen en relación a una experien-

cia universitaria que se presenta fuertemente interpelada por el mencionado e inédito contexto de educación no presencial y virtual.

Las/os que interrumpieron sus estudios

Es preciso considerar que, en este contexto, existe un mayor riesgo de interrupción y abandono de la universidad que podría incrementarse debido a la situación socioeconómica del país, tanto durante como una vez concluida la pandemia. Estos posibles efectos variarán entre los estudiantes de acuerdo con sus características socioeconómicas y condiciones materiales, de sus habilidades y capacidades de aprendizaje, de las áreas de conocimiento de la carrera de pertenencia (la situación de las prácticas de formación en terreno que en el caso de la carrera de Licenciatura en Trabajo Social de la FTS-UNLP se desarrollan desde el primer año del plan de estudios amerita un análisis específico que excede los alcances de este trabajo), y de los apoyos que les brindan las instituciones universitarias y las/os profesoras/es.

En el trabajo de campo realizado para este trabajo, de las 145 respuestas obtenidas se identificó que solamente 21 estudiantes optaron por suspender sus estudios universitarios en el primer año. Además, 17 de ellas/os señalaron que van a retomar las cursadas el año entrante (2021), 2 estudiantes manifestaron su intención de hacerlo a partir del segundo cuatrimestre del año en curso (2020) y otras/os 2 expresaron que retomarán a partir

2. En el mes de junio del presente año la Federación Nacional de Docentes Universitarios (CONADU) en reunión paritaria con las autoridades del Ministerio de Educación de la Nación, acordaron un marco regulatorio del trabajo a distancia y las condiciones laborales bajo la situación de excepcionalidad del COVID-19. En el marco del acuerdo las partes reconocen como trabajo docente en contexto virtual o no presencial al que se realiza desde el domicilio de las/os docentes, o desde otro ámbito sin la presencia de estudiantes, hasta tanto se disponga el restablecimiento de las actividades presenciales en las universidades. Sintéticamente, el acuerdo contempla, entre otros puntos, la regulación de los tiempos de trabajo correspondientes a la carga horaria de los cargos y dedicaciones docentes, el derecho a la desconexión y la pausa virtual, a la percepción del salario correspondiente según los acuerdos paritarios y las condiciones de trabajo establecidas en el Convenio Colectivo de Trabajo, la estabilidad docente y la suspensión de las evaluaciones de reválida de cargos mientras dure la excepcionalidad, la continuidad de la capacitación docente y la formación pedagógica y de enseñanza en entornos virtuales, la disposición de recursos tecnológicos de las universidades, el establecimiento de las plataformas virtuales de las universidades y la provisión de recursos tecnológicos por parte del Ministerio de Educación de la Nación.

3. Para mayor información véase: <https://www.diariocontexto.com.ar/2020/05/21/la-fulp-destaco-la-entrega-de-computadoras-de-la-unlp-a-estudiantes/> (Consultado el 10/6/2020).

4. Según datos del Instituto Nacional de Estadísticas y Censos (INDEC), en el Gran La Plata, en donde viven la mayoría de los estudiantes que cursan sus estudios en la UNLP en general y en la FTS en particular, el 72,9% de los hogares cuenta con una computadora y el 83% tiene acceso a internet. Si bien estos indicadores están por encima de la media nacional de los aglomerados de más de 500 mil habitantes, muestran que el acceso a internet y las computadoras dista mucho de ser universal. Por otra parte, cabe anotar que ni disponer de una computadora ni contar con la posibilidad de acceder a internet significa, necesariamente, su aprovechamiento y conocimiento. Disponible en: https://www.indec.gov.ar/nivel4_default.asp?id_tema_1=4&id_tema_2=26&id_tema_3=71 (consultado el 24/6/2020).

del año que viene pero en otra carrera⁵. Así, un primer aspecto a destacar es que no se identificaron estudiantes de las/os que interrumpieron las cursadas en el presente año que no hayan señalado que retomarán los estudios universitarios.

Con relación al momento en que debieron interrumpir sus estudios, 15 estudiantes dijeron que lo hicieron durante las cursadas del primer cuatrimestre, 4 manifestaron que directamente no habían comenzado el curso introductorio y 2 estudiantes abandonaron durante el mencionado curso. Las razones que esgrimieron las/os estudiantes con relación a la interrupción ponen el énfasis o bien en la situación de la pandemia en general, es decir, sin especificar en cuestiones vinculadas a la conectividad o a la disponibilidad de dispositivos tecnológicos, o bien justamente haciendo hincapié en esos aspectos y en cuestiones vinculadas con el uso de las plataformas web, los problemas vinculados a la comprensión de los textos en esos espacios y las dificultades que se les presentaban para leer y estudiar gran cantidad de textos complejos mediante un celular (en tanto dispositivo único del que, en algunos casos, se disponía para hacerlo).

Las/os que continúan estudiando

Resultaron 124 las/os estudiantes que siguen actualmente vinculados con las materias del primer año universitario. Una gran mayoría (103 estudiantes) manifestaron estar cursando la totalidad de las materias del primer año según los distintos planes de estudio. Mientras que 5 estudiantes continúan cursando 1 materia, otros 5 cursan 2 materias y 11 estudiantes cursan 3 materias del primer año.

A partir de las respuestas obtenidas⁶ a las preguntas respecto a cómo definirían ellas/os su experiencia de aprendizaje virtual en función de los vínculos y relaciones tanto con sus compañeras/os como con las/os profesoras/es, sus expectativas y lo que efectivamen-

te les pasa durante el tránsito del primer año, a cómo se sienten y consideran que les está yendo, fue posible identificar, agrupar y proponer cinco tipologías o categorizaciones organizadas de la siguiente manera:

- I. Descripciones y valoraciones de las/os estudiantes altamente positivas en relación a los vínculos y relaciones con las/os compañeras/os y profesoras/es en el contexto de la experiencia universitaria del primer año bajo la modalidad virtual.
- II. Descripciones y valoraciones de las/os estudiantes altamente negativas en relación a los vínculos y relaciones con las/os compañeras/os y profesoras/es en el contexto de la experiencia universitaria del primer año bajo la modalidad virtual.
- III. Descripciones y valoraciones de las/os estudiantes que resultan positivas pero acotadas hasta la instancia del curso introductorio a la carrera (llevado a cabo de manera presencial entre febrero y los primeros días de marzo de 2020) en relación a los vínculos y relaciones con las/os compañeras/as y profesoras/es.
- IV. Descripciones y valoraciones de las/os estudiantes positivas en relación a los vínculos y relaciones con profesoras/es pero negativas con respecto a las/os compañeras/os en el contexto de la experiencia universitaria del primer año bajo la modalidad virtual.
- V. Descripciones y valoraciones de las/os estudiantes positivas en relación a los vínculos y relaciones con las/os compañeras/os pero negativas con respecto a las profesoras/es en el contexto de la experiencia universitaria del primer año bajo la modalidad virtual.

A continuación se detallan cada uno de los puntos anteriormente enumerados:

I. Con relación al primer punto referido a las descripciones y valoraciones altamente positivas de las/os estudiantes en relación a los vínculos y relaciones con las/os compañeras/os y profesoras/es en el contexto de la experiencia universitaria del primer año bajo la modalidad virtual, fue posible agrupar 57 respuestas, es decir un poco más del 40% del total. En esta tipología

5. En un informe reciente de la Secretaría de Políticas Universitarias (SPU) de la República Argentina (2020) se incorporó la publicación de un nuevo indicador que aporta una nueva mirada sobre el comportamiento de las/os estudiantes durante los primeros años de sus trayectorias universitarias, en las que se observa que el cambio de carrera es un comportamiento frecuente y que esto no implica abandonar los estudios superiores. Este indicador señala que, considerando a las/os nuevas/os inscriptas/os de carreras de grado para el año 2016 de instituciones de gestión estatal y su trayectoria posterior en los años 2017 y 2018, el 21,6% de las/os nuevas/os inscriptas/os optó por otra oferta académica distinta uno o dos años después del ingreso a una determinada carrera.

6. Se incluyeron en el análisis 141 respuestas, dado las/os 4 estudiantes que abandonaron la carrera antes de iniciar el curso introductorio.

se destacan las respuestas del tipo: “Tengo una buena experiencia, buen compañerismo y los profesores la mayoría son comprensivos y me apoyan”, “Hay mucha predisposición y contención de parte de los profesores y de mis compañeros”. Desmenuzadas, estas respuestas permiten identificar menciones y referencias específicas de las/os estudiantes que:

- a) Ponen en valor el funcionamiento de grupos de estudios generados a partir de la iniciativa de ellas/os mismas/os o a través de la mediación de las distintas agrupaciones estudiantiles y la conducción del centro de estudiantes.
- b) Enfatizan la importancia de los espacios mencionados en el punto anterior para la comprensión del material bibliográfico, para sortear el abandono de las materias y la carrera e incluso para conversar con sus pares aquello que les pasa en términos personales y emocionales.
- c) Valoran el apoyo y seguimiento de las/os profesoras/es de la carrera, en contraste con experiencias anteriores en otras carreras y/o unidades académicas o institutos terciarios.
- d) Destacan el vínculo experimentado con sus pares y las/os profesoras/es en el contexto de un primer año en el que son extensas sus dudas e interrogantes.
- e) Subrayan la continuidad y sistematicidad del contacto, comunicación y acompañamiento tanto con sus compañeras/os como con las/os profesoras/es.

II. Con relación al segundo punto, es decir el que engloba las descripciones y valoraciones de las/os estudiantes altamente negativas en relación a los vínculos y relaciones con las/os compañeras/os y profesoras/es en el contexto de la experiencia universitaria del primer año bajo la modalidad virtual, se identificaron 22 respuestas, es decir un poco más del 15% del total. En esta tipología se destacan las respuestas del tipo: “No puedo relacionarme ya que no conozco a nadie”, “No me esperaba una comunicación así”, “Casi no tengo relación”, “Desde la virtualidad es muy difícil construir vínculos”, “No tengo vínculos con mis compañeras/os y con las/os profesoras/es solo les envío los trabajos”. Profundizando, estas respuestas permiten identificar menciones y referencias específicas de las/os estudiantes que:

- a) Descreen de la posibilidad de sostener un buen vínculo con sus compañeras/os y profesoras/es bajo la modalidad virtual y consideran que de manera presencial el vínculo y las relaciones serían significativamente mejores.

- b) Cuestionan las comunicaciones asincrónicas con las/os profesoras/es a la vez que valoran y reclaman más instancias de encuentro sincrónicas en las que puedan tener un mayor intercambio con aquellas/os.
- c) Desean fervientemente retornar a la presencialidad en las instituciones en virtud de poder conocerse y dialogar personalmente con sus compañeras/os y profesoras/es.
- d) Expresan sentimientos de angustia e impotencia al no poder interactuar presencialmente con sus compañeras/os y profesoras/es.
- e) Dudan de los aprendizajes realizados en virtud de que las comunicaciones sostenidas con las profesoras/es las encuentran muy poco significativas en cuanto a la claridad de las expectativas docentes para con ellas/os y de las devoluciones y seguimiento del aprendizaje que requieren por parte de las profesoras/es.

III. La tercera tipología reúne las descripciones y valoraciones de las/os estudiantes que resultaron positivas pero acotadas hasta la instancia del curso introductorio a la carrera (llevado a cabo de manera presencial entre febrero y los primeros días de marzo de 2020) en relación a los vínculos y relaciones con las/os compañeras/os y profesoras/es. Aquí fue posible agrupar, al igual que en el punto anterior, 22 respuestas, es decir un poco más del 15% del total. Las respuestas de las/os estudiantes que caracterizan a esta categorización propuesta son del tipo: “En el curso de ingreso conocí compañeras/os y profesoras/es muy receptivas/os y amenas/os, pero con esto de la pandemia, nos hemos deshumanizado”, “La relación que tuve con mis compañeras/os con los que cursé el ingreso fue excelente y con las/os profesoras/es también”, “Formé un vínculo en el curso de ingreso tanto con compañeras/os como con profesoras/es, pero en este formato no he formado ninguno”. En el ejercicio de desglose de las respuestas, se encuentran referencias a:

- a) La importancia que tuvo para las/os ingresantes 2020 a la carrera de Trabajo Social de la FTS-UNLP la realización presencial del curso introductorio durante los meses de febrero y principios de marzo. En sus respuestas se evidencia que, al menos durante ese período, pudieron formar parte del ámbito universitario, aunque con la no presencialidad y virtualización de la enseñanza señalan que esos vínculos y relaciones se vieron distorsionados y deteriorados.
- b) La relevancia del curso en términos de lazos o redes de sociabilidad estudiantil que luego posibilitaron la

conformación de grupalidades y redes de solidaridad estudiantil que se sostuvieron en la virtualidad, tanto orientadas al apoyo para las prácticas de estudio como para tramitar dudas y resolver cuestiones de índole administrativa.

IV. La cuarta tipología reúne las descripciones y valoraciones de las/os estudiantes positivas en relación a los vínculos y relaciones con las/os profesoras/es pero negativas con respecto a las/os compañeras/os en el contexto de la experiencia universitaria del primer año bajo la modalidad virtual. Aquí fue posible agrupar 20 respuestas, es decir un 14% del total. Las respuestas de las/os estudiantes que caracterizan a esta categorización propuesta se engloban en la afirmación: "Con las/os profesoras/es hay una buena relación ya que siempre están dispuestas/os a aclarar dudas, pero la relación con mis compañeras/os es más difícil ya que no hemos tenido oportunidad de relacionarnos". A continuación, se consignan los sentidos diversos que construyen algunas/os estudiantes con relación a las/os profesoras/es y sus compañeras/os:

- a) Por el lado de las descripciones y valoraciones positivas con relación a las/os profesoras/es, este grupo de estudiantes destaca que aquellas/os son comprensivas/os, las/os acompañan permanentemente, se muestran presentes y predisuestas/os para con ellas/os.
- b) En contraste, con respecto a sus compañeras/os señalan con desdén que el vínculo es inexistente, difícil o que apenas se manifiesta a través de las plataformas virtuales y redes sociales. Otras/os señalan que comenzaron la carrera esperando construir vínculos y relaciones entre pares que no suceden en el contexto de la virtualidad. Por último, algunas/os de las/os estudiantes incluidas/os en esta categorización visualizan el déficit que se produce en términos de sus aprendizajes al no producirse, en el contexto de la virtualidad, los debates e intercambios de ideas que, a su juicio, enriquecerían el proceso pedagógico.

V. La quinta y última categorización engloba las descripciones y valoraciones de las/os estudiantes que resultaron positivas en relación a los vínculos y relaciones con las/os compañeras/os pero negativas con respecto a las/os profesoras/es en el contexto de la experiencia universitaria del primer año bajo la modalidad virtual. En este lugar se identificaron, al igual que en el punto anterior, 20 respuestas, es decir un 14% del total. Las respuestas de las/os estudiantes que caracterizan a esta

categorización propuesta se engloban en la afirmación: "Con mis compañeras/os formamos un gran vínculo y estamos continuamente comunicados, pero con las/os profesoras/es eso no sucede". Ahora bien, en términos más específicos las/os estudiantes señalan que:

- a) Las redes y lazos de sociabilidad y solidaridad estudiantil continúan funcionando más a través de los grupos de la aplicación de mensajería instantánea WhatsApp Messenger que de las plataformas virtuales, correo electrónico u otras redes sociales. En este punto las/os estudiantes destacan el apoyo y el compañerismo entre sus pares y el papel asumido por la conducción del centro de estudiantes.
- b) La relación con las/os profesoras/es o bien la describen como nula o, en el mejor de los casos, aluden a que la relación varía según cada materia y docente en particular. Así, manifiestan que mientras algunas/os profesoras/es se muestran interesadas/os en sus aprendizajes, otras/os no lo hacen. También señalan que algunas/os les hacen llegar, cada tanto, un mensaje a través del correo electrónico preguntándoles cómo se encuentran y ofreciendo algún tipo de colaboración o simplemente poniéndose a su disposición.

Consideraciones finales

El primer y principal señalamiento que interesa proponer en función de los hallazgos del trabajo es que cualquier lineamiento de política universitaria (tanto durante la urgencia de la pandemia como con la mirada calibrada en el mediano y largo plazo) podría estructurarse considerando que las/os estudiantes de primer año son actores sumamente activos. A lo largo del trabajo fue posible identificar que los sentidos que construyen sobre la experiencia universitaria durante ese tiempo inicial de los estudios evidencian un papel mucho más activo del que ciertos discursos sociales (reproductores de modelos bancarios que conciben a las/os estudiantes como meras/os depositarias/os o espectadoras/es pasivas/os) podrían suponer en cuanto a su proceso de aprendizaje y a sus modos de vinculación con el conocimiento, con las/os profesoras/es y sus pares.

Ciertamente, el eje referido a la sociabilidad estudiantil es un aspecto de suma importancia en los relatos de las/os estudiantes, los lazos entre pares funcionan como un sostén, especialmente para quienes transitan su primer año de estudios en la universidad. Prestar atención a esta

configuración de espacios relacionales permite observar que las/os estudiantes generan instancias que suponen “nuevas posiciones subjetivas” (Carli, 2014:59): grupos de estudio, clases de apoyo, ferias de textos, colectivos artísticos, etc. que, con diverso grado de permanencia, propician experiencias significativas. En este contexto, cabe preguntarse ¿Qué sucede entonces con esta dimensión central de la experiencia universitaria ante la emergencia de la no presencialidad en las instituciones y virtualización de la enseñanza? Sin lugar a dudas la dimensión de la afectividad en los vínculos pedagógicos, la educación emocional (a la que suele prestarse menos atención en la formación universitaria), junto con la reconfiguración de los lazos y espacios relacionales estudiantiles, planteados en conjunto, abren profundos interrogantes acerca de las/os estudiantes, pero también acerca de las instituciones y las/os profesoras/es, es decir, sobre los modos en que resulta posible producir renovaciones y mejoras en las propuestas pedagógicas.

La mayoría de las respuestas de las/os estudiantes (el 40%) se agruparon en la categorización que describe y valora como altamente positivas las relaciones y los vínculos tanto con sus propias/os compañeras/os como con las/os profesoras/es en el contexto de la experiencia universitaria del primer año bajo la modalidad virtual. La introducción de dificultades, matices o pliegues por parte de las/os estudiantes se hizo evidente en las respuestas que resaltaron el vínculo con las/os compañeras/as en detrimento del sostenido con las/os profesoras/es o viceversa (idéntico porcentaje identificado en uno y otro caso, es decir, un 14%).

La relevancia otorgada al curso introductorio realizado de manera presencial fue otro de los hallazgos del trabajo, es decir, una cantidad considerable de estudiantes (un poco más del 15%) antes que aludir en términos negativos a las relaciones y los vínculos mediados por la virtualidad con las/os propias/os compañeras/os y/o las/os profesoras/es, optaron por referirse a aquellos como positivos pero acotándolos hasta el momento del curso introductorio. Por último, existe también un conjunto de estudiantes que describe y valora en términos fuertemente negativos las relaciones y los vínculos tanto con las/os propias/os compañeras/os como con las/os profesoras/es en el contexto de la experiencia universitaria del primer año bajo la modalidad virtual (algo más de 15%).

Estos sentidos estudiantiles habilitan la pregunta respecto a cuáles podrán ser los efectos educativos de me-

diano y largo plazo que esta realidad traiga consigo en una posible reestructuración del sistema universitario y particularmente en el tipo de ofertas de carreras universitarias de grado. En este punto, conviene recordar que, de acuerdo a una información recientemente publicada por la Secretaría de Políticas Universitarias (SPU, 2020), existen actualmente en el país 392 ofertas con modalidad de estudio a distancia (192 en el sector privado y 200 en el sector estatal) y 161.281 estudiantes que cursan bajo esta modalidad (más del 60% de ellas/os pertenecen al sector de gestión privado).

Sin embargo, los sentidos de la experiencia universitaria que construyen las/os estudiantes de primer año son heterogéneos y ponen en evidencia las múltiples desigualdades que inciden en las condiciones de estudio y aprendizaje y sugieren notas de preocupación por las trayectorias académicas, los aprendizajes alcanzados, las condiciones subjetivas, la sociabilidad y la construcción de los lazos que configuran la experiencia de habitar la universidad, entre otros aspectos a considerar. Aprender y enseñar en la virtualidad requiere habilidades o capacidades adicionales que aún habrá que construir y, en las capas de sentidos que construyen las/os estudiantes, esto aplica tanto para ellas/os mismas/os como para las/os profesoras/es a cargo del trabajo de enseñar. En palabras de Larraguivel:

“De entrada, es posible deducir que, en el ambiente de la educación a distancia, en cualquiera de las plataformas, se redefinen los roles del maestro y el alumno; es decir, el uso y la aplicación de recursos tecnológicos digitales en el ámbito de la enseñanza transforma, sin duda, los modos de comunicación entre el profesor y el estudiante, y entre los propios alumno” (2020:111).

Un aspecto saliente que se desprende del trabajo es que los recursos de comunicación de las aulas virtuales son muy poco utilizados. En general, las/os estudiantes valoran el contacto cara a cara y las alternativas virtuales, en los casos analizados, se conciben principalmente como espacios complementarios de la enseñanza. Aunque valoran positivamente su existencia (sobre todo para el acceso a los materiales de estudio y como mecanismo de entrega de tareas y trabajos), los sentidos que construyen las/os estudiantes indican que la virtualización de la enseñanza demanda un mayor desarrollo en la dimensión de la comunicación (fundamentalmente con las/os profesoras/es, pero también entre las/os propias/os estudiantes). Siguiendo a López, Ramírez y Rodríguez:

“Es indispensable mantener una comunicación activa con los alumnos a través de distintos medios (los de fácil acceso para los docentes y estudiantes), de manera que todas las dudas puedan ser atendidas oportunamente y que los jóvenes tengan un acompañamiento durante su proceso de enseñanza-aprendizaje” (2020:107).

Para finalizar, se recupera la pregunta formulada por Jacques Derrida en su obra denominada *Universidad sin condición* (2001) acerca del futuro de la universidad en un mundo que experimenta y ha experimentado profundas mutaciones respecto de aquél en que surgió como institución formadora. En esta dirección interesa argumentar en torno a la idea de la existencia, en los sentidos construidos por las/os estudiantes, de una suerte de *experiencia universitaria sin condición*. Con esta noción se está refiriendo al hecho de que, para las/os estudiantes, la experiencia universitaria del primer año aparece repleta de cuestionamientos, casi nada de esta queda al resguardo de profundas interpelaciones que ellas/os realizan y que se expresan en los sentidos de la experiencia que construyen al habitar la universidad pública en una situación sanitaria, socioeconómica y educativa altamente compleja. Ciertamente, del recorrido realizado no parece posible soslayar el telón de fondo de una situación crítica y el impacto en las condiciones subjetivas, en las vidas y relaciones de y entre las/os es-

tudiantes. Por otra parte, el trabajo realizado tiene sus limitaciones, entre ellas, que solo ofrece la perspectiva de las/os estudiantes de primer año sobre la no presencialidad en las instituciones universitarias y la virtualización de la enseñanza. En este sentido, será interesante como línea de investigación futura incorporar la perspectiva tanto de las/os estudiantes de los años intermedios y avanzados como de las/os profesoras/es acerca del diseño e implementación de la enseñanza virtual de cara a triangular los sentidos que construyen los distintos actores universitarios.

Por último, se considera fundamental la capacidad que pueda exhibir la universidad para autointerrogarse en el sentido de plantearse cómo considerar e incorporar un conjunto de dimensiones relevantes de la experiencia universitaria estudiantil, en la inmediatez pero también una vez que sea posible retomar las actividades presenciales. Reconstruir las reflexividades y cuestionamientos de las/os estudiantes desde el punto de vista analítico en un contexto en que la experiencia universitaria que ellas/os imaginaron o bien no ha sucedido, se ha interrumpido o, en el mejor de los casos, se ha virtualizado de manera intempestiva y abrupta, parece ser un irrenunciable de cualquier programa de acción y/o de las políticas que el sector universitario esté desarrollando o previendo desarrollar.

Bibliografía

- Area Moreira, Manuel; San Nicolás Santos, Belén; Sanabria MESA, Ana Luisa. Las aulas virtuales en la docencia de una universidad presencial: la visión del alumnado. RIED. Revista Iberoamericana de Educación a Distancia, [S.l.], v. 21, n. 2, p. 179-198, jul. 2018. ISSN 1390-3306.
- Disponible en: <<http://revistas.uned.es/index.php/ried/article/view/20666/18103>>. Fecha de acceso: 30 jun. 2020 doi:<https://doi.org/10.5944/ried.21.2.20666>.
- Benjamín, W. (2002): La dialéctica en suspenso. Fragmentos sobre la historia. Traducción de Pablo Oyarzún Robles, Santiago de Chile, Arcis.
- Benjamín, W. (2007): Obras, libro II, volumen 1, Rolf Tiedemann y Hermann Schweppenhäuser (eds.) con la colaboración de Theodor Adorno y Gershom Scholem, Trad. de Juan Barja, Félix Duque y Fernando Guerrero, Madrid, Abada.
- Benjamín, W. (2008). El narrador. Trad. de Pablo Oyarzún Robles. Santiago de Chile: Metales pesados.
- Bracchi, C. (2005). Los “recién llegados” y el intento por convertirse en “herederos”. Un estudio socioeducativo sobre los estudiantes. Tesis de Maestría-FLACSO, Buenos Aires, Argentina.
- Camou, A.; Prati, M. y Varela, S. (2018). (Comp.) ¿Ya votaste? Experiencias de participación política de jóvenes estudiantes de la UNLP. Editorial de la Universidad Nacional de La Plata (EDULP). Universidad Nacional de La Plata. ISBN: 978-987-4127-63-1. Disponible en: <http://sedici.unlp.edu.ar/handle/10915/70650>.
- Carli, S. (2012) El estudiante universitario. Hacia una historia del presente de la educación pública. Buenos Aires: Siglo Veintiuno.
- Carli, S. (Comp.) (2014). Universidad pública y experiencia estudiantil. Historia, política y vida cotidiana. Buenos Aires: Miño y Dávila.
- Cerezo, L. (2015). Universidad: tan cerca y tan lejos. Trayectorias universitarias de jóvenes en situación de vulnerabilidad social (Tesis de Maestría). Facultad Latinoamericana de Ciencias Sociales- Sede Académica Argentina, Buenos Aires, Argentina.
- Colabella, L; y VARGAS, P. (2013). “La Jauretche”. Una universidad popular en la trama del sur del Gran Buenos Aires. Buenos Aires: CLACSO. Disponible en: <http://www.biblioteca.clacso.edu.ar/clacso/becas/20131218063624/policybrief.pdf> (Recuperado el 17/4/2020).
- Derrida, J. (2001). La Universidad sin condición. Madrid: Trotta.
- Dewey, J. (2004). Experiencia y Educación, Madrid: Editorial Biblioteca Nueva.
- Dubet, F y Martuccelli, D. (1998). En la escuela. Sociología de la experiencia escolar. Buenos Aires: Losada.
- García de Fanelli, A. (2014), Rendimiento académico y abandono universitario: Modelos, resultados y alcances de la producción académica en la Argentina, en Revista Argentina de Educación Superior, Año 6, Número 8, pp. 1-30.
- Guzmán Gómez, C y Saucedo, C. (2015). Experiencias, vivencias y sentidos en torno a la escuela y los estudios. Abordajes desde las perspectivas de alumnos y estudiantes. Revista Mexicana de Investigación Educativa, 20 (67),1019–1053.
- Larraguivel, E (2020). La práctica docente universitaria en ambientes de educación a distancia. Tensiones y experiencias de cambio. En: IISUE. Educación y pandemia. Una visión académica, México, UNAM. Disponible en: <http://www.iisue.unam.mx/nosotros/covid/educacion-y-pandemia> (consultado el 25/5/2020).
- Lopez, M; Ramírez, S; Rodríguez, A. (2020). Trayectorias escolares en la educación superior ante la pandemia ¿continuar, interrumpir o desistir? En: IISUE. Educación y pandemia. Una visión académica, México, UNAM. Disponible en: <http://www.iisue.unam.mx/nosotros/covid/educacion-y-pandemia> (consultado el 25/5/2020).
- Núñez, P. y Litichever, L. (2015). Radiografías de la experiencia escolar: ser joven(es) en la escuela. 1a ed. Ciudad Autónoma de Buenos Aires: Grupo Editor Universitario.
- Pierella, M.P. (2014). La autoridad en la universidad. Vínculos y experiencias entre estudiantes, profesores y saberes. Paidós, Buenos Aires.
- Pierella, M.P. (2018). “El primer año de universidad desde la perspectiva de los profesores. Políticas de recepción, enseñanza y currículum”. En: Espacios en blanco. Serie indagaciones, 28(2), 33-48. Disponible en: http://www.scielo.org.ar/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S151594852018000200004&lng=es&tng=es. (Recuperado el 20/4/2020).
- Rockwell, E. (1990). “La dinámica cultural en la escuela” En: ÁLVAREZ, A. (Edit.): Hacia un currículum cultural: la vigencia de Vygotsky en la educación, Fundación Infancia y Aprendizaje, Madrid.
- Scott, J. (1999) “Experiencia”, en Revista Hiparquia, Vol. X, N° 1.

Otras Fuentes Documentales

Consejo Interuniversitario Nacional (2020). Algunas cuestiones normativas relacionadas con decisiones sobre validez, evaluación, acreditación y dictado de las carreras en las instituciones universitarias públicas durante el actual período de emergencia sanitaria. Documento Anexo del Acuerdo Plenario N° 1103/20.

Instituto Internacional para la Educación Superior en América Latina y el Caribe (iesalc)-unesco (2020). Informe COVID-19 y educación superior: De los efectos inmediato al día después. Análisis de Impactos, respuestas políticas y recomendaciones.

Secretaría de Políticas Universitarias (SPU). (2020). Síntesis de información de estadísticas universitarias 2018-2019. Dirección Nacional de Presupuesto e Información Universitaria. Disponible en: https://www.argentina.gob.ar/sites/default/files/sintesis_20182019_sistema_universitario_argentino_-_ver_final_1_0.pdf

Artículos seleccionados

Desterritorializar el campo grupal: la potencia de los grupos a distancia

Claudio Robles^a y Ana Sato^b

Fecha de recepción:	26 de agosto de 2020
Fecha de aceptación:	19 de octubre de 2020
Correspondencia a:	Claudio Robles
Correo electrónico:	mgclaudiorobles@gmail.com

- a. Magister en Trabajo Social. Carrera de Trabajo Social. Facultad de Ciencias Sociales, UBA.
- b. Lic. en Trabajo Social. Carrera de Trabajo Social. Facultad de Ciencias Sociales, UBA.

Resumen:

La pandemia por Covid-19 impuso diversas medidas de cuidado, entre ellas el llamado aislamiento social, que no representa *stricto sensu* un proceso de desvinculación social, sino que, contrariamente, ha servido a los fines de pensar nuevas modalidades de estar con otras/os.

Entre los diversos impactos que esta crisis sanitaria produjo, también debieron redefinirse las modalidades de relación interpersonal para garantizar la satisfacción de necesidades de diverso orden. Este trabajo aborda las modalidades no presenciales de intervención grupal, cuya emergencia resultó de carácter masivo a partir de la pandemia y que imponen la necesidad de repensar las clásicas reuniones grupales cara a cara. Abordar los obstáculos que se interponen en la apropiación de estas estrategias grupales remite a las categorías de acontecimiento, disponibilidad, descubrimiento, potencia y desterritorialización.

Nos proponemos reflexionar acerca del modo en que la definición de grupo resulta aplicable a los grupos no presenciales, abordando además algunas de las habilidades indispensables en el ejercicio de la coordinación grupal y su relación con los grupos a distancia.

Es preciso comprender que las formas de intervenciones colectivas no presenciales suponen una práctica de democratización y socialización del conocimiento, cuestión que se advierte a través de un sinnúmero de actividades virtuales recientemente desarrolladas. En contextos de excepción como el actual, las interacciones a distancia posibilitan la integración del sujeto al medio, promoviendo mayores niveles de inclusión y accesibilidad.

Palabras clave: Trabajo social con grupos — Grupos no presenciales — Virtualidad grupal.

Summary

The Covid-19 pandemic imposed various measures of care, among them the so-called social isolation, which does not represent stricto sensu a process of social disengagement, but on the contrary, has served the purpose of thinking about new ways of being with others.

Among the various impacts that this health crisis produced, the interpersonal relationship modalities also had to be redefined to guarantee the satisfaction of diverse needs.

This work addresses the non-face-to-face modalities of group intervention, whose emergence was of a massive nature since the pandemic started. These modalities impose the need to rethink the classic face-to-face group meetings. Addressing the obstacles that stand in the way of the appropriation of these group strategies refers to the categories of event, availability, discovery, potency and deterritorialization.

We propose to reflect on the way in which the definition of group is applicable to non-face-to-face groups, also addressing some of the essential skills in the exercise of group coordination and its relationship with remote groups.

It is necessary to understand that the forms of collective non-face-to-face interventions involve a practice of democratization and socialization of knowledge, an issue that is noticed through a number of recently developed virtual activities. In exceptional contexts such as the current one, distance interactions make it possible to integrate the subject into the environment, promoting higher levels of inclusion and accessibility.

Key words: Social work with groups - Non-face-to-face groups - Group virtuality.

A modo de introducción

El Trabajo Social como profesión y como disciplina ha prestado, históricamente, especial atención a los efectos del contexto social en la constitución del sujeto y sus relaciones interpersonales. Desde diversas perspectivas teóricas se alude al carácter determinante o condicionante de los factores macrosociales, supraestructurales, macrosistémicos, comunitarios, según cada perspectiva los nombre y explique. La teoría pichoniana ha explicado largamente el carácter producido (aunque también productor) del sujeto, al que comprende como *“un ser de necesidades que sólo se satisfacen socialmente en relaciones que lo determinan. Nada hay en él que no sea resultante de la interacción entre individuos, grupos y clases”* (Quiroga, 1986:32).

Desde hace pocos meses, el mundo se ha visto profundamente impactado -y esperamos que también esté/ estemos siendo interpelados/os- por el Covid-19, declarada por la OMS como pandemia el pasado 11 de marzo y que no reconoce precedentes a nivel mundial (no obstante otras pandemias como la viruela, el sarampión, la gripe española, la peste negra y el VIH) y que ha recluso a personas y familias a un aislamiento social, preventivo y obligatorio (ASPO), impuesto por el gobierno nacional, a efectos de disminuir los riesgos del coronavirus.

Reflexiones de diverso orden vienen produciéndose en torno a este particular momento histórico, que incluye a pensadores como Byung-Chul Han, Slavoj Žižek, Giorgio Agamben, Alain Badiou, Markus Gabriel, para men-

cionar algunos. También desde el Trabajo Social vienen produciéndose distintos ensayos que abordan las intervenciones territoriales y microsociales; propuestas para el autocuidado de los/as trabajadores/as sociales; la revalorización del lugar del Estado; los nexos entre capitalismo y violencia; el riesgo a un aislamiento permanente por miedo al otro/a; las relaciones desiguales del encierro; el riesgo de la militarización de la vida cotidiana; el papel de los medios de comunicación, entre otros. Se trata de temáticas relevantes que instalan nuevos debates en el colectivo profesional y con las que mantene-mos, en términos generales, acuerdos significativos.

Resulta impensado desde el Trabajo Social silenciar las desiguales posiciones y situaciones en que se encuentran los sectores más vulnerables. Tampoco desconocemos que existen sectores que se beneficiarán a costa del dolor y desamparo de las personas más indefensas. Nos motiva el anhelo de realizar un aporte, en tiempos de profundo dolor e incertidumbre, invitándonos -primero a nosotros/as mismos/as- a reflexionar en el vínculo con el otro/a. Transitamos un tiempo de crisis y éstas son también oportunidades para construir nuevos comienzos más humanos e igualitarios.

Esta pandemia ¿nos expone -de algún modo- a una nueva herida narcisista infringida a la humanidad? En efecto, fueron tres las heridas que como humanidad hemos vivido: la revolución copernicana (la Tierra no es el centro del universo); la revolución darwiniana (el ser humano no es producto de la creación divina sino de la evolución de los primates) y la revolución freudiana (el yo consciente no es el centro de la personalidad). No sabemos si esta pandemia reúne las características para imponer una nueva herida narcisista, toda vez que no es la primera ni la más grave -en términos de muertes- que otras pandemias han producido a nivel mundial. Pero sí podemos reflexionar sobre la posibilidad de que nuestro narcisismo en torno al conocimiento científico -como postulaba Freud- se constituya en el principal obstáculo para el progreso del conocimiento (Anzieu, 1971).

De allí que, en esta línea, nos interesa reflexionar en torno a las resistencias epistemológicas y prácticas a lo que, provisoriamente, llamaremos la virtualidad grupal, esta modalidad de comunicación interpersonal que se impuso de manera abrupta e inesperada en las familias, los ámbitos productivos, la escuela, la universidad y muchos otros espacios en los que la privación del contacto presencial promovió necesidades que motorizaron nuevas formas de vinculación entre las personas. El llama-

do aislamiento social constituye un aislamiento físico que, en muy diversos ámbitos, no representa *stricto sensu* un proceso de desvinculación social, sino que - contrariamente- ha servido a los fines de pensar nuevas modalidades de estar con otros/as.

Tales experiencias nos empujan a mirar las diferentes escenas que emergen como signos, forzándonos a pensar por fuera de lo ya pensado, de lo que vemos en primera instancia, de nuestras representaciones y de las que se ponen en juego ante estos nuevos escenarios.

Duschastzky sostiene que *“el problema aparece cuando el pensamiento se ve sacudido por una fuerza que no alcanza a comprender, pero tampoco puede desoir (...) cuando lo pensado no alcanza (...) cuando percibimos inconsistencias”* (2013:6) y lo inconsistente es aquello que no se deja atrapar por las representaciones.

Cuando Anzieu (1971) historiza el concepto de grupo, fundamenta la existencia de una resistencia epistemológica a lo grupal, que deriva del temor de volver a pensar la propia situación en un nuevo marco de referencia sometido a discusión, de la dificultad de todo ser humano para descentrarse en relación consigo mismo; el grupo constituye una alienación para la personalidad individual ya que es vivido como peligroso para la autonomía, para la libertad. Para Anzieu, esa resistencia a pensar lo grupal deviene de la resistencia del sujeto contemporáneo a la vida grupal, al mismo tiempo en que las angustias primitivas -entre las que menciona el temor a la despersonalización- son el motivo de la resistencia epistemológica y práctica al grupo. Para la sociedad, el grupo es una fuerza a su servicio, al tiempo que puede volverse contra ella. El grupo es así, también, una amenaza por su carácter conspirativo, por su peligro virtual. La última dictadura militar argentina supo sacar vil provecho de esa amenaza, persiguiendo toda actividad colectiva, amenaza que se sintetizó en la idea extendida por entonces que indicaba “más de tres personas es motín”. Son estas resistencias las que se reactualizan cuando se trata de habilitar otras formas asociativas de personas.

Acerca de las prácticas grupales virtuales

Como trabajadorxs sociales y como docentes de una asignatura que aborda los procesos grupales e institucionales, nos interesa interpelar(nos) acerca de las resistencias que algunos aspectos del mundo digital han

generado y el viraje que muchas de estas prácticas de virtualidad han producido en nuestras representaciones -e, incluso, prejuicios- sobre esta modalidad de asociación de personas, los llamados "grupos virtuales". Hasta el advenimiento de esta pandemia, los grupos virtuales -salvo para quienes necesitaban de ellos de manera imperiosa, como las personas impedidas de deambular- eran observados con cierto desdén y desconfianza, acentuándose más sus obstáculos y riesgos que sus ventajas y posibilidades.

Sin embargo, es preciso comprender que esta modalidad grupal no nació con la pandemia, y tal como sostiene Dabas (1999) al referirse a las redes sociales, no se trata de inventarlos -puesto que ya fueron inventados- sino de descubrirlos. *"Esta concepción nos replantea la diferencia entre invención y descubrimiento. Consideramos que la gente, los grupos, las comunidades preexisten a nuestra conceptualización ya que cuando afirmamos 'esta es la realidad', dicha afirmación se constituye en algo nuevo, algo creado, inventado con respecto a un sistema que ya estaba funcionando"* (Dabas, 1999: s/p).

También es indispensable señalar que las formas de intervenciones colectivas no presenciales suponen una práctica de democratización y socialización del conocimiento, cuestión que hemos podido advertir a través de un sinnúmero de actividades virtuales desarrolladas a partir de la pandemia. En contextos de excepción como el actual, las interacciones a distancia posibilitan la integración del sujeto al medio, promoviendo mayores niveles de inclusión y accesibilidad.

Nuestra propia formación académica y la que acompañamos como docentes de futuras/os trabajadoras/es sociales ha puesto énfasis en la relevancia de las relaciones cara a cara -premisa que seguiremos sosteniendo-, pero aquello que hoy exige ser repensado es el lugar residual que le hemos asignado a los llamados grupos virtuales y la imperiosa necesidad de reasignarles valor como recursos para enfrentar diversos problemas.

Pensar las prácticas conocidas como virtuales nos conduce a una primera y necesaria aclaración. Según la RAE, la palabra virtual es un adjetivo que frecuentemente se encuentra en oposición a efectivo o real y que da cuenta de la capacidad de producir un efecto. Respecto de esto último no caben dudas: las prácticas llamadas virtuales tienen la capacidad de generar efectos de diversa naturaleza. Basta pensar la capacidad de movilización y resistencia lograda a través de las redes sociales, lideradas por cientos de miles de seres anóni-

mos que han conseguido torcer el rumbo, incluso, de decisiones de gobierno. Hace 25 años, Lévy (1999) sostenía que un nuevo dispositivo de comunicación, al que llamó comunicación todos-todos, apareció en el seno de las comunidades desterritorializadas muy amplias, como uno de los principales efectos de la transformación en marcha. Y afirmó: *"el ciberespacio en fase de constitución facilita una comunicación no mediática a gran escala que, a nuestro juicio, constituye un avance decisivo hacia nuevas formas más evolucionadas de inteligencia colectiva"* (1999:90).

Tan importantes son los efectos de estas prácticas, que su uso debe guardar reservas, puesto que sus consecuencias también pueden resultar impredecibles, con el agravante que impone la ausencia física para actuar de manera efectiva ante situaciones de emergencia. Pero adscribir a la idea de una práctica no real es un asunto muy diferente. En este sentido, para Lévy (1999) lo virtual no tiene nada que ver con lo falso o ilusorio, ni es lo opuesto a lo real, cuestión que el autor describe como una oposición fácil y equívoca, que presupone la realidad como realización material, sino es *"una forma de ser fecunda y potente que favorece los procesos de creación, abre horizonte (...) es un proceso de transformación de un modo de ser a otro"* (1999:8). El autor realiza un análisis entre lo virtual y lo actual. Sostiene que la palabra virtual tiene un origen en el latín medieval *virtualis*, que a su vez deriva de *virtus* que significa fuerza, potencia. Lo virtual existe en potencia, pero no en acto, tiende a actualizarse, aunque no se concrete formalmente. Por lo tanto, para Lévy, *"virtualidad y actualidad solo son dos maneras de ser diferentes"* (1999:10). A su vez, el autor marca una diferencia entre lo posible y lo virtual. Sostiene que lo posible es lo latente, un real al que solo le falta la existencia, mientras que lo virtual tiene que ver con la potencia, con el conjunto de fuerzas que acompaña a un acontecimiento o cualquier situación que reclame un proceso de resolución, y a este proceso de resolución lo denomina actualización, que es una forma creativa de solución que emerge de *"una configuración dinámica de fuerzas y finalidades"* (1999:11). Basta pensar en la constitución de grupos de aprendizaje a través de plataformas virtuales que surgieron en el ámbito universitario y en otros espacios ante la situación problema que presentaba el ASPO por el Covid-19.

Reemplazamos la presencia física en las aulas por la participación de estudiantes y docentes en una red de comunicación apoyada en soportes virtuales que favorecieron la hospitalidad y la cooperación ante un contexto incierto.

En este punto nos parece pertinente introducir el concepto de acontecimiento al que Alain Badiou define como aquello que sucede y *“hace aparecer cierta posibilidad que era invisible o incluso impensable”* (2013:21). Crea una posibilidad que necesita del trabajo colectivo o singular para que esa posibilidad se torne real y se inscriba en el mundo. Lo que sucede con un acontecimiento, es el quiebre de ciertas estructuras que nos otorgaban grados de certezas sobre los modelos que regulaban nuestras relaciones y va a *“transformar en una posibilidad aquello que fue declarado imposible”* (Badiou, 2013:23), posibilitándonos el beneficio de revisar nuestras formas de pensar, sentir y actuar.

La pandemia por Covid-19 puede pensarse en términos de acontecimiento. Con ella, no solo emergió el aislamiento social, el miedo, la incertidumbre y desolación, sino que también nos propone convertirnos en cartógrafos, cartografía comprendida como *“diseño que acompaña y se hace al mismo tiempo que los movimientos de transformación del paisaje”* (Rolnik, 1989). Como docentes universitarias/os y en el afán de acompañar y sostener el proceso pedagógico, la realidad nos invitó a ensayar recursos digitales poco utilizados hasta el momento, como forma de compensar lo que no podemos hacer presencialmente. Es así que, en el movimiento del paisaje académico emergieron las clases virtuales y se acentuó el uso de los grupos de whatsapp con las/os estudiantes. Teniendo en cuenta que uno de los problemas es no poder acceder a los contenidos teóricos en forma presencial, se abre la oportunidad de trazar otro territorio *“... que sólo puede ser alojado en un encuentro y es justamente en él donde la experiencia educativa tiene lugar”* (Duschatzky, 2010:294). Oportunidad que se desliza si estamos disponibles a la potencia de lo virtual y a la actualización que el paisaje actual nos entrega. A la vez, nos posibilita indagar sobre los efectos que producen los nuevos dispositivos tecnosociales, con sus cualidades temporo-espaciales y velocidades diferentes. Para Lévy, una de las características asociadas a la virtualización es el efecto Moebius que se da en diversos ámbitos y pone como ejemplo al teletrabajador, quien transforma su espacio privado en público y viceversa. De esta forma, *“los límites no son evidentes. Los lugares y los tiempos se mezclan”* (1999:18) y donde el yo y el otro se colocan en una espiral en la que el interior y el exterior cambian continuamente de lado, como en un anillo de Moebius.

Otro punto que merece ser aclarado -no obstante parecer innecesario- es que presencialidad y virtualidad/no presencialidad no resultan pares de un antagonismo excluyente. La impugnación de las prácticas grupales a distancia -como preferimos llamarlas a partir de estas consideraciones conceptuales- basadas en el argumento de lo insustituible de lo presencial, resulta doblemente falsa. Ni las prácticas a distancia sustituyen la presencialidad, ni éstas resultan en sí mismas garantía de éxito, ni dan cuenta, sin más, de una tarea cara a cara.

Así, presencia y distancia integran instancias complementarias y no reemplazables antagónicamente. Vale tomar nota en relación a que estos dos aspectos -presencia y distancia- resultan propios de toda relación vincular, ya sea cara a cara o a distancia. Así como una presencia sin límites ni distancias equivale a estar juntos, pero no a estar vinculados, una distancia sin implicación no produce aprendizaje, entendiendo a éste en el sentido pichoniano de apropiación de la realidad para transformarla. La categoría distancia óptima como habilidad en el ejercicio de la coordinación grupal también da cuenta de estos procesos.

Es Berenstein (2009) quien nos alerta sobre la necesidad de desalienarnos de la idea ilusoria y letal de una/o otra/o que nos completa. Dice el autor: *“La idea de algunas parejas y familias [podríamos agregar algunos grupos] de que ‘somos uno’ no sólo contiene un equívoco, sino que mantiene una capacidad letal en el repudio a la diferencia inherente a pertenecer a un conjunto. Cuando no es aceptado, se anula al otro y al mismo sujeto, ya que el vínculo es de esas producciones que son resultado de las acciones de más de uno, no menos de dos y desde el Dos”* (2009:18).

El autor plantea la existencia de tres estares-haceres en la relación entre los sujetos, a los que llama: estar juntas/os, estar relacionadas/os y estar vinculadas/os. Estar juntos se asemeja a una agregación de sujetos, donde el hacer se basa en buscar la similitud. Estar relacionadas/os supone estar con la/el otra/o, pero sin haberse modificado. Una/o está a merced de otra/o. Estar vinculadas/os, finalmente, lleva a que las/os sujetos sean otras/os de quienes eran antes de estar vinculadas/os, el vínculo regula las modalidades de relación y de él derivan las acciones de cada cual. Hay acciones de cada sujeto y acciones que surgen por el hecho de estar vinculadas/os.

1. Las teorías que postulan un centro se tornan trascendentes, es decir se encuentran por encima, algo que supera su importancia circunstancial. Cuando todo es mediado por ese modelo, si se cuestiona el centro, toda su estructura se cae.

Entonces, pensar desde los vínculos no es lo mismo que pensar en los vínculos, implica abandonar la idea de centro¹ y pensar desde el entre, desde lo que sucede, ya que lo vincular es producción y tiene múltiples maneras de componerse.

Si observamos los procesos y no los individuos, podemos captar el movimiento de lo que está sucediendo. Gilles Deleuze (2008), filósofo con una marcada impronta spinoziana, desarrolló una filosofía de la inmanencia. Su lógica es la del devenir y esto significa pensar las cosas desde lo que están siendo. Esta lógica se relaciona directamente con su idea de la potencia y con ella se refirió a las cosas de las que un cuerpo es capaz. En una de sus publicaciones sobre estudios del afecto, Lara (2015), al citar a Deleuze sostiene que, para el autor, *"la importancia no está en los estados sólidos y definidos de las cosas, sean categorías psicosociales o biológicas (...); sino en lo que sucede en dichos estados, aquello que los modifica. Los efectos de dicha potencia rebasan las fronteras físicas de los cuerpos, definiendo así una nueva frontera en función de la fuerza vital de cada cuerpo"* (2015:21).

Fue Spinoza quien habló de la potencia de los cuerpos y de las relaciones que componen y descomponen. Una relación que compone, aumenta la potencia y a la inversa. Por eso, para él no existía el bien y el mal, sino, lo que hace bien compone y aumenta la potencia y lo que hace mal, descompone y por ende disminuye la potencia de un cuerpo. En la experiencia actual de nuestra práctica docente, los grupos de aprendizaje en presencia o a través de plataformas virtuales, no son ni mejores, ni peores; en términos de Spinoza, ni buenos, ni malos. Simplemente son diferentes formas y en esos encuentros se deberá evaluar si componen y multiplican, o no; si son convenientes o poco convenientes. Seguramente que esto va a depender de innumerables variables a analizar, incluyendo la propia percepción de nuestra práctica. *"Para Deleuze cada ser vivo y no vivo es atravesado por encuentros más o menos convenientes que amplían o reducen su territorio, al maximizar o minimizar su potencia"* (Lara, 2015:21). En estos encuentros se produce una modificación del territorio, de ahí el devenir.

La necesidad de pensar el devenir grupal desde una perspectiva holística de la realidad, es analizada también desde otra perspectiva teórica, como el paradigma ecosistémico, del que recogemos el principio de totalidad, que indica que el todo es más que la suma de las partes; es decir, no se rige por la idea de sumatividad, sino por el de interdependencia recíproca. Así lo explica el

creador de la Teoría General de los Sistemas: *"No puede sumarse el comportamiento de las partes aisladas y obtener el del todo; hay que tener en cuenta las relaciones entre los varios sistemas subordinados y los sistemas que les están superordinados, a fin de comprender el comportamiento de las partes"* (Bertalanffy, 1989:70).

Luz, cámara...acción

Uno de los conspicuos autores de la teoría social contemporánea, Erving Goffman (1997) nos ilustra sobre el significado de la palabra persona, partiendo de la consideración que los griegos asignaban a la palabra persona en tanto máscara (*prósopon*), es decir per sona, para sonar, utilizada por el personaje teatral. Persona es el sujeto cambiando de máscara y en la sociedad es el sujeto que desempeña numerosos roles. La palabra actor deriva del griego *hypokrites*, que significa hipócrita, que deriva del verbo *hypokerisin*, que significa actuar, propia del teatro griego. Cabe destacar que también en el teatro romano la palabra persona deriva de *per sonare*, la máscara de boca ancha que permite la emisión y proyección de la voz.

Goffman (1997) sostendrá que la interacción cara a cara implica la influencia recíproca de un individuo sobre las acciones del otro cuando se encuentran en presencia física inmediata y dirá que el individuo ofrece una actuación, una representación, a través de esa máscara. Valiéndonos de estas nociones, podríamos inferir que la actuación grupal de toda persona puede estar dirigida a desempeñar cierto papel y generar en su público cierto grado de aceptación social. De allí el rol central desempeñado por quien coordina, en tanto lectora/or y copensora/or del proceso grupal.

Si la actuación es la actividad del individuo durante un período caracterizado por la presencia continua ante un conjunto de observadoras/es sobre quienes se ejerce cierta influencia, la fachada será la parte de la actuación que funciona de modo regular y prefijado, ya sea intencional o inconcientemente por parte del individuo. En el espacio grupal aparecerán fachadas y un trasfondo escénico para el flujo de la acción humana. Como dirá Goffman (1997), existe una representación colectiva que institucionaliza una fachada social en función de las expectativas estereotipadas abstractas. Todos los actores salen a escena a desempeñar su rol en esta realización dramática que se pretende sea una exhibición efectiva.

De las consideraciones precedentes y siguiendo a Marcón (2020) se desprende la pertinencia y relevancia asignada a las relaciones cara-a-cara en los procesos de enseñanza-aprendizaje, en tanto *“el rostro (la cara) es un sistema expresivo del ser, incluyendo procesos (la mirada, la voz) que particularizan posibilidades de vinculación”* (p. 1). Agrega Marcón, en relación a los procesos pedagógicos, que nuestros comportamientos, caras y caretas, varían situacionalmente, por lo que *“el cara-a-cara es, entonces, un careta-a-careta, orden de lo real que no deslegitima el vínculo pedagógico, pero habilita la identificación de distintas caras”* (2020: 1). Concluye este autor: *“Y subrayamos: no por ello esos rostros son menos genuinos, menos legítimos ni menos operativos. Son, eso sí, distintos. No podemos predecir a futuro, pero hoy podemos estar tan seguros de que ellos no pueden suplantar a los anteriores como que coexistían, aunque con menos intensidad, antes del coronavirus. En este sentido el cara-a-cara no debería constituir un argumento dicotómico y sí complementario en su relación con las pantallas o barbijos tecnológicos”* (Marcón, 2020: 1).

Suponer, entonces, que la virtualidad impone el riesgo inevitable de lo ficcional es una generalización tan inaceptable como la que sostiene que lo virtual es irreal. Claro que esta modalidad de interacción requiere, cuando menos, el encendido de las cámaras, que haga posible un vínculo entre los cuerpos más allá de la distancia, siempre a sabiendas de que la acción -presencial o a distancia- se configura como resultado de un entramado complejo y multidimensional. Ello no se agota en ver o no al otro, sino en la posibilidad de escuchar la otredad y no reducir esa escucha a la mera proyección, lo que significa tomar una posición que nos invita a estar ahí, ponernos en juego, poniendo el cuerpo que también se manifiesta en el espacio virtual.

Desde el Trabajo Social, Fernández García y López Peñalé (2010) sostienen que enfrentar las barreras que la brecha digital imponen en el acceso a Internet y el manejo de la información digital depende de cómo las instituciones públicas y privadas -incluidas las ONG- establezcan espacios que ofrezcan a los ciudadanos nuevas formas de enfrentar los problemas.

Va de suyo que la precondition básica para pensar el abordaje de esta cuestión es garantizar las condiciones

de acceso a la tecnología a través de políticas públicas de carácter universal, tales como el programa Conectar Igualdad y la provisión de wifi de acceso libre y gratuito. Pero también existen otras brechas, como las capacidades necesarias para el uso de internet en el hogar y en medio de otras exigencias (Molina, 2020). Y podríamos agregar otra brecha, que resulta de la resistencia a apropiarse de las nuevas tecnologías de información y comunicación y que remite a la noción de obstáculo epistemofílico, desarrollado por el pensamiento pichoniano.²

Disponibilidad e intervención con grupos

Nuestra vida cotidiana transcurre en un contexto en el que estamos expuestos a ser partícipes de sucesos y/o de acciones propias y ajenas. La existencia misma nos conduce a modificaciones a veces imperceptibles en nuestra forma de ver y actuar en el mundo, como sostiene Janine Puget (2015). Ahora, ¿qué sucede cuando algo de lo impensado irrumpe en nuestra cotidianidad, poniendo en jaque nuestra forma de convivir, de relacionarnos, de amarnos, de trabajar, de conformar grupos, de producir y hasta nuestra manera de tocar y respirar? A nuestro entender, se produce en principio, una discontinuidad entre lo representado -en el sentido de re-producir algo anterior- y la presentación -prácticas creadas en un puro presente (Puget, 2015), provocando altos grados de incertidumbre que pueden devenir en estados de sufrimiento, por tratar de seguir manejándonos con ciertos modelos que nos otorgaban tranquilidad y que en el presente y por el momento no son aplicables a esta nueva realidad. Sin embargo, al producirse una ruptura de las certezas que nos otorgaba aquello conocido y atravesar la experiencia de caminar en una zona enigmática, pueden emerger acciones creativas que instituyan nuevos modos de relación con el medio ambiente, y con ello, nuevas formas de grupalidades y de enseñanza³, si estamos disponibles.

Entendemos la disponibilidad, siguiendo los aportes de Françoise Jullien, como un *“abanico completamente abierto -sin rigidez ni evasión- de manera de responder plenamente a cada solicitud que surge (...) sin dejar de lado ni desaten-*

2. La noción de obstáculo epistemofílico fue abordada por Enrique Pichon-Rivière (1985) -a partir del concepto obstáculo epistemológico desarrollado por Bachelard- para referirse a las dificultades para aprehender un objeto de conocimiento o para efectuar una correcta lectura de la realidad. Se trata de dificultades personales de orden emocional que interfieren en el aprendizaje de la realidad y en la incorporación de nuevas informaciones en virtud de la ansiedad que éstas provocan al sujeto, por lo que esa información no puede ser pensada.

3. La expresión enseñanza surgió como un lapsus y da cuenta de la fusión interdependiente entre enseñanza y aprendizaje.

der nada..." (2013:35). De forma tal que, en el vínculo pedagógico, hoy, ya no sería estratégico encerrarnos en pensamientos binarios y excluyentes acerca de lo presencial o lo virtual. El contexto actual nos convoca a no aferrarnos a una sola posibilidad y esquema, sino que, y sin perder la globalidad, podamos inclinarnos a trabajar en situación y rescatar de ahí lo que la situación tiene para entregarnos.

Como ya deslizamos precedentemente, esta pandemia nos invita a estar disponibles. ¿Qué significa la disponibilidad y estar disponibles? Jullien realiza un análisis entre la noción de disponibilidad en el pensamiento europeo y el chino y sostiene la importancia de promoverla como una categoría ética y cognitiva. Desde el pensamiento europeo, la disponibilidad se relaciona más con posesiones, funciones y "*podemos recurrir a ella de un modo familiar, deslizar el término en la banalidad de nuestras frases como una apelación al buen sentido...*" (Jullien, 2013:23). En cambio, para el pensamiento chino, la disponibilidad es ética y estratégica; no se localiza, no se especifica, ni se impone. No proyecta, porque no es conducida por ninguna intencionalidad; mantiene por consiguiente todo en igualdad. No opone ni fija nada. El conocimiento, al no estar orientado, se vuelve una vigilancia que no se deja reducir. La disponibilidad mantiene en pie de igualdad todo lo que se escucha para no dejar pasar ningún indicio. Para el pensamiento chino, la disponibilidad está en el principio mismo del pensamiento. Disponibilidad de una disposición sin disposición fija (Jullien, 2013). En la coordinación de un grupo, uno de las actitudes del coordinador/a es mantener la atención flotante, capacidad para dejarse llevar por la información, permitirse resonar y, desde allí, elaborar hipótesis que siempre deberán ser confrontadas con el grupo. También poder ensayar la continencia del coordinador/a, que es la posibilidad de albergar al otro dentro de sí, sus afectos, ansiedades, proyecciones y fantasías, para devolverlas, descifrándolas, de manera que esos contenidos puedan ser reconocidos, asumidos y elaborados (Quiroga, 1986). Estas habilidades propias de la construcción del rol profesional –junto a la estructura de demora y el análisis de los procesos transferenciales y contratransferenciales- aparecen y son abordables en la modalidad grupal a distancia.

El acontecimiento dio inicio a nuevas prácticas de relación social y de cuidado, muchas de las cuales motorizan –en el actual contexto- otras formas menos desiguales de distribución de las tareas domésticas. En materia de grupalidades, un sinnúmero de novedades forma parte

de esta nueva cotidianidad: cenas familiares, reuniones de trabajo, clases universitarias, sesiones de psicoterapia, reuniones de amigas/os, clases de gimnasia, apoyo escolar, celebraciones de cumpleaños, son algunas de las múltiples actividades que vienen siendo realizadas en el marco de la virtualidad a través de diversos dispositivos y aplicaciones, algunos de los cuales nos resultaban absolutamente desconocidos. Se trata de experiencias que desafían la premisa excluyente de la presencialidad como prerequisite ineludible del trabajo colectivo.

En 1975 y en referencia al psicoanálisis, Didier Anzieu expresó: "*un trabajo de tipo psicoanalítico debe darse ahí donde surge el inconsciente, parado, sentado o acostado, individualmente, en grupo o en una familia, en todos los lados donde un sujeto puede dejar hablar sus angustias y sus fantasías delante de alguien que se supone que lo escucha y es apto para darle cuenta de ellas*" (en Robles, 2020a). En esa línea, entendemos que la circunstancia excepcional que ha significado mundialmente la pandemia por Covid-19 nos interpela acerca de promover nuevos espacios grupales donde se habilite la posibilidad de pensar-se y pensar-nos, al servicio de ampliar los márgenes de ciudadanía. Ello supone una problematización que tienda a la ruptura de ciertos dogmas que circulan en torno a la intervención con grupos. Parafraseando a Saül Karsz (2020), al referirse al concepto de eternidad imaginaria, existiría una pretendida inmortalidad que se supone caracteriza a la familia, la pareja –podríamos agregar los grupos-, en la que fracasa la esencia de dichas construcciones, lo que equivale para el autor a lo que nunca fueron en la realidad. Así, agregamos, una perspectiva esencialista podría considerar un único modo de pensar la intervención grupal, desconociendo otras muy diversas formas en que las grupalidades se manifiestan en la vida cotidiana.

Grupos a distancia. Algunos trazos conceptuales

Recordemos que Pichon-Riviere caracteriza al grupo como "*un conjunto restringido de personas, que ligadas por constantes de tiempo y espacio y articuladas por su mutua representación interna se propone, en forma explícita o implícita, una tarea que constituye su finalidad, interactuando a través de complejos mecanismos de asunción y adjudicación de roles*" (en Quiroga, 1986:78). Dicha caracterización permite afirmar que la totalidad de elementos que componen la definición de grupo se hacen presentes en la grupalidad a distancia, con algunas restricciones y modificaciones que, huelga decir, la no presencialidad impone.

Inicialmente, los grupos a distancia requieren para su adecuado funcionamiento un número más reducido que los grupos presenciales y ello obedece a estrictas razones de operatividad. Si bien algunos dispositivos permiten capturar simultáneamente la imagen de 20 personas o más, las intervenciones grupales a distancia tornan más compleja -aunque no imposible- la interacción a mayor cantidad de personas, por lo que parece conveniente limitar el número de participantes.

La constante temporal no guarda diferencias significativas respecto a los grupos presenciales. La extensión de una reunión grupal y su frecuencia no difieren en uno y otro dispositivo, aunque el mejor aprovechamiento de las interacciones comunicativas sí requiere ciertos ajustes en la modalidad a distancia. El espacio, en tanto, presenta una doble dimensión toda vez que se construye un espacio compartido -esta vez sí virtual, a través de la red- y otro espacio individual, el de cada integrante en el lugar donde se encuentra. Aquí importa asegurar condiciones de privacidad tanto para cada integrante como para el grupo en su totalidad. Siguiendo a Lévy (1999) diremos que la virtualización produce un proceso de desterritorialización, una suerte de espacio sin fronteras claras, en el que la aparición en un espacio inasignable, como señala el autor, no impide existir. Es vital comprender que la telepresencia es presencia a distancia, donde la sincronización reemplaza la unidad de lugar, creándose, por lo tanto, una situación donde coexisten muchos sistemas de proximidades (Lévy, 1999).

La mutua representación interna -que, junto a la constelación necesidad-objetivo-tarea, constituyen organizadores internos grupales- atraviesa similares vaivenes a los que transita el proceso de incorporación de las/os otras/s en el mundo interno de cada sujeto. Del mismo modo, el reconocimiento de las necesidades comunes y complementarias; la resolución de las necesidades antagónicas; el esclarecimiento de los objetivos grupales y la definición del conjunto de actividades que el grupo habrá de realizar para alcanzarlos -tarea- resultan acciones abordables tanto en la modalidad presencial como a distancia. Lo propio se puede afirmar respecto del abordaje de los dos niveles de la tarea grupal, el explícito y el implícito.

El proceso de asunción y adjudicación de roles, finalmente, muestra en la modalidad grupal a distancia las mismas vicisitudes que en la modalidad presencial puesto que la emergencia de los llamados roles grupales fun-

cionales es el resultado de un proceso de interacción del que participan la verticalidad del sujeto y la horizontalidad grupal, con una relativa independencia del modo y lugar donde ese encuentro se produzca. Ello no implica desconocer la eficacia del contexto en la producción de las relaciones intersubjetivas, sino comprender que son otras las variables que intervienen, centralmente, en la emergencia de los roles grupales.

En relación al encuadre de la actividad grupal no presencial, podemos afirmar siguiendo a Bleger que ese conjunto de constantes dentro de las cuales se desarrolla el proceso (en Robles, 2020b) requiere en la modalidad a distancia de idénticas condiciones a las desarrolladas en la modalidad presencial. Con excepción de las modificaciones que plantea la constante espacial, el resto de condiciones constantes no muestra cambios que resulten significativos. Las constantes temporal, conceptual, personal, fáctica y vincular (Robles, 2020b) requerirán una relativa invariancia a los efectos de servir como sostén del proceso grupal y cualquier modificación en ellas tendrá que ser tenida en consideración a los efectos de analizar sus efectos en dicho proceso.

¿Qué ocurre en torno del ejercicio de la función del equipo de coordinación en los grupos a distancia? Quizá sea alrededor de este tópico donde deba producirse la mayor apertura, para alejarse de cierta mirada dogmática acerca de la intervención profesional con grupos. Una preocupación que los grupos a distancia generan en quienes los coordinan radica en no disponer del círculo, en alusión a la extendida disposición circular de las prácticas grupales en Trabajo Social. Si bien no caben dudas acerca de la dificultad de lograr esta disposición espacial en los grupos a distancia, no menos cierto resulta que no es dicha distribución aquello que asegura una intervención eficaz. La pantalla ofrece, en cambio, tanto al equipo de coordinación como a las/os integrantes del grupo, la posibilidad de mirarse en simultáneo e, incluso, mirarse a sí misma/o y, así, rectificar aspectos de la comunicación analógica. En tanto, el argumento de no poder ver todo frente a la cámara devela una ilusión también inexistente en las prácticas grupales presenciales.

La comunicación puede presentarse más organizada en los grupos a distancia, aunque no exenta de los riesgos de toda comunicación humana, ya que se profundiza la dificultad de mantener una adecuada escucha ante la existencia de comunicaciones superpuestas.

A modo de cierre

Para concluir, creemos que, en la enseñanza universitaria muy particularmente, esta disponibilidad a la que hicimos referencia ha motivado la necesidad de activar recursos muchas veces ya existentes, pero poco utilizados: los campus virtuales, que se han visto, incluso, colapsados, ante la masividad de su uso en esta pandemia, como nunca antes había ocurrido. De allí la importancia de estar disponibles a revisar prácticas, conceptos, tareas; atrevernos a descentrarnos, a habitar el vacío, a bucear en el caos y morar en la situación con la información que ella nos brinda, abriéndonos a la categoría ética y estratégica de estar disponibles a lo que en la situación y en el vínculo pedagógico emerja.

Deberemos abandonar lecturas reduccionistas y antagónicas acerca de lo presencial y lo virtual, que no suman aportes a la reflexión, y atender las voces de quienes demandan satisfacción a sus necesidades, puesto que es allí donde el Trabajo Social deberá ejercer una activa y revisionada presencia.

Si consideramos que no hay nada en el ser humano que no sea la resultante de la experiencia vincular, sea con otros/as significativos o secundarios/as y, si actualmente lo grupal presencial se manifiesta en el orden del peligro por las condiciones del contexto, es oportuno como

docentes universitarias/os, como profesionales y como humanas/os, reflexionar si la jerarquización excluyente y antagónica de los grupos presenciales, en detrimento de los grupos a distancia, no es una nueva resistencia, como aquella que anunciaba Anzieu cuando teorizó sobre lo grupal.

Creemos que es tiempo de analizar críticamente qué movimientos componen o descomponen nuestra existencia, lo cual incidirá inmediatamente en nuestro mundo vincular, creando nuevas posibilidades de ser con otras/os.

Como docentes y en la breve experiencia de un cuatrimestre donde ensayamos los grupos a distancia como posicionamiento ético ante el ASPO y guiados por la convicción de estar disponibles a lo que surgiera en el proceso de aprendizaje, podemos concluir que tanto los grupos presenciales como los grupos a distancia son formas de expresión y organización de los seres humanos, que pugnan por no aislarse y construir modos de relacionarnos más solidarios y democráticos, aun en condiciones de excepción. Lo propio hemos podido advertir en nuestras intervenciones grupales profesionales, donde el espacio virtual desterritorializado ha constituido la posibilidad de albergar a otras/os y no suspender la vida cotidiana a la espera de una ilusoria normalidad imaginaria que nunca fue ni será posible.

Bibliografía

- Anzieu, D. y Martin, Y. (1971). *La Dinámica de los Pequeños Grupos*, Kapelusz, Buenos Aires.
- Badiou, A. (2013). *La filosofía y el acontecimiento: Con una breve introducción a la filosofía de Alain Badiou*, Amorrortu, Buenos Aires.
- Berenstein, I. (2009). Unidad 1: Vincularse y desvincularse. Sus variedades. Curso: Las Parejas y las Familias. Dispositivos e intervenciones. Instituto Universitario Hospital Italiano.
- Bertalanffy, Ludwig von (1989). *Teoría general de los sistemas. Fundamentos, desarrollo, aplicaciones*, Fondo de Cultura Económica, Mexico.
- Dabas, E. (1999). *Redes sociales: cómo construir la posibilidad de cambio*. Revista Regional de Trabajo Social. Año XIII. Edición 16. Vol. 15.
- Deleuze, G. (2008). *En medio de Spinoza*, Cactus, Buenos Aires.
- Duschatzky, S. y Aguirre, E. (2013). *Des-armando escuelas* (Voces de la Educación), Paidós, Buenos Aires.
- Duschatzky, S.; Farrán, G. y Aguirre, E. (2010). *Escuelas en escena*. Una experiencia de pensamiento colectivo, Paidós, Buenos Aires.
- Goffman, E. (1997). *La presentación de la persona en la vida cotidiana*, Amorrortu, Buenos Aires.
- Jullien, F. (2013). *Cinco conceptos propuestos al psicoanálisis*, El cuenco de Plata, Buenos Aires.
- Karsz, S. (2020). *Un mundo sin esperanza es un mundo con posibilidades*. La Patriada. El grito sagrado [en línea. Disponible en <http://www.fmlapatriada.com.ar/un-mundo-sin-esperanzas-es-un-mundo-con-posibilidades/>] Consulta 21 de julio de 2020.
- Lara, A. (2015). *Teorías afectivas vintage*. Apuntes sobre Deleuze, Bergson y Whitehead. Cinta moebio, 52: 17-36 [en línea. Disponible en www.moebio.uchile.cl/52/lara.html] Consulta 9 de agosto de 2020.
- Lévy, P. (1999). *¿Qué es lo virtual?* Paidós, Buenos Aires.
- Marcón, O. (2020). *Subjetividades pedagógicas y brecha digital: Del cara a cara a los barbijos tecnológicos*. [en línea. Disponible en: <http://cuestion-social.com.ar/noticia.php?id=57>]. Consulta 20 de julio de 2020.
- Molina, P. (2020). *La virtualización en la docencia universitaria: desafíos y continuidades*. En Levy, E. y Sotelo, B. (coord.) *Pensar la educación en tiempos de distanciamiento*. Reflexiones de docentes, graduadxs e investigadorxs, FEDUBA, Buenos Aires.
- Pichon-Riviere, E. (1985). *El proceso grupal*. Del Psicoanálisis a la Psicología Social, Nueva Visión, Buenos Aires.
- Puget, J. (2015). *Subjetivación discontinua y psicoanálisis*. Incertidumbre y certezas, Lugar Editorial, Buenos Aires.
- Quiroga, A. (1986). *Enfoques y perspectivas en Psicología Social*, Ediciones Cinco, Buenos Aires.
- Robles, C. (2020a). *Pensar lo grupal*. Aportes históricos a una teoría de los grupos. VI Encuentro Nacional académico de cátedras de Trabajo Social con grupos, Facultad de Ciencias de la Salud y Trabajo Social de la Universidad Nacional de Mar del Plata. Mar del Plata, 12 y 13 de marzo de 2020. Mimeo.
- Robles, C. (2020b). *El encuadre en la tarea grupal*. Ficha de cátedra. Carrera de Trabajo Social, Fac. de Ciencias Sociales, UBA.
- Rolnik, S. (1989). *Cartografía Sentimental: transformações contemporâneas do desejo*, Estação Liberdade, Sao Paulo. [en línea. Disponible en <http://radiocqueer.blogspot.com/2013/03/cartografia-sentimental-transformacoes.html>] Consulta 20 de julio de 2020.

Artículos seleccionados

Gobiernos, políticas y pandemia Entre el decisionismo y el liberalismo

Diego Raus*

Fecha de recepción: 28 de agosto de 2020
Fecha de aceptación: 11 de noviembre de 2020
Correspondencia a: Diego Raus
Correo electrónico: dmraus@yahoo.com.ar

*. Magister en Ciencias Políticas y Sociología. Profesor Regular. Carreras Sociología y Trabajo Social. Facultad de Ciencias Sociales - UBA.

Resumen:

El artículo aborda la relación entre la pandemia que asola al mundo desde comienzos de año y las diferentes decisiones políticas que los gobiernos tomaron frente a sus poblaciones, como modalidades de protección de las mismas. Sin explorar resultados posibles dadas las diferentes políticas precautorias por parte de los gobiernos, la tesis reside en explorar la relación entre esas decisiones y medidas políticas con las costumbres e idiosincrasias políticas en los diferentes países; es decir lo que, en el terreno de la teoría política se denomina "cultura política", aduciendo a las raíces históricas con que las sociedades modelaron sus instituciones políticas, sus normas socializantes, las lógicas en la constitución de las identidades políticas y la acción colectiva y, por último, los códigos que sostienen, en términos de legitimidad política, la relación estado-sociedad. A tal fin se trabaja, para relacionarlo con tres modelos diferentes de políticas gubernamentales frente a la pandemia, con los postulados teóricos de la Libertad Positiva y la Libertad Negativa de Isaiah Berlin, y con las líneas teóricas que, en otros niveles de densidad, provienen de la concepción política de Carl Schmitt.

Palabras clave: Gobiernos - Pandemia - Decisión política.

Summary

This article focuses in the relationship between the pandemic, still around the world, and the different political measures that governments takes to preserve peoples and societies. The article refuse to take into account the results of the different measures, in terms of numbers of deaths and contagions, as and indicator of good or bad measures. The main idea is relate, in three different models of treatment on pandemic, the political measures to the civic culture, social meanings and political consensus that frame the politic of the different countries.

In that sense, the article relates the policy of confronting the pandemic appealing to civic conscience with the concept of "Positive Freedom" of the political philosopher Isaiah Berlin; the policy that balance the civic behavior with the government surveillance with the concept of "Negative Freedom" of Berlin, and the policy which is based in the coercive provisions of the government whit the political conception of Carl Schmitt.

Key words: Government; pandemic; political decision.

Estado y gobierno

La modernidad, escenario histórico, filosófico y cultural que modeló absoluta y progresivamente la vida social y política en el mundo occidental, se organizó a partir del desarrollo de una institución central: el Estado. Y desde el Estado fluyeron los vectores directrices, crecientemente legales y legítimos, que modelaron las relaciones amplias entre las personas -ciudadanos-. De tal forma se constituyó la fuerza estatal que la vida social se consideró en un doble aspecto: la que transcurría, y transcurre, en el ámbito de lo privado y lo que acontece en el ámbito -espacio- de lo público. En este último las formas y acciones de lo social se desplegaron bajo el imperativo de la coacción estatal, coacción definitivamente enunciada por Max Weber en una fórmula que expresa que "...el.... Estado es el monopolio legal de la violencia"¹. O de la fuerza, o la coacción, dependiendo de la traducción. Pero en un mismo sentido respecto de considerar esa violencia como la imposición de la ley -legal- y, en tanto la ley surge de los principios con que una sociedad acuerda vivir -principios constitucionales-, la fuerza legal corona su operación coactiva con la legitimidad del mandato. Legalidad y legitimidad. El desarrollo histórico de esta línea institucional fue dando

formas al Estado tal cual lo conocemos, y reconocemos, contemporáneamente.

Ahora bien, el marco aureolar de legalidad y legitimidad implicó también la separación entre el Estado como forma institucional, desde el cual ejercer el mandato, y la gestión estatal, como la puesta en acción del mandato. Es decir, diferenciación entre Estado y Gobierno. El Estado como la estructura institucional burocrática -racional legal, nuevamente Weber- y su accionar, desde esas instituciones, a partir de los gobiernos sucesivos que lo ocupan.

Este desarrollo obliga, cuando el análisis así lo requiere, a entender al Estado como un conjunto institucional ordenado verticalmente -jerarquía y mando- y horizontalmente -coordinación de la gestión-. Ese entramado institucional, histórica y políticamente cambiante, constituye la estructura del poder político. El poder, el mandato, la política, surgen de esa estructura institucional y, en su ordenamiento y funcionamiento vertical y horizontal, encuentran su legitimidad.

Por su parte, el gobierno es algo así como la puesta en marcha del Estado. Es la gestión política que solo pue-

1. Weber, M. (2006): Economía y Sociedad, FCE, México.

de desplegarse desde ese entramado institucional. El gobierno, cambiante por ley democrática, opera, lleva adelante su programa político, gestiona lo imprevisto, administra la incertidumbre, solo desde la institucionalidad estatal. También por ley democrática. Y es esa relación la que mantiene a los gobiernos dentro de los espacios públicos.

Desde esta relación entre Estado y Gobierno queda en evidencia que las instituciones estatales generan el margen de maniobra desde el cual los gobiernos gobiernan, a la vez que constituyen restricciones a ese ejercicio como forma efectiva de evitar la discrecionalidad del poder gubernamental, es decir la posibilidad del despotismo y/o autoritarismo. La forma histórica en que se resolvió esta dialéctica entre poder y restricción la constituyó la división de poderes aunque, antes de Montesquieu, ya Locke había enunciado la necesidad que los gobiernos gobiernen con algo que esté más allá de ellos, algo atemporal que enmarque la temporalidad del gobierno. La Ley, señalaba el filósofo inglés y, en esa mención, inauguraba intelectualmente el gran instrumento político habilitante y restrictivo a la vez del uso del poder político: la/s Constitución/es. Sería Hamilton, constitucionalista norteamericano antes de saldar esa Constitución quién mejor sintetizara la cuestión: “Un buen gobierno es aquel que controla a sus ciudadanos y luego se controla a sí mismo²”. Del delicado equilibrio entre institucionalidad estatal y uso del poder gubernamental emergió la democracia como fundamento del poder político a la vez que se desplegaron las democracias como escenarios cambiantes de gestión y resolución política de los consensos y conflictos sociales.

Por lo tanto, la cuestión del poder político -poder de ejercer el mandato sobre la sociedad-, poder de gobierno, reposa definitivamente hace ya varias décadas sobre la legitimidad de ese mandato, su capacidad de generar consenso al mismo, su aceptación como forma de resolver los desacuerdos, las divergencias, pero también los imprevistos y, concomitantemente, las incertidumbres que devienen. La cuestión del poder político se sintetiza, en última instancia, en cómo se toman las decisiones que conducen al ejercicio del mando. Y de ahí, su efectividad.

Teoría política y gobierno

La parte occidental del globo, a lo largo del siglo XX, desenvuelta políticamente en los marcos normativos de la representación política democrática liberal, entendió la legitimidad del mandato desde un esquema polar, intentando que esa polaridad lleve las acciones de los gobiernos a algo cercano al justo medio. La polaridad mencionada implica, en un extremo, al republicanismo, que sostiene la legitimidad gubernamental en la solidez del espacio público societal, donde tanto sociedad -ciudadanos- como el poder político -gobierno- están instituidos e interesados en la misma cosa y, por ende, la acción de gobierno -el mandato- solo es la organización y administración del entendimiento que los ciudadanos tienen sobre los asuntos públicos. En el otro extremo, el decisionismo puro. El entendimiento que el poder político, ya estatal más que gubernamental, nace y se legitima en la potestad de decidir sobre todos los asuntos, sobre todos críticos, que afectan a la sociedad. En la idea liminar schmittiana, es la potestad de designar al enemigo (de la sociedad-estado) y actuar en consecuencia.

Así, la política occidental en el siglo XX, entendió los fundamentos del mandato político. Y, acorde al desarrollo de los hechos históricos en ese siglo -más críticos y conflictivos; más consensuales y socialmente armónicos- una y otra visión del *deber ser* de la política gubernamental retrocedía o recuperaba posiciones. Una controversia discursiva pero también política que nunca se definió por ganadores o perdedores claros; solo por la efectividad de alguna de esas modalidades de utilización del poder para dar cuenta de las crisis y la necesaria y consecuente restitución del orden.

Ahora bien, estas posturas polares, más firmes en el papel que en la realidad histórica si se entiende que en ésta el decisionismo puro es autoritarismo y el republicanismo puro una forma política imposible en este mundo humano, desplegadas en nuestra contemporaneidad en la forma de más decisionismo y menos republicanismo o viceversa, operó y opera sobre una realidad política natural, normal. Es decir, un orden político necesario a la organización de sociedades crecientemente complejas y a la administración enrevesada e interesada de

2. Epstein, D (1987): La teoría política de “El Federalista”, Bs. As, GEL.

los asuntos públicos. Normalidad societal -las personas conflictúan y consensuan intereses-, y normalidad política -gestionar y organizar esos cruces de intereses-. Y la vida, la historia humana, sigue.

En los "tiempos normales" de los últimos treinta años, signados por una creciente liberalización y movilidad de los flujos globales -dinero, bienes, personas, mensajes, armas, drogas, terror, culturas, sufrimientos, modas, arte, religiones-, por ende, un sentido de libertad como nunca antes la humanidad había vivido dado que solo en un estado sublimado de libertad es aceptable y posible semejantes moviendos a escala planetaria, el ideal republicano fue prevaleciendo. No por su proclamada virtud social y política; más bien por su funcionalidad en un mundo flexibilizado, "líquido" dijo luminosamente Bauman³. A tal liquidez del mundo, tal liquidez de la política. La política de la cotidianidad, de la vida cambiante y anhelante de cosas y novedades. La política de los ciudadanos, figura del sujeto de derecho también ampliada al cosmopolitismo, a la mundialización. El ciudadano-habitante global. Por supuesto, la parte de la población que se consideró e instituyó de esa manera y que es inversamente proporcional a la progresión de la población marginada, del globo y de su propio lugar.

Pero no estamos transitando tiempos normales.....

Pandemia y gobiernos

La pandemia, inesperada y de final incierto, trastocó todos los órdenes. Desde la vida humana cotidiana hasta la geopolítica mundial. En realidad, bellamente, desde la misma naturaleza, ya que son comunes las imágenes de plantas creciendo y animales silvestres reproduciéndose y moviéndose libre y alegremente incluso en los espacios urbanos. Pero hablamos de la sociedad humana. Los sentidos -mapas cognitivos- que ordenaban cultural, económica, social y políticamente la vida en una dirección normalizante de previsibilidad y anticipación, se vieron revueltos imprevista y súbitamente. Comenzando por la humana y natural necesidad y propensión a moverse libremente por los territorios y espacios urbanos. En su lugar, temor y encierro. Lo peor, temor al otro, a los otros. Contagio social.

Estallado y reconocido el Covid 19 como pandemia, es decir algo que atraviesa (Pan) los pueblos (Demos), léa-

se hoy un virus que se expande a través de las fronteras, y tomando los gobiernos, inmediatamente medidas de aislamiento en gran parte del mundo, se desató en el campo de la filosofía y la teoría política toda una serie de comentarios, apenas más que análisis, respecto a esa relación: pandemia-gobiernos-aislamiento.

En general, esas comunicaciones observaron un cierto denominador común crítico en tanto el aislamiento fue interpretado como un avance de la política gubernamental sobre las libertades civiles. Y, con ese avance, la tentación siempre latente de la política de gobierno para tomar decisiones sin la fastidiosa necesidad de legitimar democráticamente las mismas.

El filósofo coreano, muy escuchado contemporáneamente, Byung-Chul Han señalaba en comentarios periodísticos a la Agencia EFE que "...sobrevivir se convertirá en algo absoluto, como si estuviéramos en un estado de guerra permanente". Hablando de la relación entre la pandemia y la política señalaba que "El segundo problema es que la Covid-19 no sustenta a la democracia. Como es bien sabido, del miedo se alimentan los autócratas...". Y, que por lo tanto... "Con la pandemia nos dirigimos hacia un régimen de vigilancia biopolítica. No solo nuestras comunicaciones, sino incluso nuestro cuerpo, nuestro estado de salud se convierten en objetos de vigilancia digital. El choque pandémico hará que la biopolítica digital se consolide a nivel mundial, que con su control y su sistema de vigilancia se apodere de nuestro cuerpo, dará lugar a una sociedad disciplinaria biopolítica en la que también se monitorizará constantemente nuestro estado de salud". En ese sentido, el filósofo español Paul Preciado coincidía con Byung-Chul Han en que los cierres de fronteras realizados por los gobiernos, más que medidas protectoras constituían la oportunidad para definir su soberanía y fijar en soledad las pautas de cada estado de excepción.

A su vez, el filósofo italiano Giorgio Agamben, al tiempo que negaba la pandemia... "Frente a las medidas de emergencia frenéticas, irracionales y completamente injustificadas para una supuesta epidemia debido al coronavirus, es necesario partir de las declaraciones del Consejo Nacional de Investigación, según las cuales 'No hay ninguna epidemia de SARS-CoV2 en Italia', concluía con una idea análoga a la del filósofo coreano en el sentido que la creación del miedo a través de la pandemia derivaría en un control autoritario por parte

3. Bauman, Z. (2003): En busca de la política, CFE, Bs. As.

de los gobiernos. Una tentación política siempre latente pero que los avances democráticos tendieron a acotar en las últimas décadas.

El filósofo alemán Gabriel Markus, en un coloquio internacional virtual, también reforzó la idea que la gestión política de la pandemia operó como argumento de una cierta clausura de las libertades civiles y un fortalecimiento del control biopolítico. Señala que “Viviremos en un estado de excepción permanente”, agregando que en este ataque a las libertades “...primero la Física atacó la libertad humana, la subjetividad. Luego llegó la inteligencia artificial con los algoritmos. Y ahora, el coronavirus.”. Pero también abre una puerta a “...una posibilidad que creemos un orden moral que apunte a la cooperación y a encontrar una imagen propia y global de la humanidad entera, que tendría que superar los estados nacionales”.

De manera relativamente discordante, Slavoj Žižek, pensaba que la pandemia podía operar, a su término, en un nuevo contrato de sentido humano, y replantear la tensión entre gobiernos y sociedades complejas. Señalaba que...: “Pero quizás otro virus ideológico, y mucho más beneficioso, se propagará y con suerte nos infectará: el virus de pensar en una sociedad alternativa, una sociedad más allá del estado-nación, una sociedad que se actualiza a sí misma en las formas de solidaridad y cooperación global”.

El desafío, entonces, es la coordinación política de una nueva configuración social -encierro como protección- de sociedades de seres humanos libres. Sin antecedentes. No hay teoría social o política, ni hubo orden social o político donde hubiese que pensar, para actuarlo, el encierro. La salida del espacio público. Y, más grave como situación, sin ningún plazo posible de estipular para ofrecer la *voice and exit* que señalaba Hirschman⁴.

Entonces, el decisionismo...o la confianza recargada en la libertad de elección...Autoridad o libertad?

La gestión global de la pandemia, es decir, como cada país y cada gobierno encaró la administración social del Covid 19, su transmisión y su potencial letalidad, todo sumado a la falta de vacuna, mostró una variopinta cantidad de decisiones y situaciones políticas. No

era posible otra cosa dado lo inesperado de su aparición, lo imprevisible y la falta de experiencia mundial, al menos en lo que iba desde un siglo a esta contemporaneidad, en un contexto semejante. Que hacer, como, cuando, en que medida, con que respuesta social, cuanto tiempo, que resultados, plazos, etapas, es decir, la contravención de todos los sofisticados y actuales manuales de la gestión de gobierno basados en la planificación estratégica situacional y en la evaluación por programas y resultados. En su reemplazo probar y seguir.

Pensar medidas, probarlas, reverlas, continuar probando y toda esa dinámica incierta teniendo que ser proveedora de legitimidad social a gobiernos que, ahora, encerraban a su gente. La búsqueda de legitimidad política lograda desde la prohibición que vulnera la permisividad que lo social, desde el usufructo de su libertad, confiere a su gobierno para que gobierne. La pregunta fue: ¿cómo se logra ese delicado equilibrio entre la coacción forzada a las libertades y la aprobación social de la misma? ¿Con una gestión de la pandemia apegada al republicanismo liberal o inclinándose al decisionismo cuasi autoritario? Y luego, ¿se logra comunicar que es una exigencia del estallido potencial de la vida y, a partir de esa comunicación, se encuentra consenso a la decisión? ¿O hay que apelar al monopolio legal de la violencia -otra vez Weber- para hacer comprender de lo necesaria de la decisión y no generar mayor conflicto en la sociedad? Los libros -la teoría y la filosofía política- no responden. Están -estuvieron- pensadas y escritas para tratar a la vida humana y social normal, es decir, libres. Era -es- el tiempo de la gestión política, sin respaldo filosófico ni teórico, solo la administración progresiva de una situación general que se va modificando a sí misma en la medida del tiempo que transcurre.

Los gobiernos respondieron al complejo dilema que se les presentaba de muy diversas maneras. Haciendo una apretada categorización de esas modalidades, se puede pensar en tres agrupamientos posibles; que sea claro, modalidades de gestionar el cuidado social en un escenario donde la prospectiva más racional y eficiente pasaba por el encierro y, teniendo por sabido que ese encierro contradecía alguna de las leyes no escritas pero estructurantes de la vida humana y social.

4. Hirschman, A. (1977): Salida, voz y lealtad, FCE, Mexico. El autor refiere a las posibles dinámicas que se pueden establecer entre los gobiernos y los grupos sociales ante un acontecimiento relevante: salida (renuncia, el abandono de la relación), voz (la acción política, la manifestación de sus ideas) y lealtad (renunciar a lo que prefiere debido al compromiso).

Las tres posibles categorías son:

- Gobiernos que tomaron decisiones absolutamente coactivas.
- Gobiernos que privilegiaron la libertad de movimientos.
- Gobiernos que respetaron la libertad de movimiento, pero estuvieron atentos -con el arma coactiva a la mano- ante un fracaso de esa modalidad.

Solo para mencionar casos representativos y tener una idea gráfica⁵, es decir mencionar casos -países- que mejor representan a casos -países- similares, el primer grupo podría representar la Argentina y Paraguay, el segundo EE.UU y Brasil, el tercero Suecia y Uruguay. Por supuesto, a cada categoría se le suma gran cantidad de países.

La Argentina declaró una cuarentena total a partir del 20 de marzo hasta ese fin de mes. Implicó un cierre total de actividades y de circulación de vehículos e instó a la población a no salir de los domicilios. Ese plazo fue sucesivamente estirado por varios meses. En igual manera, Paraguay decretó a fines de marzo medidas que decretaron el estado de emergencia sanitaria, restringiendo la circulación y el contacto social, y con ello, el esparcimiento del contagio masivo, dotando a las entidades gubernamentales encargadas de afrontarla, de elementos estructurales y marco legal para ello.

Como fue ampliamente publicitado, los gobiernos de Estados Unidos y Brasil rechazaron explícitamente cualquier medida tendiente a una cuarentena o aislamiento social. Este rechazo tomó forma en declaraciones absolutamente despectivas respecto a medidas que, en esos momentos se recomendaban desde la OMS y otras instituciones internacionales. No se apelaba a la responsabilidad ciudadana para reglamentar al aislamiento sino a un libertarismo extremo, por el cual el rechazo a cualquier tipo de aislamiento parecía obedecer a una confrontación directa con todo tipo de idea protectora de la población si, ésta, emanaba de organismos internacionales. Una actitud desafiante tal cual se inscribía en el estilo político de esos gobiernos.

En Uruguay durante fin de marzo y abril se dictaron 45 normas y decretos proveyendo de medios al sistema sanitario y disponiendo protocolos de higiene y seguri-

dad en varios ítems institucionales públicos y privados. Asimismo, se generaron comunicados respecto a un correcto tratamiento personal preventivo para todo tipo de ámbitos de circulación. Se dispuso también al sistema institucional estatal para estar alerta a la evolución de la pandemia. Pero en ningún momento se decretó alguna forma de aislamiento total o parcial de la población. El espíritu de las políticas emanadas del gobierno uruguayo se fundaba en "Una nueva convocatoria del Gobierno a mantener el pacto ciudadano de solidaridad, generosidad y aislamiento social para mantener la situación como hasta el momento" (Comunicado oficial Uruguay Presidencia del 08/04/2020). Por su parte, Suecia decidió desde el comienzo de la pandemia no emplear medidas de cuarentena ni pruebas de diagnóstico masivas. Argumentando sus altas cifras de depresión, permitió actividades al aire libre basado en que el 70% de los consultados en una encuesta publicada por el periódico The Guardian respaldaba la decisión del Gobierno de no cerrar el país. A pesar de un aumento de contagios y muertes en el corto plazo, que puso en entredicho esas decisiones, el gobierno dispuso una serie de medidas ante esa situación pero siempre sostenidas en el carácter voluntario de las personas.

Es importante pero no es la variable que vamos a tener en cuenta, los resultados de esas primeras estrategias, es decir quienes tuvieron más o menos contagiados y muertos. Quedó claro que, en un primer momento, a mayor encierro menos víctimas. Pero la idea es tratar de analizar el porque de esas distintas estrategias ante la pandemia. ¿Obedecieron -y obedecen dado que esas tesisuras se mantienen al presente- a la representación ideológica de lo que es y debe ser una sociedad civil y política? ¿Se fundamentaron en un abierto desafío, unas y otras, a las decisiones que tomaban otros gobiernos? ¿Constituyeron una controversia a un sentido común inmediatamente instalado en el estallido de la pandemia respecto a la necesidad de aislamiento? ¿Fueron respuestas, en cada caso, en absoluta consonancia con la tradición histórica y la cultura política de esos países?

Obviamente que las distintas modalidades con que los gobiernos enfrentaron la pandemia tenían como objetivo reducir el daño -contagios, internaciones, colapso sanitario, muertes- de sus poblaciones. El punto es que ese potencial resultado es posterior, es decir luego de aplicar, rever y volver a sancionar medidas. Las moda-

5. Refiero a la idea metodológica de Weber de los Tipos Ideales. Es decir, la construcción ideal de un modelo que sirva de guía a los casos reales que, en sus características más se acerquen al modelo, al Tipo Ideal.

lidades de contención de la pandemia por parte de los gobiernos no pueden entenderse en función de sus resultados pues, reitero, estos fueron, y son, muy posteriores en el tiempo, incluso cuando ya no es posible, en general por cuestiones políticas, retrotraerse ante un número alto de víctimas. Es tal la distancia entre la decisión política de tomar medidas con objetivos de contención y los resultados cuantitativos e institucionales -capacidad de los sistemas sanitarios y aceptación pública- que, ante indicadores negativos, la vuelta atrás en las medidas o un súbito cambio en las mismas, implicaban e implican, sobre todo, un cuestionamiento a la legitimidad política de los fundamentos, argumentaciones y justificativos con los cuales se adoptaron ellas. Situación que ningún gobierno quiere atravesar, más cuando ese reconocimiento implica mortandad.

Por otra parte, tampoco parece ser aceptable la idea que decisiones de gobiernos controversiales en función de la competencia entre estados -sea comercial, geopolítica o ideológica- opere como variable explicativa. Nuevamente, la incerteza de los resultados posibles a cada estrategia inhibiría a esta variable cuya lógica sería demostrarle a otro/s estado/s la mayor eficiencia, capacidad, predictibilidad del propio. Es decir, demostrar ser un buen gobierno y los otros, tal cual se postulaba previamente a la pandemia, malos gobiernos. En todo caso la competencia interestatal operó ex post a la pandemia, como lo ejemplifica las acusaciones de EE.UU. y algunos estados europeos a China como causante de la crisis. Las diversas estrategias tomadas no reflejan una correlación entre afinidades estatales y medidas similares. Por el contrario, al interior de bloques, por ejemplo, la Unión Europea, sus distintos estados tomaron decisiones opuestas entre sí.

Se puede explorar la variable que correlacionaría las decisiones de los gobiernos con la aceptación social -sentido común como consenso a un discurso argumentativo dominante- respecto a las primeras, por ende, más fuertes, recomendaciones respecto a la expansión del coronavirus, como se lo denominó popularmente al comienzo, emanados de institutos medicinales, universidades, médicos, e instituciones internacionales como la OMS y rápidamente expandidas por los medios de comunicación y redes sociales globales. Todos ellos, recogiendo la experiencia histórica de la “Fiebre Española de 1918”, sancionaron inmediatamente la cuarentena como la medida más rápida y eficaz para contener la pandemia hasta que se encuentre, si fuera posible,

la solución (vacuna). Que otra decisión podían tomar los gobiernos ante la imprevista y feroz aparición y rápida expansión del coronavirus si no aceptar inmediatamente, y con los ojos cerrados, esas recomendaciones y enviar coactivamente a las poblaciones a sus lugares y casas. La interrupción casi absoluta del tránsito aéreo constituiría la muestra efectiva de esa aceptación social y gubernamental respecto al encierro voluntario y coactivo a la vez de la gente en todo el mundo.

Las primeras semanas de la pandemia observaron una aceptación social muy extendida respecto al encierro, denominado “cuarentena” en la esperanza de que sea ese el tiempo estimado del mismo. Ante tal decisión individual y social, y el temor que la fundaba, los gobiernos operaron en esa primera instancia en consecuencia y avalaron, y colaboraron políticamente con sus recursos públicos en sanidad y seguridad, con ese consenso general. Se constató así, en esos primeros tiempos, una total consustanciación entre sociedades y gobiernos respecto a la situación de encierro, voluntario y forzado a la vez, como primera decisión y modalidad de enfrentar, en sentido preventivo, la nueva peste mundial.

Creo entonces que es posible explorar la variable política, es decir, atribuir relativamente las distintas decisiones gubernamentales respecto a cómo administrar políticamente la pandemia a los marcos ideológicos -representaciones del deber ser de la vida social- de cada uno de esos gobiernos. O si hablamos de ideologías, de algunos grupos de gobiernos. Por supuesto, también, que si una variable en el entendimiento ideológico de los gobiernos es la forma en que estos escenifican la vida social, implica una estrecha correspondencia entre esa variable y la variable cultural de los entornos sociales. O sea, lo que se denomina la cultura cívica y política de una sociedad. ¿Cuáles son los sentidos, históricamente construidos y políticamente constituidos, que orientan la vida cotidiana y, en ciertos momentos, la acción colectiva? ¿Cuáles son los imaginarios sociales que enmarcan el deber político de los gobiernos que eligen? Definitivamente, el vector sociológico que guía la institución del mandato político.

La teoría política en tiempos de decisiones pandémicas

Un lúcido exponente de la filosofía política del siglo XX, Isaiah Berlin, en su ya clásico texto “Dos Concep-

tos de la Libertad"⁶, distinguió conceptualmente lo que entendía era los sentidos culturalmente instituidos de las sociedades liberales: la libertad positiva y la libertad negativa. Lo de positivo y negativo, señalan sus estudiosos, no deben entenderse como juicios de valor, en tanto buena o mala. Solo indican, en un marco virtuoso de la vida social, las dos formas en que en las sociedades democráticas se organiza la vida social -civil- en un contexto donde prima, a la manera de irrenunciable, la libertad política. Por lo tanto, de esa concepción innegociable de la sociedad civil la determinación hacia el mandato político, más allá, incluso, de la filiación ideológica y programática de los potenciales partidos políticos que accedan al gobierno.

La Libertad Positiva, dice Berlin, se define por la capacidad de las personas de ser, pensar, pensarse y actuar a partir de su propia voluntad inteligente y moral y, a partir de esa voluntad, el control de sus acciones, sus deseos y la dirección de la propia vida. La conducta pública y privada de las personas está enmarcada como fundamentos en su propia concepción de lo que está bien o está mal, de lo que debe hacerse y no debe hacerse, a los otros y a uno mismo.

La Libertad Negativa refiere a la capacidad de pensar y actuar libremente dado que nadie se lo impide ni se lo debe impedir. Es una libertad, de pensamiento y acción, puesta en marcha a partir de otro, un poder coactivo que podría impedir, pero sin base, sin fundamentos. A partir de esa "prohibición" política y moral, las personas se mueven en pleno uso de su natural libertad. Es una manifestación de la libertad ante la posibilidad real de su coacción.

(**Excursus** - Si se parte de una lectura atenta de estas ideas de Berlin, y la relación clásica ya en la teoría política entre cultura política y gobierno, se pueden encontrar pistas certeras, al menos en parte, de por qué, por ejemplo, alguien como Donald Trump puede ser electo presidente en EE.UU., o por qué alguien como los Le Pen -antes el padre, ahora la hija- son sistemáticamente bloqueados en la política francesa cuando merodean el poder. Solo ejemplos rápidos).

Sin intención alguna de llevar la teoría a la realidad con fórceps, pero si utilizando la luminosa metodología weberiana de las afinidades electivas, probemos relacionar

las categorías de países por medidas tomadas, mencionada anteriormente, con algunas de las ideas de cultura política y prácticas gubernamentales vigentes en la teoría política.

Podría mencionarse una afinidad electiva entre las modalidades de reacción al Covid19 que tomaron inicialmente los gobiernos de Suecia en Europa y Uruguay en América, con la caracterización filosófica de la Libertad Positiva. En efecto, esos dos gobiernos (en nuestra muestra, pero representativos también de otros países) apelaron principalmente a la libertad y libre albedrío de sus ciudadanos para tomar los recaudos necesarios ante la pandemia. Si no la única medida, pero sí muy significativa y clara, la idea madre fue no restringir coactivamente la circulación de personas, pero sí advertir de las características del problema y publicitar claramente que la mejor contención era el encierro domiciliario. Situar la cuestión y la correspondiente reacción preventiva en la elección libre de las personas apelando más a una comprensión racional del problema y a la reflexión moral de lo que significaba socialmente. En términos sanitarios esta vía fue denominada comunicacionalmente como la "manada", es decir, proveer prudentemente al contagio masivo y a la generación de anticuerpos en el corto plazo. Pero, en términos políticos, puede leerse una clara apelación a la responsabilidad personal y ciudadana.

La idea filosófica (filosofía política) de la Libertad Negativa se condeciría con la opción de gobierno que claramente tomó EE.UU. (excluyo a Brasil de esta correlación, por ser un caso en que se menospreció cualquier tipo de encierro). El gobierno de Trump, desde el presidente para abajo, desalentó toda política inductora del encierro de las personas y la restricción a la movilidad de ciudadanos en el espacio público. Por el contrario, alentó a las personas a seguir su vida normal, reconociendo la cuestión sanitaria, pero descreyendo que el encierro voluntario o coactivo era la modalidad más certera de empezar a enfrentar la pandemia. Existió, y existe, una apelación enfática y continua a que sea una elección individual y libre, más no dejada a la reflexión social y moral de las personas sino como advertencia, ya consuetudinaria en gran parte de la cultura política estadounidense, del peligro coactivo que la pandemia podría hacer emerger. Es decir, y una vez más, el temor a las decisiones colectivas del gobierno. Un gobierno, del signo que sea y del momento histórico al que res-

6. En BERLIN, I. (1993): Cuatro ensayos sobre la Libertad, Alianza, Madrid.

ponda, que es visto, principalmente, como una amenaza permanente a las libertades individuales. Una noción de gobierno, en la vida común, percibido como un adversario. Ni siquiera como administrador y organizador de la vida colectiva. El Leviathan de Hobbes encarnado en la sociedad, sobre todo republicana, norteamericana.

Tenemos luego, otro grupo de países, representados por Noruega en Europa (a pesar de ser un régimen parlamentario o, quizás por eso mismo, llama la atención la medida coactiva tomada ante la pandemia) y Argentina y Paraguay en América, cuya característica central en la cuestión fue haber tomado inmediata y drásticamente la política coactiva de anunciar y administrar una cuarentena (encierro) total. Queda claro: con coactivo no se menciona nada similar a autoritario, sino en el sentido weberiano de "...el monopolio legal de la coacción". Entonces, coactivo es el derecho constitucional de un gobierno democrático de ordenar, y legislar si es necesario, medidas absolutas ante un escenario de crisis. Se podría correlacionar esta modalidad de política gubernamental instrumentada como reacción inmediata a la pandemia con dos enfoques clásicos de la filosofía política, primero, y con la teoría política, luego.

Por la primera, la coacción absoluta ordenada por estos gobiernos se emparentaría con el núcleo duro de la filosofía política de Carl Schmitt, en tanto este reservaba al Estado -lo que para Schmitt es la política en sí misma- el derecho absoluto a tomar medidas políticas absolutas ante cualquier riesgo a la seguridad estatal -o sea en su pensamiento, social- venga ese peligro de adentro o. sobre todo, de afuera. El estado se define, dice el pensador, por la capacidad política primero, y por el derecho, después, de definir al enemigo y actuar sobre él. El decisionismo es, para Carl Schmitt el "antídoto" del liberalismo, esa doctrina egoísta nacida de la filosofía política inglesa y reforzada por el iluminismo francés, que aleja a un pueblo de su destino colectivo. Lo que debe quedar afuera en la evolución histórica de un pueblo son la discusión racional, como modalidad de resolución de los intereses colectivos y las morales normativistas emanadas del individualismo extremo. La política es una concepción que nace de lo colectivo y se sostiene en el fortalecimiento normativo y legal de ese colectivo-pueblo. Como normativa legal, el decisionismo se fundamenta en la capacidad de tomar decisiones, sobre todo, en circunstancias críticas. Decisión política vacía de contenido normativo y moral. Solo la decisión. Política por naturaleza. Aquí el enemigo es el Covid19 y la actuación sobre el en términos de prevención y luego destrucción -política de la guerra-, empieza

por el aislamiento respecto al mismo. Así tomada la decisión es irrefutable e indiscutible, es el derecho del Estado que, en su instrumentación, devino en la idea de la razón del Estado.

Por otra parte, apelando a la teoría política y específicamente a la teoría política latinoamericana, se trabajó mucho en los '80, en el contexto de las transiciones democráticas en la región, sobre el peso que tenía, y tiene, la decisión política centralizada en la historia política latinoamericana. En términos muy generales, la idea partía desde los caudillismos propios de las luchas independentistas del siglo XIX a las elites políticas forjadoras de los estados nacionales a fines de ese siglo, como matrices generadoras de una cultura política y una práctica política en la región absolutamente atada al presidencialismo. El cierre de tantas argumentaciones redundó en la tesis que el decisionismo político latinoamericano emergía de fuertes presidencialismos los cuales, a su vez, constituían la garantía de la estabilidad política en democracia. Por otro lado, y en época de crisis, ese arraigo político permitía el acceso fluido a los autoritarismos militares. Esta modalidad decisionista -la predominancia del ejecutivo en la instrumentación de la política democrática- se contraponía a los sistemas políticos parlamentarios vigentes en Europa donde, por su naturaleza, la decisión política estaba compartimentada y debía ser objeto de debates y búsquedas de consensos. Por lo tanto, en este modelo en la pandemia, existiría una correlación relativa entre la política decisionista, sobre todo en contextos críticos, propia de la mayoría de los países de la región, y la modalidad coactiva como primera gran política frente a la pandemia.

En América Latina, el concepto de decisionismo, con reminiscencias schmittianas, se utilizó en la década de los '90 para tipificar gobiernos que implementaron drástica y casi inconsultamente el ideario del Consenso de Washington para llevar adelante un programa de reformas económicas de corte neoliberal. Estos gobiernos provenían de anteriores partidos de corte nacional popular -Menem en Argentina, Paz Estenssoro en Bolivia, Carlos Andrés Pérez en Venezuela-, o liderazgos outsiders, es decir nuevos liderazgos que surgían por fuera de los partidos tradicionales -Collor de Melo en Brasil, Fujimori en Perú, Bucaram en Ecuador-. El decisionismo político se lo emparentó a la tradición y cultura política caudillista de América Latina, o a enfoques novedosos como el de "Democracia Delegativa" de Guillermo O'Donnell, por el cual sugería una posibilidad discrecional por parte de los gobiernos a partir de la delegación ab-

solita del mandato por parte de sociedad sometidas a profundas crisis socioeconómicas.

A modo de cierre

Este breve ensayo no pretende trazar una relación causal entre algunas intuiciones propias de la teoría política y las modalidades con que los gobiernos enfrentaron la pandemia. Ni busca acercar o descartar alguna otra. Solo explorar enunciativamente la posibilidad que las diferentes modalidades de tratamiento con que los gobiernos enfrentaron una crisis súbita y grave, guarda alguna afinidad con la construcción de sentido político que las sociedades van acumulando en su despliegue histórico.

La política se compone de su materialidad institucional, la decantación de la dialéctica entre conflicto y consenso que enmarca la vida colectiva de la sociedad, pero también por ese aparente intangible que es el sentido que la política tiene, y va constituyendo, a lo largo de una historia. El sentido que la política confiere a los habitantes que, a su vez, al decodificar esos sentidos la aceptan, la reconfiguran o la transforman. Y así una sociedad política se va desplegando en ese entramado de instituciones y significados. Rescatar esa diada asoma como una necesidad para entender como los habitantes de una sociedad política construyen y reconstruyen permanente y generacionalmente lo que están dispuestos a aceptar o no aceptar del mandato político de los gobiernos y de los deberes políticos propios.

Si entendemos al orden social y político como una específica e histórica articulación entre identidades sociales en un entramado de relaciones sociales, con capacidad de hacer visible una dinámica social factible de ser aprehendida en sus características relevantes, aparecen tres niveles constituyentes de lo político: un determinado estado de las estructuras institucionales de la economía, la cultura y la política; un sentido social extendido que subjetiviza la constitución de la sociedad; un modelo de institucionalización legitimado que relaciona ese orden social con el sistema político.

Este proceso, inmerso en un período histórico que lo dota de sentido, presenta tanto las características generales de un modelo de organización social en un marco cultural-normativo relativamente homogéneo, como los márgenes a partir de los cuales se observan las particularidades históricas que dotan de registros específicos a cada sociedad política.

La pandemia, ya señalamos, fue imprevista y desplegó un contexto de crisis aguda. Los gobiernos, responsables de sus sociedades, tuvieron que tomar medidas urgentes sin pensar en más que la preservación de la vida, en primer lugar, y la organización médico-sanitaria luego. Sin diagnósticos ciertos, sin planificación alguna, signados definitivamente por la urgencia. Y dando pasos sucesivos en la medida que la pandemia se expandía. La cuestión en general fue tratada desde los resultados. Qué país -países- registraban más contagios y muertos, y se lo correlacionaba con los liderazgos políticos, sus personalidades y la ubicación política, sobre todo en el arco ideológico derecha- izquierda. A esta correlación se le sumó luego, como variable, la capacidad sanitaria para atender a los afectados.

No estuvo mal. Por otro lado, es cierto que, comunicacional y por lo tanto políticamente, los registros cuantitativos son los que impactan socialmente en una crisis.

Este breve ensayo quiere, simplemente, agregar como parte constitutiva del análisis la variable política -instituciones, sentidos y gobiernos- porque parte del hecho de entender lo social también como una construcción política. Es decir, que entienden por justo, ético, moral, aceptable, los habitantes de una sociedad política, sujetos de esa historia, y, por lo tanto, como reaccionan al mandato político. Mas aún en esta coyuntura, donde ese mandato político, enmarcado en la pandemia, tuvo que "contradecir" toda una historia política democrática y ordenar mas o menos coactivamente la vida cotidiana. Y al hacer intervenir esta variable, tener un elemento más respecto a porque y como reaccionaron las sociedades a esa decisión imperativa.

El mandato político consta de dos elementos: la autoridad del mandato y la aceptación social del mismo. Si confluyen hablamos de legitimidad política. Si no lo hacen, de crisis política. Ambos polos de la relación gobierno-sociedad se compone también, repito, del sentido que la política, como ordenamiento del conjunto, tiene para la sociedad. Un sentido que es, también repito, una construcción histórica, y se define por los límites respecto a lo que, mayoritariamente, una sociedad está dispuesto a aceptar y lo que, definitivamente, considera una extralimitación gubernamental. Cultura política se denomina en algunos sesgos de la teoría política. Una cultura que simplemente deviene del transcurrir de la vida social en términos históricos y los elementos que, de esa historia, van decantando generacionalmente en el sentir político de la sociedad. Que es justo y que no lo es. Que es aceptable del mandato político y que, ya, no lo es.

Bibliografía

- Bauman, Zygmunt (2003): *En busca de la política*, Buenos Aires, FCE.
- Bendix, Richard (1998): *Estado nacional y ciudadanía*. Buenos Aires, Amorrortu. BERLIN, Isahia (1993): Cuatro ensayos sobre la Libertad. Madrid, Alianza.
- Deutsch, Karl (1974). *Política y Gobierno*. España, FCE.
- Epstein, David (1987): *La teoría política de "El Federalista"*. Buenos Aires, Gel.
- Hirschman, Albert (1977): *Salida, voz y lealtad*. Mexico, FCE.
- Hobbes, Thomas (2003): *Leviatán*. FCE. Buenos Aires.
- Leiras, Santiago (2010): *Estado de excepción y Democracia en América Latina. Argentina, Brasil, Perú y Venezuela en perspectiva comparada*, Homo Sapiens Ediciones, Santa Fe, Argentina.
- Locke, John (2003): *Segundo ensayo del gobierno civil*. Buenos Aires, Losada.
- Manent, Pierre (1987): *Historia del Pensamiento Liberal*, Emece, Bs. As.
- Maquiavelo, Nicolás (1994): *El príncipe*. Buenos Aires, Alianza Editorial.
- Neiburg, Federico: *El Covid y los intelectuales. El daño de la Pandemia*, en Revista Anfibia, Unsam.
- Quiroga, Hugo (2011): "Ciudadanía y democracia. Problemas de representación América latina", en *Ciudadanía y representación política. Argentina en perspectiva comparada*, Instituto de Investigaciones Gino Germani, Facultad de Ciencias Sociales, UBA.
- Schmitt, Carl (2006): *El concepto de lo político*. Buenos Aires, Ed. Stru-hart.
- Skinner, Quentin (2003): *El nacimiento del Estado*. Buenos Aires, Editorial Gorla.
- Weber, Max (1996): *Economía y Sociedad*. México. FCE.
- Wolin, Sheldon (1995): *Política y perspectiva. Continuidad e innovación en el pensamiento político occidental*, México, FCE.

Artículos seleccionados

Sobre lo social y esta pandemia Pensando desde los márgenes del Trabajo Social

Laura Leguizamón^a y Alejandro Núñez Ramos^b

Fecha de recepción:	15 de septiembre de 2020
Fecha de aceptación:	16 de octubre de 2020
Correspondencia a:	Laura Leguizamón
Correo electrónico:	loreneish@gmail.com

- a. Magíster en Estudios Sociales para América Latina Universidad Nacional de La Rioja.
- b. Licenciado en Trabajo Social. Maestrando de la Maestría en Desarrollo Humano FLACSO.

Resumen:

En este texto intentamos entrelazar algunas reflexiones sobre el modo en que la pandemia nos atraviesa siendo parte del colectivo profesional del Trabajo Social en primer lugar y de los procesos territoriales en segundo término. Tal como otros esbozos contemporáneos, seguramente evoca un sinnúmero de preguntas que todavía no podemos nominar claramente, pero también significa un compromiso, se trata del intento de poner palabras al fenómeno que nos atemoriza. Es elegir un movimiento frente a la posibilidad de parálisis.

En este sentido se presentan algunas tensiones que significan nuestro presente, dialogamos sobre caminos posibles y buscamos trascender el encierro y la frustración. Al mismo tiempo, nos reconocemos sujetas/os productivas/os de otras pandemias, esas que nos fueron anestesiando sumergiéndonos en un sueño capitalista del que nos sacudió el presente. Nuestro objetivo entonces es recorrer reflexiones iniciales de un momento que parece incierto y corre de manera más rápida y dolorosa de lo esperado. Proponemos resignificar el miedo y emplearlo como factor constituyente de un colectivo profesional fortalecido, frente a un horizonte desconocido.

Palabras clave: Pandemias - Territorios - Relaciones sociales.

Summary

In this text we try to intertwine some reflections on the way in which the pandemic is going through us, being part of the professional group of Social Work in the first place and of territorial processes in the second place. Like other contemporary sketches, it surely evokes a myriad of questions that we cannot yet clearly name, but it also signifies a compromise that involves trying to put words to the phenomenon that frightens us. It is choosing a movement in the face of the possibility of paralysis.

In this sense, there are some tensions that signify our present, we talk about possible paths and we seek to transcend confinement and frustration. At the same time, we recognize ourselves as productive subjects of other pandemics, those that were anesthetizing us, submerging us in a capitalist dream from which the present shook us. Our goal then is to go through initial reflections of a moment that seems uncertain and runs faster and more painful than expected. We propose to resignify fear and use it as a constituent factor of a strengthened professional group, facing an unknown horizon.

Key words: Pandemics - territories - social relationships.

Interpelaciones pandémicas y Trabajo Social

Se intenta en este texto trabajar algunas derivas e intersticios del Trabajo Social situado en el presente, siendo interpeladas/os por una pandemia que además de constituirse en un desafío enorme, ha dejado de manifiesto que nuestra profesión se estaba movilizándose desde las diferentes posiciones ocupadas en diversos ámbitos de intervención/investigación/acción. Detener la vorágine cotidiana para asumir lugares inciertos, posiciones incómodas, prácticas emergentes instó a recuperar debates esenciales, entre ellos, el de las epistemes que nos convocan. Producir textos nuestros y al mismo tiempo responder desde la institucionalidad que nos nombra trabajadoras/es prestadores de un servicio esencial, pareció disputar el "qué hacer" sin contraponer el "ser" y el "estar siendo".

Al decir esto, nos asumimos colonizadas/os por estructuras institucionalistas e institucionalizadas. Entendemos a la institución como gestora de un orden simbólico, y con capacidad de formar un tipo de sujeto, de instituirlo (Dubet, 2007). Al mismo tiempo, interpeladas/os por la experiencia del Sur (como categoría analítica) que nos sitúa en otra pandemia, aquella que viene de la pertenencia a los márgenes. Esta expresión no se evoca desde la victimización o la infra-valoración identitaria; por el contrario, denuncia lugares asignados –asumidos más tarde- a partir de la configuración social hegemónica. A las clásicas preguntas: desde qué lugar nos posicionamos, cómo intervenimos, con qué sujetos

trabajamos, qué implicancias tiene nuestra intervención; agregamos la dimensión emergente de las pandemias.

Las/os Trabajadoras/es Sociales no solo nos repensamos en este contexto exacerbador de exclusiones como parte de las mismas, posicionadas/os desde lugares de privilegio; además gestados por el mismo sistema opresor que es –al mismo tiempo- el único que conocemos para desempeñar aquello que en la academia nos dijeron que somos o lo que deberíamos pretender ser. También aprendimos que otras formas son necesarias y deben articularse con la praxis cotidiana, éstas son: la crítica, la reflexión permanente, la ética e incluso la búsqueda emancipatoria. Podría parecer hasta un propósito profesional ineludible, un destino inevitable en algún momento de la carrera o de nuestros primeros confrontamientos con los territorios. Sin embargo, luego de transitar las primeras experiencias de trayectoria profesional, comprendemos que aunque logremos devenir en portavoces de los márgenes, nuestra voz no tendrá el eco que requiere sin una reconfiguración sistemática de la estructura social hegemónica y la pandemia, tal vez, nos esté brindando esa oportunidad. En consecuencia, las frustraciones, la decepción, el hartazgo, la indignación, la sensación de solo cumplimentar el papel de un ejecutor más, de una etapa más del régimen burocrático cobra forma de desgaste profesional, de acomodación a prácticas cada vez más eficientes, realizadas como parte de lo habitual. La reproducción sistemática se apodera de las/os cuerpos/os y se manifiesta en las lógicas intervencionistas sumando al sentido literal del término.

Por otro lado, nos preguntamos qué pasa con nuestra formación curricular en contextos de crisis, los debates en torno a la modernización pedagógica proponiendo una celeridad formativa con un máximo de 3 años, propósito que en ocasiones y de modo peligroso, omite la trascendencia curricular y la posterga. Como lo advirtió María Eugenia Hermida (2014) se segregan saberes, éstos simbolizan el currículum oculto o la didáctica de las ausencias, cuya discusión seguramente sería más enriquecedora. El problema radica para Dubet (2012) en que la institución educativa se asocia tanto al componente social como al económico, tenés que estudiar para salir rápido al mercado laboral, un mercado que en este momento tiende a virtualizarse y que no está teniendo respuesta para todas/os, incluso en la estereotipada Europa. Afirmamos que sería impensado separar a la educación de la política social; en sentido opuesto, convendría tomar distancia de su vínculo con el mercado. El currículum como la educación son materia de derecho, convocar al mercado a este diálogo es tan injustificable como contradictorio.

En otro sentido, parece hasta lógico diferenciar en etapas: la prepandemia, la postpandemia, pero en el medio hay un referente no explorado: el presente. Proyectamos esa vacuna que ya va a llegar, esa cotidianeidad que incluirá barbijos y distancias en prácticas institucionales, así como medidas biosanitarias. Junto al vacío del presente, inescindiblemente se encuentra el Trabajo Social, la profesión del ejercicio práctico, la de las respuestas dinámicas aun con la posibilidad de letalidad acechando. Y nos encontramos habitando, transitando, pensando esta nueva normalidad que arremete contra psiquis y cuerpos/os tan otras/os como nuestras/os. Mientras un grupo se sobre-exige con el teletrabajo en medio de las actividades de eso que se decía ámbito privado, demostrando hoy más que nunca que el límite existe solo en la paga. Otro grupo busca cómo sobrevivir, arriesgándose por necesidad, por convicción, o por urgencia. Otro grupo nos abandona, yéndose silenciosamente, mientras se contabilizan las cifras de cada despedida, las heridas tienen que cicatrizar pronto porque seguramente mañana, pasado mañana, la próxima semana se abrirá otra herida, justo al lado de la que todavía duele.

Un texto breve de Saül Karsz (2020 s/p) tal vez lo exprese mejor que este diálogo que intentamos tejer: “Lo nuevo no es la complejidad sino la modalidad y el alcance que reviste. La complejidad de hoy no se opone a la pseudo simplicidad del pasado. Jamás las cosas fueron simples sino diferentemente complejas.” Empecemos

por deconstruir la idea misma de complejidad, justo nosotras/os profesionales nutridos de diversas disciplinas y sin terminar siendo ninguna de ellas sino otra, producto de esa riqueza. Como primer ejercicio podemos preguntarnos, como lo hacíamos cuando iniciamos la carrera universitaria ¿Qué hace un/a profesional de Trabajo Social en contexto de pandemia? Sabiendo que algo se ha roto y nuestro primer instinto es cooperar con quienes quedan en la porción más débil, pero no menos numerosa. Reconociendo nuestros miedos, teniendo que cuidar a las/os nuestras/os y reinventar dispositivos para que se adecúen a estrictos protocolos.

Cuando nos quedamos sin representaciones ¿cómo nos reconfiguramos? Hay una expresión que dice que el Trabajo Social es la disciplina más competente para transformar el mundo, somos quienes podemos y debemos remediar, pero cuando la realidad nos confronta solo encontramos frustración (Karsz, 2020). Dimos un paso inmenso al correr del centro como agentes de cambio, cuando aprehendimos que es con otras/os que se realizan algunas conquistas, también ahí fue que nos concebimos atravesadas/os por las mismas condiciones de vida de quienes creíamos otras/os.

Es válido señalar que la actual gestión de Gobierno le ha otorgado a las Ciencias Sociales un rol que veníamos reclamando frente a la des-consideración del pasado, no obstante ello, todavía se aprecia una monopolización de lo que podríamos definir como las disciplinas portadoras del valor verdad que traerá la respuesta. Esto no quiere significar la histórica confrontación entre saberes disciplinares, lo que deseamos es llamar la atención sobre el modo en que esa discusión -aparentemente superada- continua signando el orden de la vida, incluso en tiempos donde todas/os somos fundamentales. Hay un reclamo desde el inicio del Aislamiento Social, Preventivo y Obligatorio (ASPO) que las/os Trabajadoras/es Sociales venimos advirtiendo: es necesario que en la aplicación de las medidas preventivas y de contención, haya una planificación equitativa junto a las disciplinas que se dedican a trabajar con las relaciones sociales.

La organización interministerial, el trabajo articulado, las producciones de políticas colectivas son, indiscutiblemente, el lema de esta gestión. Entonces, en concreto ¿qué estamos expresando, requiriendo? La revisión del paradigma hegemónico que nos limita: curar es inherente a profesionales de la salud, mientras que para las disciplinas sociales curar es tan polisémico como su abordaje debiera serlo. Es el momento de los lazos, de

los puentes, de las redes "activas y organizadas con centralidad en el Estado" el que requiere, por supuesto, de recursos para concretarlo, "para el cuidado de aquellos que no tienen red propia, ni casa, ni salud física y/o emocional para atravesar este periodo especial" (Clemente, 2020:s/p).

Luego de meses de aplicación de medidas de prevención/control es habitual que escuchemos que las personas están cansadas, todas/os lo estamos eso es una verdad de perogrullo, pero solo por citar un ejemplo ¿habilitar las salidas por sectores traerá el remedio? Ya es evidente que no ¿continuar encerrados? queda claro que tampoco. Desde el inicio cada provincia, en pleno goce de su autonomía, adhirió a las medidas adoptadas por el ejecutivo nacional pero la administración de los territorios estuvo a su cargo. Éste quizás sea uno de los puntos de inflexión, proponemos otro ejemplo para esta afirmación: con las fronteras tan cerradas, costó mucho tiempo y sigue costando pensar en los corredores sanitarios.

No hubo problema en cuanto a la alimentación, los camiones de proveedurías continuaron circulando con dificultades, con más o menos planificación pero ¿por qué hubo tanta resistencia a reconocer que era necesario ir al médico en otro territorio, toda vez que las provincias -ni hablar de los municipios- transitan años de desfinanciamiento en la materia? o ¿por qué costó entender que las personas mayores como las/os niñas/os no pueden pasar quince días en una habitación de hotel, sin siquiera la posibilidad de abrir la puerta? y descontando que las personas que allí concurren estén libres de enfermedades de base. Más tenso aun sería significar a quienes se encuentran en los márgenes, las/os excluidas/os de todo sistema, ahí donde el margen acaba y ya no nomina en particular, no se dice, no se visibiliza, no se transita. Sabemos que rápidamente se generaron dispositivos de contención, el esfuerzo que la ciudadanía y la gestión hacen es enorme; a pesar de que para los márgenes la respuesta sea mínima e insuficiente. Todavía tenemos una gran porción social que nomina a estas acciones como un gasto innecesario y sugieren constantemente su reinversión en la parte del sistema que puede ser entre comillas útil.

Lo que queremos expresar en este punto, es que la política contiene voces que disputan sentidos y que si nos detenemos a pensar ya se escuchó por mucho tiempo a las privilegiadas, es imposible reconocer la resistencia social cuando se disocian saberes, es tiempo de con-

centrar la atención en la dinámica relacional. No nos referimos a la conducta humana en particular, sino a patrones culturales de usos, costumbres y valores que conforman un poder desinencial. Nos parece que querimos profundizar en las disciplinas que se preguntan respetuosamente por las diversidades y las formas saludables de coexistencia, que buscan alternativas a las tensiones presentes. Insistimos en que no es que no haya articulaciones, queremos provocar un movimiento de sentido en los diferentes territorios del país, como entre las diferentes profesiones, convocamos a pensar en acuerdos más que en acciones egoístas como el cierre entre municipios, a consultar entre las disciplinas sociales que recorren el territorio, a sumar en el diseño a los profesionales que dialogan con la ciudadanía, en definitiva a generar propuestas de cuidado garantes de derechos humanos.

La principal estrategia de contención del virus es el ASPO y genera más resistencias que las esperadas. Las/os profesionales del Trabajo Social de diferentes puntos del país, advertimos sobre la necesidad de correrse de la terminología de estrategia militar porque nos hace ruido. Pero ¿ese ruido no es más que eso, un ruido inocente? Lamentablemente no lo es, cada día se demuestra la hegemonía que van cobrando las fuerzas que deberían acompañar a la ciudadanía. Ahora bien, la desobediencia e incumplimiento como magnificación del virus ¿es cosa de sectores vulnerables y sus prácticas culturales cuasi anárquicas? ¿es la necesidad que tienen estos sectores de conseguir el sustento diario? A esta altura sobran evidencias de que no es así, sino que tiene sentido en la condición humana. Está por todos lados ¿cómo no nos vamos a reunir a celebrar el cumple, el egreso de las/os hijas/os, las bodas, los asados? Además ¿quién es capaz de pensar en su propia muerte?

Susana Cazzaniga (2020) plantea el modo en que estamos invadidas/os por categorías médico-epidemiológicas que ponen el acento en la vulnerabilidad, pero si pensamos los debates que desde lo social contiene el término vulnerabilidad pronto comprendemos que se trata de una categoría más abarcativa y compleja; ahí encontramos un primer indicio de la necesidad inter/transdisciplinaria. Desde nuestra profesión podemos proponer otras alternativas sin romper con la iniciativa, que es correcta, de resguardar la vida. Se puede pensar protocolos más humanos y humanizantes, que dejen un margen a las demandas particulares, no tan encorsetados de modo que a veces constituyen un sinsentido, con prácticas que terminan siendo contraproducentes.

A esto también se refería Susana Cazzaniga (2020, s/p) cuando mencionaba “ser dignos peleando por un mundo mejor y ser dignos muriendo como queremos morir.” Esto es para la autora, no perder de vista la reflexión ética a fin de poder contribuir, desde la profesión, a la construcción de un discurso de transitoriedad. Este discurso nos interpela desde el presente y nos habla de la dignidad tanto propia como colectiva. La pandemia se habla en términos de guerra y se piensa el modo de combatirla con estrategia pertinente. No obstante, agrega la autora “hay algo que es impostergable: la dignidad del otro” y es en ese lugar donde nos vemos interpeladas/os.

Creemos necesario repensarnos transitando las máscaras de la modernidad, normada y estructurada, que nos ilustran sobre cómo interactuar, cómo intervenir, cómo asistir y la pandemia pone en jaque todas estas garantías que significaban la vida profesional y la vida relacional. Esta representación, carente de espejos donde reflejarse, circulando entre la praxis normalizada y la realidad que nos interroga. Descubiertas/os como sujetas/os frágiles, coexistiendo con el estrés cotidiano y la certeza de la incerteza. Lo único cierto es la impredecibilidad, podría decirse emulando a la clásica filosofía griega.

Al estilo butleriano diríamos que las/os profesionales del Trabajo Social nos encontramos frente a la precariedad de la vida, toda vez que intervenimos con poblaciones cuya característica es la exclusión y la marginación que conllevan sobre las/os cuerpos/os estar desnudas/os frente a la posibilidad ineludible de un impacto externo, vulnerables por la concepción organizacional expansionista, economicista y colonialista. A esto nos referíamos cuando decíamos que el hashtag #quedateencasa no daba igual para todas/os, que no todas/os tienen casa, que no todas las viviendas se encuadran en la representación de paredes de material, baño, cocina y techo. Que no todas estaban seguras en sus viviendas, conviviendo con su agresor, entre otras tantas particularidades. Es decir, precariedad como condición políticamente inducida, que atañe a vidas precarias (Butler, 2009).

En esta indecidibilidad en la que nos embarcamos juntas/os, creemos con otras/os que se atreven a esbozar líneas imprudentes como las nuestras, que pensar/ejercer es la mayor irreverencia del presente. Sostenemos que hay una cantera no explotada en los productos de la sistematización de la praxis, no porque haya una ausencia de las mismas sino por las formas creativas que

pueden asumir y con ello las derivas teóricas situadas. Posibilidad de una profesión que, a diferencia de lo expresado en otros tiempos, ha demostrado que teoriza casi tanto como interviene. La pretensión de articulación con otras disciplinas todavía se está gestando, pero es claro que está signada analíticamente por su pertenencia a los sures (de Sousa Santos, 2009).

Asimismo este pensar está provisto por una configuración social anclada en lo estatal y su existencia aliada al capitalismo. Debemos tener presente la advertencia que nos heredaron tanto Gramsci (1977) como Foucault (1986) sobre el uso indiscriminado de las redes relacionales que afianzan la dominación, y en esa advertencia destacan el componente subjetivo o cultural como dimensión esencial y estructurante, operando en las sociedades estatales modernas. Convocamos otra vez al diálogo a Cazzaniga (2020) quien desde Butler señala que, en la actualidad, nuestra vida es precaria por nuestra conciencia de finitud. Al mismo tiempo, nos hacemos conscientes de que no somos sin las/os otras/os. Así como despertamos al gregarismo se requiere tomar decisiones en términos políticos, para que cada quien acceda a la posibilidad de construirse a sí mismo siendo parte, que indefectiblemente tiene todo que ver con la resignificación del Estado. Celebramos que en el presente se avizoren algunos pasos en la consideración de un Estado inclusivo, también reconocemos cuánto debemos trabajar todavía.

Incorporamos un elemento más al tejido: el sintiente, sumamos para ello al pensamiento de José Tasat quien nos habla interpelado por Kusch. Hacemos un paréntesis para decir que la categoría sentipensar -brillantemente significada por Eduardo Galeano- representa a los sures nuestros. Decíamos entonces que “pensar es una forma de sentir desde algún suelo la posibilidad de relacionarnos con los otros.” Se trata de un movimiento colectivo, nunca en solitario, nunca más pensar el Trabajo Social sobre las/os otras/os sino con las/os otras/os, que también somos nosotras/os. Además este autor nos convoca desde la nuestridad, para utilizar otros modos de pensar que no sea el predominio de la razón, ya que la razón es apenas una manera de hacerlo, entre otras formas posibles. El letargo de inversión en salud pública nos está explotando en la cara, en las manos, en las/os cuerpos/os. No estamos pudiendo “dar respuesta a esta demanda específica que se denomina derecho a la salud”. Reconociendo esto, lo que nos convoca y constituye es el miedo pero también la esperanza. (Tasat, 2020:s/p)

Ya ejercitamos las recetas otras, tal vez sea tiempo de -al estilo de pensadoras/es nuestras/os- retomar lo propio, ese lazo social constituyente del Trabajo Social que no puede -o no debería- expresarse en términos ilustrados. Con Tasat (2020) proponemos pensar a las/os cuerpos/os, ya que son éstas/os quienes manifiestan la crudeza del predominio individualista que poco tiene que ver con la singularidad. Nuestro mundo opera basado en jerarquizaciones, de esto los feminismos dicen mucho, esas escalas que regulan la supremacía del ser sobre el estar aquí, en nuestro territorio (con sentido ontológico) que para nada debe ser negar otros territorios posibles. El lazo social estaba roto y no nos dábamos cuenta, o no queríamos mirar. Decimos entonces que es preciso dejar de contar a los muertos para recuperar nuestra humanidad.

Trabajo Social, territorio y coronavirus

El territorio como espacio donde ocurren nuestros abordajes se constituye en un marco de complejidades que interactúan en los escenarios marcados por lo cotidiano. En estos espacios cultura, política y relaciones de poder se entrelazan para dar significado a un espacio en particular, que desafía la singularidad disciplinar. Esta perspectiva descrita como "un escenario donde emergen nuevas identidades de lucha" (Rojas Grosso y Rodríguez Pinto, 2013:76), evidencia las tensiones que atraviesan el concepto y que, al hacerlo, permite entender el impacto de la pandemia en los procesos participativos que han sufrido discontinuidades.

Los espacios generados y construidos para pensar una nueva ciudadanía sostenida por procesos de horizontalización fueron afectados por el aislamiento social que interrumpió, momentáneamente, el modo tradicional de estar presente en las formas usuales de participación. Reuniones y encuentros se vieron suspendidos y con ello numerosas prácticas deliberativas quedaron pendientes, erosionando de esta manera la capacidad de agencia de las/os actoras/es sociales. Los territorios, no se vaciaron ni las demandas desaparecieron. Los problemas sociales y ambientales siguen allí agravados por los encierros que buscan preservarnos de los contagios. Entonces, aquí se nos presenta una primera cuestión, que desde nuestro rol nos interpela en la manera de entender nuestras prácticas. Podríamos decir que avanza-

mos dando pequeños pasos en medio de lo desconocido. También podríamos decir que las inequidades y desigualdades no son nuevas en los territorios, lo nuevo es la complejidad de las situaciones que por el ASPO ha presentado otras cuestiones que es necesario considerar.

Los organismos internacionales, igual que muchas/os de nuestras/os colegas, coinciden con gran acierto y preocupación en la gravedad del asunto. Informes de la ONU, apoyados en proyecciones realizadas por la OIT, advierten un futuro desfavorable y desalentador para nuestro país. Se espera que al finalizar el año 2020, haya entre 750.500 y 850.500 nuevos desempleados (ONU, 2020:29). Lo cual complica aún más el panorama sobre el cual se estaba trabajando antes de la explosión que esta enfermedad nos presenta. Ninguna universidad, ni experiencia nos preparó para afrontar estas cuestiones. Las personas en situación de vulnerabilidad son hoy en día, más vulnerables. Coincidimos con Maristella Svampa (2020, s/p) en que "la pandemia pone de manifiesto el alcance de las desigualdades sociales y la enorme tendencia a la concentración de la riqueza que existe en el planeta."

Así, en los territorios se visibilizan las complejidades multidimensionales que atraviesan las personas en una clara imagen dominada por los escenarios de emergencia y desesperación. Procesos de desarrollo y transformaciones congelados, nos encuentran esperando a que pase la tormenta y deje de alguna manera, cuando salgamos de la cueva, algún lugar en pie donde podemos resguardarnos de lo que ya estaba allí afuera, antes de que nos adentremos en esta historia digna de Ray Bradbury o de Oesterheld. Pero lo que podemos ver a través de la hendidura no es favorable ni alentador. Como el personaje de *El Eternauta*¹, transitamos por territorios devastados por lógicas neoliberales, sintiéndonos aislados y temerosos. La individualidad separa y condiciona.

Pero ¿qué es lo que caracteriza a esta nueva realidad? Al respecto, Boaventura De Sousa Santos (2020) en su libro *La Cruel Pedagogía del Virus*, hace referencia a las desigualdades existentes en la región (Latinoamérica), mencionando la existencia de múltiples cuarentenas como efecto de las sinergias provocadas entre la pandemia y las desigualdades ya existentes. Para lo cual, es importante y necesario situarse en la idea de la multiplicidad de escenarios que esta nueva realidad nos presenta.

1. Novela gráfica escrita por Héctor Germán Oesterheld y dibujada por Francisco López Solano.

Es cierto que la condición mundial del riesgo sanitario es novedosa, sin embargo la existencia de situaciones de desigualdad e injusticia no lo son. Lo que nos lleva a interpelarnos no solo sobre la existencia de cuarentenas, sino también sobre la existencia de problemáticas que no reconocen fronteras y que tranquilamente podríamos tipificarlas como pandemias.

De esta manera, las desigualdades emergentes en sociedades como las nuestras -organizadas en torno a modelos colonialistas y patriarcales- atraviesan nuestras realidades de manera inequitativa y pauperizante, logrando la encarnación y cristalización de injusticias, definidas como tal en la reproducción cotidiana. Los territorios ya complejos se hacen más ininteligibles por efecto y acción de medidas necesarias para hacer frente al coronavirus. Las tensiones presentes coaccionan entre lo urgente y lo emergente, y evidencian todas las indeterminaciones a las cuales no se ha podido dar respuesta de manera integral.

En esta sintonía, Fernando Calderón asegura que “la pandemia del Covid-19 complejizó y aceleró aún más las brumas oscuras de la *kamanchaka*” (Calderón, 2020, s/p). Esto es, la incertidumbre como esa niebla espesa denominada *kamanchaka*, que cubre el territorio e ingresa en nuestras vidas en formas que nunca hemos imaginado. No nos ciega en su totalidad, pero sí nos hace miopes en nuestra capacidad de previsibilidad a largo plazo. Ergo, lo que fue ya no es y lo que acostumbrábamos exige un replanteo frente a esta nueva realidad, que deja la modernidad líquida de Bauman (2003) para adquirir otro estado aún más inestable. Este nuevo estado, nos interroga de manera profunda y nos obliga a pensar en torno a las formas de participación, que a través de nuestro trabajo con las comunidades, promocionamos como forma de construir nuevas oportunidades.

¿Cómo se sigue si ya no podemos visitar o reunirnos bajo la excusa de tomar un mate o compartir una comida? ¿Cómo rompemos barreras o fomentamos el trabajo colaborativo o la construcción social si lo presencial ya no es una opción? Seguramente, algunas/os citarán las nuevas herramientas tecnológicas como alternativas. Pero, no hay que olvidar que en el territorio profundo, donde la energía eléctrica o las antenas de telefonía móvil aún no llegan (esta modernidad difusa y líquida contiene todavía muchos territorios con estas características) por muy avanzado que se encuentre el siglo

XXI. En esos territorios, el uso de las Tecnologías de Información y Comunicación (TICs) no son una opción y la presencialidad sigue ocupando la principal y única manera de relacionarse con algunas personas.

También concebimos al territorio como “un espacio determinado por relaciones de poder” (Schneider y Peyré Tartaruga, 2006:84), donde se ponen en juego numerosas estrategias e instrumentos para facilitar la construcción social y política con el objeto de empoderar a las/os sujetas/os, y romper con las relaciones que hegemonizan espacios y soluciones, y que obstaculizan el desarrollo de ampliación de las capacidades participativas. Las cuales, las/os actoras/es reclaman con ahínco.

Las reuniones vecinales nos brindaban esas oportunidades y en muchos casos eran los únicos espacios para coordinar y reflexionar sobre problemáticas o conflictos recurrentes, acciones necesarias o simplemente como acompañamiento en difíciles situaciones. Estos trabajos atravesados por lo interdisciplinario, abogan por nuestra atención y reclaman soluciones que colisionan con la emergencia sanitaria. Es claro, que el aislamiento social hasta este momento –el presente- es la única alternativa, pero las situaciones de desigualdad, inequidad e injusticia no se toman un descanso, no hacen una pausa como tampoco se pusieron en cuarentena. Es más, siguen transitando el territorio de la mano del coronavirus y de otras enfermedades que nunca desaparecieron, que eran y son objeto de diversos abordajes.

El tema de las exclusiones nos presenta por lo menos dos incógnitas a resolver: frente a escenarios tan complejos como los presentados ¿qué rumbo tomarán estas disputas? ¿qué estrategias, en los marcos signados por esta nueva realidad, harán posible confrontar a las dinámicas que subyugan la invisibilidad de la cuestión social? En principio, es necesario reconocer que la bibliografía sobre el contexto de pandemia no está agotada, aunque haya una multiplicidad de voces abordándolo. ¿Cómo podría ser suficiente si el tópico no deja de ocupar una buena parte de nuestra atención, dado que es una realidad no acabada?

Ya que en esta historia no contamos con la posibilidad de otear la cantidad de páginas que faltan para terminar este capítulo. No disponemos de consideraciones finales que permitan dar respuesta a la gran cantidad de preguntas que se nos vienen planteando, tampoco

2. Tipo de neblina espesa. La palabra tiene su origen en la lengua aimara.

sabemos cuán profundo nos ha sumergido esta crisis. Sin embargo, y a pesar de las numerosas incógnitas que parecen ser lo único que mantiene cierta continuidad en nuestras vidas desde que inició la pandemia -en algunos casos también antes de ella-, reconocemos la importancia de los espacios construidos en los territorios. Así como la urgencia de sostenerlos de alguna manera, para no dimitir los espacios de poder que se hacen presentes y están sustentados en una dialéctica permanente.

Esta reflexión no plantea de ninguna manera, romper con las medidas propuestas y llevadas adelante para controlar las tasas de contagio y que intenta que el virus no cobre nuevas víctimas. Sino que anima a no dejar en cuarentena las ideas, acciones y creatividad que harán posible continuar con los procesos participativos construidos y legitimados. Entonces la cuestión en este nudo es buscar la manera de superar la sensación de parálisis que ha invadido no solo los territorios, sino también -en algunos casos- a nuestras prácticas; los que, a largo plazo, fortalecen los muros que nos hemos esforzado en derrumbar. Por otro lado, tener presente que -como dijimos- las relaciones de poder no descansan, no se detienen ni siquiera por la crisis sanitaria. El riesgo se traduce no solo en lo sanitario o lo laboral, sino también en aspectos tan importantes y decisivos como son los procesos de emancipación que, a través de diferentes instancias, las/os actoras/es lograron construir.

Por lo tanto, si "los sujetos sociales se constituyen en la relación con sus mundos de vida" (Agüero y Martínez, 2015:13), la paralización de estos procesos deviene en la configuración y legitimación de situaciones de marginación y exclusión, que las instancias de participación llevadas adelante, buscaban revertir -apuntando a lograr un empoderamiento social- como manera de fortalecer las capacidades de agencia de las/os actoras/es sociales. De esta forma, quienes trabajamos o hemos trabajado en territorio, sabemos que facilitar la creación de espacios donde la clave de un desarrollo apueste a la participación social siempre ha sido un gran desafío, sobre todo cuando entendemos que en cada decisión se conjugan fuerzas que pugnan por establecer relaciones de poder dominantes y hegemónicas.

Un punto interesante e importante para agregar es que "el Trabajo Social -como cualquier otra disciplina- no constituye una categoría abstracta, que funciona independientemente de las determinaciones histórico-sociales que se registran en tal o cual país en un período particular" (Alayón, 2005:105). Por lo tanto, es legíti-

mo y hasta necesario preguntarse: ¿Qué nos dejará esta pandemia en este tiempo particularizado por los atravesamientos que están configurando los escenarios presentes? Hasta el momento, nos parece muy prematuro esbozar un pronóstico o tan solo una idea. No obstante, tenemos algunas certezas -aunque no son muchas-, sabemos que no vamos a permanecer al margen de esta crisis y como tal, nos dejará mucho para reflexionar y repensar.

El Trabajo Social desde un marco institucional en territorio, constantemente se proyecta como forma de hacer visible lo invisible y de develar lo que se encuentra bajo los mantos de lo instituido. Esta nueva realidad atravesada por la multidimensionalidad, nos presenta nuevos retos que animan a indagar los modos en los cuales es posible dar continuidad a los procesos territoriales, con el objeto de no abandonar el territorio ya que en él se encuentran los lazos constituyentes de lo comunitario. Mientras nos detuvimos para reflexionar sobre el modo de proceder, mientras los recursos se reorientaron y en algunos campos escasean, las desigualdades e injusticias se sostuvieron, hasta podríamos decir que fueron ganando terreno.

Las/os profesionales del Trabajo Social confrontamos permanentemente con esta disyuntiva temporal-espacial, que conjuga lo local y lo global. Nos confronta con marcos complejos que exacerbaban la emergencia local, contextualizada por lo global y lo global exacerbado por lo local. Como Trabajadoras/es Sociales sabemos muy bien que el territorio nos habla a medida que lo caminamos. Nos cuenta sus historias en cada encuentro y en cada visita. También, nos enseña en cada una de las situaciones de conflicto, que no todo está dicho ni hecho. Pero esta realidad nos planteó un nuevo dilema: ¿Cómo trascender la emergencia sanitaria frente a la urgencia de los procesos iniciados en el territorio?

La respuesta, creemos que está en sostener los procesos de construcción social. No abandonar los territorios, aunque sea cuidando la distancia, ayudará a romper con el miedo que nos inunda. Insistimos en que no se trata de desestimar las medidas de seguridad sanitarias, sino buscar los medios para seguir presente desde dónde se pueda, con el objeto de no dejar que el coronavirus termine por fortalecer a un pequeño sector social por sobre el bienestar de las/os otras/os. Asimismo, es importante asumir que esta crisis pasará, pero las desigualdades e injusticias permanecerán. Por lo tanto, es necesario seguir trabajando, pensando, discutiendo

y animando. Somos parte de los territorios, así como ellos son parte de nosotras/os. Nos reinventemos como manera de trascender la pandemia, cualquier alternativa que se nos ocurra seguramente será un buen inicio.

Consideraciones finales

Pensar nuestra realidad en clave de pandemia significa, hacer un esfuerzo reflexivo en torno a una realidad desconocida que nos sorprende día a día y que nos propone ser protagonistas de abordajes en contextos donde la inseguridad de lo subjetivo domina, interpela los procesos transitados, exige creatividad para repensar las continuidades y los nuevos emergentes. En este sentido de indeterminación se hace presente un punto de inflexión, que no permite ver qué hay más allá del presente. Nos sitúa en medio de lo desconocido y nos interpela entre las tensiones originadas por lo urgente y lo emergente. La pandemia es eso mismo. Es lo que no vemos pero que sabemos que está ahí. Y no hablamos del virus en sí, sino de los emergentes que se han hecho más notables en un momento de aislamiento social, caracterizado por una realidad sanitaria impredecible para unas/os, mientras que para otras/os anunciada por los diversos problemas ambientales y sociales.

Como mencionamos previamente, no hay una receta que podamos extender resultante de este proceso de sentipensar, sin embargo podemos prestar atención en interesantes entramados que fueron cobrando vigencia y nos ayudarán a transitar la pausa y proyectarnos hacia la post-pausa, el lazo social se viene tejiendo desde abajo, en el estar siendo. Quienes suponemos que nos convocarán a aportar -nuevamente- nos dan una lección de intervención rápida. Es urgente entonces redescubrir la potencia de la asistencia, ya lo decía Carmen Lera (2015:22) “se fueron sedimentando figuras acerca de la pobreza y los pobres”, sin embargo en los territorios “lo socio-asistencial contiene contornos borrosos”. También la autora nos invitaba a dejar de centrarnos en el destinatario -acción no inocente- para abordar las situaciones en contexto. En palabras de Melisa Campana

(2018) se trata de quitar el sesgo peyorativo y residual de la concepción de Asistencia Social y la fobia que genera una intervención asistencial mediante dispositivos estatales. Además de lo contradictorio que resulta, toda vez que la asistencia está en la génesis y es ineludible para el Trabajo Social.

Cerraremos estas derivas con otras dos puntas de ovillo para seguir tramando, la economía del cuidado y el mundo vivo. En lo que respecta a los cuidados, observamos el modo en que la pandemia los puso en el centro del debate, como tarea fundamental para la reproducción de la vida. No es algo que no supiéramos, pero su escasa valoración colocaba al tema en un plano secundario, coexistir con otras/os en el espacio que se disponga hizo que muchas/os abrieran los ojos al trabajo que requiere la vida cotidiana. Los cuidados son fundamentales para la existencia misma, atribuidos históricamente a identidades femeninas precisan de la intersección del análisis económico (para que se los incorpore, tal como se está trabajando en una mesa interministerial de la que debemos formar parte) y de la perspectiva de género(s), ya que la atribución de tarea feminizada tiene correlato con la devaluada representación de los mismos.

En cuanto al mundo vivo, se trata de reconocernos causantes de la crisis de existencia, retomamos a Tasat (2020) “esta forma de constituirnos por producción, extracción, uso y consumo, desecho; lo único que está logrando de nosotros es un desecho permanente para no asumir un lugar donde poder vivir”; es decir, volver a considerarnos un elemento (dominante) pero no más que eso en un mundo que contiene una multiplicidad de entidades, de existencias, de recursos, incorporando a todo lo que la ciencia de la razón produjo hasta ahora los saberes que fuimos acallando. Los sures contienen una sabiduría ancestral que -ya no podemos negar- necesitamos para seguir sosteniendo la vida en este organismo vivo que denominamos tierra. Siguiendo al autor, sintetizamos esta idea diciendo, colegas estemos atentas/os porque si nosotras/os no reconocemos las tensiones y sentipensamos la sociedad que queremos hay otras/os que ya lo están haciendo.

Bibliografía

- Agüero, Juan Omar; Martínez, Silvana Noemí (2015) *La Intervención Social desde la perspectiva del Trabajo Social Emancipador*. En revista Intervención N°4, versión digital. Disponible en: <https://repositorio.uahurtado.cl/handle/11242/7369> Consulta: 23/08/2020
- Alayón, Norberto (2010) *Crónicas y Textos De Lo Social*. Buenos Aires. Editorial Espacio.
- Bauman, Zygmunt (2003) *Modernidad líquida*. México. FCE
- Butler, Judith (2009) *Performativity, precarity and sexual politics* en AIBR Revista de Antropología Iberoamericana (3), vol IV, setiembre-diciembre.
- Calderón, Fernando (2020) *Navegar contra el Viento en Tiempos de Coronavirus*. En revista Anfibia. Disponible en: <http://revistaanfibia.com/ensayo/navegar-contra-el-viento-en-los-tiempos-del-virus/> Consulta: 23/08/2020
- Campana Alabarce, Melisa (2018) *La Asistencia Social como Derecho: La integración y precariedad en Escenarios (27)* Universidad Nacional de Mar del Plata.
- Canal UNTREF (2014) Entrevista realizada a François Dubet el 27/09/2012. Disponible en: <https://www.youtube.com/watch?v=PfpgxIYKFDE> Consulta: 24/08/2020
- Cazzaniga Susana (2020) *Trabajo Social en tiempos de pandemia en Colegio de Trabajadores Sociales CATSPBA*. Conferencia virtual, realizada el 22/04/2020. Disponible en: <https://www.youtube.com/watch?v=jvz31kYNXR8> Consulta: 22/08/2020
- Clemente, Adriana (2020) "Coronavirus, deuda y salud pública" en El País/Opinión, 02/04/2020. Disponible en: <https://www.pagina12.com.ar/257101-coronavirus-deuda-y-salud-publica> Consulta: 22/08/2020
- de Sousa Santos, Boaventura (2009) Una epistemología del Sur. La reinención del conocimiento y la emancipación social. CLACSO-Siglo XXI, México.
- (2020). *La cruel pedagogía del virus* (1ª ed.). Ciudad Autónoma de Buenos Aires: CLACSO. Disponible en: https://www.clacso.org.ar/libreria/latinoamericana/contador/sumar_pdf.php?id_libro=1977 Consulta: 26/08/2020
- Dubet, François (2007) *El declive y las mutaciones de la institución* en Revista de Antropología Social (16) 39-66.
- Foucault, Michel (1986) *Vigilar y castigar*. México. Siglo XXI.
- Gramsci, Antonio (1977) *Antología*. México. Siglo XXI.
- Hermida, María Eugenia (2014) *El currículum que prescribe y que proscrib*e. Por una didáctica de las ausencias en Trabajo Social en Revista de Educación (7) 327-346.
- Karsz Saül (2020) *¿Qué crisis para el Trabajo Social?* Disponible en: <https://www.pratiques-sociales.org/wp-content/uploads/2020/07/Que-crisis-para-el-trabajo-social.pdf> Consulta: 22/08/2020.
- Lera, Carmén Inés (2015) Intervenciones profesionales y dimensión asistencial. *Problematizaciones urgentes desde Trabajo Social*. Universidad Nacional de Entre Ríos. EDUNER.
- Moreno Soto, Guillermo León (2020) *El sistema Vecinal, una estrategia apropiada para tiempos del COVID-19*. Disponible en: <https://lasillavacia.com/silla-llena/red-paisa/sistema-vecinal-estrategia-apropiada-tiempos-del-covid-19-72349> Consulta: 24/08/2020
- ONU (2020) Informe Inicial de las Naciones Unidas: Covid-19 En Argentina: Impacto Socioeconómico Y Ambiental. Disponible en: <http://www.onu.org.ar/stuff/Informe-COVID-19-Argentina.pdf> Consulta: 25/08/2020
- Rojas Grosso, Diana Carolina y Rodríguez Pinto, María Camila (2013). *Conceptualización de Territorio en trabajo social: aportes y reflexiones*. Tendencias & Retos, 18 (2), 61-78. Disponible en: <https://dialnet.unirioja.es/descarga/articulo/4929329.pdf> Consulta: 25/08/2020
- Schneider, Sergio; Peyré Tartaruga, Iván (2006) *Territorio y Enfoque Territorial*: de las referencias cognitivas a los aportes aplicados al análisis de los procesos sociales rurales. En: Manzanal, Mabel (Comp); Neiman, Guillermo (Comp.); Lattuada, Mario (Comp.) Desarrollo rural: Organizaciones, instituciones y territorios (pp 71-102) Buenos Aires: CICCUS.
- Svampa, Maristella (2020) *Reflexiones Para Un Mundo Postcoronavirus*. En Revista Nueva Sociedad (Versión digital). Disponible en: <https://www.nuso.org/articulo/reflexiones-para-un-mundo-post-coronavirus/> Consulta: 28/08/2020
- Tasat, José A. (2020) El refugio de nuestras cavernas: habitar un mundo en crisis. En Cuarentena Filosófica, 09/04/2020. Universidad de La Serena, Chile. Disponible en: https://www.youtube.com/watch?v=gEHUUnHmtlto&feature=youtu.be&fbclid=IwAR3A_DpLTUNnMx72hkky6LTnr9NHu_0N2neA-Fbnx0H8Fju42Cq3nnQAZy8I Consulta: 29/08/2020

Artículos seleccionados

La problemática alimentaria en la CABA: el caso de la alimentación escolar en la pandemia COVID-19 y la respuesta del Estado

Rodrigo Clacheo^a y Lucia Cacciutto^b

Fecha de recepción: 24 de julio de 2020
Fecha de aceptación: 2 de noviembre de 2020
Correspondencia a: Rodrigo Clacheo
Correo electrónico: rodrigo.clacheo@gmail.com

- a. Magister en Salud Pública. Nutricionista del Centro de Salud y Acción Social 19, Ciudad Autónoma de Buenos Aires, docente Escuela Nutrición UBA y Coordinador carrera Nutrición UNTREF.
- b. Licenciada en nutrición. Referente nutrición de cooperativa Más Cerca es Mas Justo, docente carrera de nutrición UNTREF.

Resumen:

La alimentación es derecho humano básico y el Estado se constituye como garante de su cumplimiento, de diferentes modos. Si bien este derecho es reconocido por los Estados posteriormente a las primeras experiencias de alimentación en contextos escolares, la copa de leche y miga de pan se constituyeron como las primeras experiencias de lo que luego serían los comedores escolares. El desarrollo y ampliación del sistema educativo trajo aparejado la ampliación de entrega de alimentos a las niñas, niños y adolescentes (NNyA) que allí asistían.

Esta prestación alimentaria se relaciona en los inicios con la necesidad de sostener y asistir con alimentos nutritivos a NNyA con diferentes niveles de vulnerabilidad socioalimentaria, hecho que se

sostiene hasta la actualidad, con el agravante del aumento de la demanda en momentos de crisis. El siguiente trabajo analiza el caso de los comedores escolares en el ámbito la Ciudad Autónoma de Buenos Aires (CABA) en plena pandemia de COVID-19, entre mayo y julio del 2020, bajo la premisa del aislamiento social, preventivo y obligatorio aún reinante, que profundizó la crisis socioalimentaria que venían atravesando las familias en contextos de mayor vulnerabilidad y que obligó a la actual gestión de Gobierno de la Ciudad Autónoma de Buenos Aires (GCABA) a realizar modificaciones en la implementación del Programa de Alimentación Escolar (PAE), con la entrega de un conjunto de alimentos, denominado Canasta Escolar Nutritiva (CEN).

Palabras clave: Derecho a la alimentación adecuada - Políticas públicas y programas con componente alimentario - Alimentación escolar.

Summary

Food is a basic human right and the State constitutes itself as guarantor of its fulfillment, in different ways. Although this right is recognized by the States after the first experiences of feeding in school contexts, the glass of milk and breadcrumbs became the first experiences of what would later become school canteens. The development and expansion of the educational system brought about the expansion of food delivery to the children and adolescents who attended there.

Initially, this food provision is related to the need to support and assist NNyA with different levels of socio-food vulnerability with nutritious food, a fact that has been maintained to date, with the aggravating increase in demand in times of crisis. The following work analyzes the case of school canteens in the area of the Autonomous City of Buenos Aires in the midst of the COVID-19 pandemic, between May and July 2020, under the premise of the still prevailing social, preventive and compulsory isolation, that deepened the socio-food crisis that families were going through in contexts of greater vulnerability and that forced the current management of the Government of the Autonomous City of Buenos Aires to make modifications in the implementation of the School Feeding Program with the delivery of a set of foods, called the Nutritious School Basket.

Key words: Right to adequate food, public policies and programs with food component, school feeding.

El contexto de la problemática del derecho a la alimentación y la pandemia COVID19

La alimentación escolar es uno de los antecedentes con más historia en Argentina y el continente en cuanto a la obligación de garantizar el derecho a la alimentación adecuada de la población de NNyA que asisten a los establecimientos educativos de gestión estatal.

Existe una rica historia de asistencia alimentaria en la escuela, así como diversa y heterogénea, que no siempre se adecuó a la realidad nutricional y social de la población a la que asiste. Se asoció en sus orígenes (inicios del año 1900) a la necesidad identificada por el Estado de garantizar un conjunto de alimentos esenciales y

asistencia médica a niñas y niños para favorecer el rendimiento escolar, de la mano con el crecimiento y desarrollo del sistema público de educación, en conjunto con la implementación de políticas de asistencia social, fundamentalmente durante los gobiernos de Perón. De allí surgen las iniciativas tradicionalmente conocidas como la miga de pan, copa de leche y cantinas escolares (Britos y otros, 2003; Abeya Gilardón, 2016), que posteriormente se transformarían en la institucionalización de los comedores escolares, con los respectivos programas de alimentación escolar.

En términos jurídicos, Argentina reconoce el derecho a la alimentación adecuada en su derecho interno (Constitución Nacional), por formar parte del sistema de las Naciones Unidas (Declaración Universal de Derechos

Humanos de 1948, artículo 25, entre otros) y por la reforma constitucional de 1994 (artículo 75 inciso 22), donde obtuvieron jerarquía constitucional una serie de tratados, pactos y convenciones internacionales (Filardi, 2011)

En pos del cumplimiento de las obligaciones estatales, Argentina sostiene históricamente, de base, un amplio sistema de protección social y desarrolla un robusto conjunto de medidas y programas sectoriales, con oscilaciones vinculadas a la orientación política de la gestión de gobierno en cuestión.

En septiembre de 2019 se prorroga la ley de emergencia alimentaria nacional por iniciativa de organizaciones sociales, acompañadas por los partidos políticos opositores al entonces gobierno nacional, en virtud además de la visita de la relatora internacional sobre el derecho a la alimentación de la Organización de las Naciones Unidas en 2018, quien alertó internacionalmente acerca de la problemática en materia social y alimentaria que atravesaba el país.

Ya en 2020, a partir de la propuesta del actual Gobierno Nacional, encabezado por el presidente Alberto Fernández, se crea el Plan Nacional Argentina Contra el Hambre, que junto a otro conjunto de medidas de carácter económico y social tendientes a garantizar el derecho a la alimentación adecuada de la población, intentaron mitigar el fuerte impacto que había causado la crisis como consecuencia de las políticas desarrolladas entre 2015 y 2019 por el gobierno de la alianza cambiamos.

Así mismo, la CABA reconoce el derecho a la alimentación tanto en su Constitución como en la ley básica de salud, desarrollando una serie de programas alimentarios ampliamente difundidos como los comedores comunitarios, ticket social y ciudadanía porteña (Clacheo, 2011).

La cantidad de NNyA que reciben una prestación alimentaria en contexto escolar a nivel nacional asciende a 4.5 millones, cubriendo el desayuno en el 50% de la matrícula, el almuerzo en 21% y llegando con un refrigerio, al 14% (Langou Diaz y otros, 2014), por lo que la alimentación en el ámbito escolar se convierte en la iniciativa estatal con componente alimentario más ampliamente difundida en todo el país.

Existen fuertes evidencias que demuestran los efectos nocivos de la pandemia COVID19 sobre la situación alimentaria y nutricional de las familias. Según el Fondo de las Naciones Unidas para la Infancia (UNICEF),

previo al inicio de la pandemia, en Argentina el 53% de las NNyA se encontraba en situación de pobreza por ingresos y a fines de 2020 se estimaría que la pobreza infantil llegará al 58,6%. Por ende, aproximadamente 7,7 millones niñas y niños se encontrarán en situación de pobreza, de los cuales 2,1 millones (16,3%) se sumarán en una situación de pobreza extrema (UNICEF, 2020a). La vulnerabilidad estructural, asociada a la inseguridad alimentaria pre pandemia COVID-19 alcanzaba en Argentina a entre 3 y 5 millones de personas (categoría intermedia-alta) (ONU, 2020).

Los efectos del aislamiento social preventivo y obligatorio han tenido un fuerte impacto en las condiciones de vida de las familias con mayores niveles de vulnerabilidad y precariedad (que ya habían sufrido los embates de la crisis que atravesó el país entre 2015-2019), acompañado por la pérdida cerca de 10% de puestos de empleo, la reducción de ingresos en cerca de 4 millones de familias y otros aspectos concomitantes con la cuestión social (UNICEF, 2020b).

De este modo se impuso en todo el territorio nacional nuevas intervenciones en el plano de lo social, ampliando la red tendida por el sistema de protección social. Es así que el Estado Nacional desplegó un vasto conjunto de iniciativas de transferencia de ingresos a las familias para reforzar las redes de protección social y el apoyo alimentario, sosteniendo también con fuertes flujos de financiamiento a los programas de alimentación escolar (más de \$6000 millones en el primer semestre de 2020) y acompañando iniciativas de organismos internacionales, fundamentalmente UNICEF, CEPAL y OMS, que establecieron la importancia de reforzar las prestaciones alimentarias, y particularmente la alimentación escolar, para sostener la situación alimentaria, sanitaria y de igualdad de las/os NNyA.

En términos locales, ante el cierre de las escuelas y de los comedores escolares, el GCABA definió rápidamente la necesidad de acompañar a los NNyA asistentes al sistema público educativo con un conjunto de alimentos, mediante lo que denominó canasta escolar nutritiva (CEN).

Objetivos y aspectos metodológicos

El objetivo del trabajo consiste en analizar la CEN propuesta por el GCABA desde una perspectiva integral, entendida esta como la necesaria adaptación de los comedores escolares debido a la pandemia COVID-19, dentro del período mayo - julio 2020, atendiendo a su

vez, algunas de las problemáticas en torno a la dimensión socioalimentaria que existen en la CABA.

El análisis de la CEN¹ se llevó a cabo en cuanto a sus aportes nutricionales diarios en relación a las recomendaciones existentes (CESNI, 2019; FAGRAN, 2013) y en cuanto a su pertinencia tanto social como desde la perspectiva del derecho humano a la alimentación adecuada. Se hizo hincapié en aquellos nutrientes de mayor trascendencia biológica, como el hierro, calcio y proteínas de alto valor biológico.

A su vez se analizó el cumplimiento de las recomendaciones según las Guías Alimentarias para la Población Argentina (GAPA, 2016) en términos cualitativos y de frecuencia de consumo de alimentos.

Se plantea el análisis de la calidad de la alimentación en relación a la contemplación integral de lo alimentario, como parte de una acción estatal, en el marco de la cuestión social en la CABA, entendiendo la situación de crisis atravesada por la pandemia COVID-19. A su vez, se enmarca el análisis propuesto junto a algunos aspectos de la Provincia de Buenos Aires².

El trabajo tiene un carácter analítico, basándose en metodologías cuantitativas (fundamentalmente en cuanto al análisis de los aportes nutricionales de la CEN) y cualitativas, pues recoge diferentes dimensiones del estado de situación que da marco a la intervención alimentaria concreta (CEN), a posiciones y opiniones publicadas en medios de comunicación, que vienen realizando una fuerte cobertura en materia social desde el inicio de la pandemia COVID-19. En esta ocasión no se incorporaron entrevistas directas a actores involucrados.

Entornos escolares, consumo de alimentos y gestión de comedores

Considerando la situación en torno a la problemática alimentaria, según la última Encuesta Nacional de Nutrición y Salud (ENNyS), 1,7% de niñas y niños meno-

res de 5 años presentó bajo peso, 1,6% emaciación y 7,9% baja talla. 13,6% presentó exceso de peso (10% sobrepeso y 3,6% obesidad). Entre los NNyA de 5 a 17 años, 1,4% presentó bajo peso, 3,7% baja talla y 41,1% exceso de peso (20,7% sobrepeso y 20,4% obesidad) (ENNyS, 2019).

Se observa además un alto consumo de alimentos ricos en azúcar y grasas, bebidas azucaradas y ultra procesados, junto con el pobre consumo de frutas, hortalizas y lácteos (ENNyS, 2019).

La información identificada refuerza la estrecha relación existente entre el consumo de alimentos y el aumento de la prevalencia de exceso de peso en la población en general, y en particular, con los NNyA, como parte de la problemática nutricional prevalente, de la cual también se hace eco la baja talla, como elemento de carácter más privativo-estructural.

En general, en los comedores escolares la calidad de la alimentación tiende a ser deficiente, reforzando el perfil nutricional existente, aportando grandes cantidades de azúcares simples, harinas, ultraprocesados y grasas trans o saturadas, aportando insuficiente cantidad de nutrientes esenciales como vitaminas A, C, hierro y calcio, con lácteos, carnes, legumbres y vegetales (Britos y otros, 2016; Piaggio y otros, 2011).

Gran parte de la energía consumida por los NNyA provienen de alimentos que podrían ser evitados, ricos en azúcares agregados (gaseosas, jugos, golosinas), harinas y grasas, existiendo una fuerte monotonía en la alimentación. Finalmente, la alimentación en el contexto escolar no complementa la dieta de los hogares más vulnerables, sino que tiende a reforzarla (Britos y otros, 2014). La cobertura de las metas nutricionales en los servicios de alimentación escolar usualmente son deficientes, no aportando los nutrientes críticos que debieran aportarse, excediéndose a menudo en energía, grasas e hidratos de carbono (Graciano y otros, 2011), existiendo además una serie de recomendaciones en torno a los alimentos que debieran incluirse, tanto como metas nutricionales

1. Se realizó un extenso análisis nutricional de la CEN, pero a los efectos de esta presentación, en términos de los objetivos de la revista, y para no ahondar en detalles específicos, se presenta la información del análisis nutricional resumida, desde una perspectiva mayormente cualitativa.

2. Si bien el análisis de la cuestión alimentaria en el marco de la pandemia COVID19 en el territorio de la Provincia de Buenos Aires no forma parte de los objetivos de este escrito, resulta importante realizar una breve comparación, fundamentalmente en cuanto a la alimentación escolar y a las tasas de incidencia de COVID19. En este sentido vale remarcar que existen fuertes diferencias en cuanto al acceso a la información y cuestiones metodológicas, pero también en cuanto a la complejidad territorial y magnitud de la Provincia en cuestión, que hacen difícilmente comparables los valores. Así mismo, se pretende de todos modos enmarcar el hecho configurado como objeto de estudio del presente escrito, sin ampliar la cuestión sociosanitaria en el distrito antes mencionado.

a cumplir y un conjunto de elementos necesarios para la planificación de una política alimentaria federal.

El caso de los comedores escolares en la Ciudad Autónoma de Buenos Aires

La gestión y funcionamiento de los comedores en todo el ámbito nacional es altamente heterogénea, con fuertes diferencias entre las distintas provincias e incluso, dentro de las propias jurisdicciones o municipios.

En la CABA residen cerca de 2.9 millones de personas, siendo el distrito más desarrollado del país según el índice de desarrollo provincial desarrollado por la Organización de las Naciones Unidas (Diario La Nación, 10/7/2017).

El Programa de Alimentación Escolar alcanza a aproximadamente 200 mil NNyA y gira en torno a un conjunto de normas establecidas entre los años 1984 y 2013, siendo el último antecedente la ley 3704 (de 2010) y su reglamentación (2013) que pretendía establecer pautas de alimentación saludable. En 2019 contó con un presupuesto cercano a los \$3.500 millones.

Existen 19 empresas adjudicatarias que se encargan de la compra de los alimentos y en su gran mayoría, la preparación y entrega de las comidas, con excepción de algunas escuelas que preparan la comida con personal propio, apoyados por la asociación cooperadora.

Para acceder al servicio, hay estudiantes becados en su totalidad, con media beca, y otros que abonan el mismo, siendo este, un elemento altamente conflictivo, al igual que la modificación desarrollada en 2019 para que las familias inscriban en línea a sus hijos en la beca, lo que generó una serie de complicaciones en las familias en situación de vulnerabilidad.

En el marco de la pandemia de COVID-19 se definió el cierre de las escuelas en todo el ámbito nacional, por lo que el GCABA implementó la CEN para acompañar a todos los NNyA asistentes al sistema público educativo.

El aporte nutricional de la “canasta escolar nutritiva”

La CEN está conformada por un conjunto de alimentos que pueden observarse en la tabla 1.

La entrega tiene una frecuencia quincenal, siendo el conjunto de alimentos entregados para diez días según se propone, pues no se incluyen alimentos para los fines de semana y no incluye al grupo familiar, sino que es exclusivamente para el NNyA destinatario. El GCABA paga por cada CEN el mismo precio que por el menú escolar, totalizando el valor quincenal de la misma, \$1570 por NNyA (ODC, 2020).

A partir del análisis nutricional y su comparación con las recomendaciones establecidas se observa que:

Tabla 1: Alimentos que conforman la CEN (mayo 2020)

Comida	Alimentos
Desayuno	2 litros de leche entera larga vida, 5 unidades de té, 5 de mate cocido, 10 unidades de sólido (paquete de magdalena o de 4 galletitas o barra de cereal).
Refrigerio	2 litros de leche entera larga vida, 5 unidades de té, 5 de mate cocido, 10 unidades de sólido (paquete de magdalena o de 4 galletitas o barra de cereal). 5 unidades de fruta.
Almuerzo:	500 gr. de fideos, 500 de lentejas, 1 kilo de arroz, una lata de arvejas, 900 cm ³ de aceite, 520 gr. de puré de tomate, 500 de zanahoria, 500 de cebolla, 1 kilo de zapallo, 5 unidades de fruta, 1 lata de conserva de pescado, atún, caballa o jurel según disponibilidad, 1 caja de flan o gelatina, 1 kilo de azúcar, 40 gramos de queso rallado.

En primer lugar tanto en la CEN como también sucede en el PCE, no hay diferenciación entre los grupos etarios, que tienen diferentes recomendaciones, por lo que los aportes no debieran ser similares. Tampoco están explicitadas las metas nutricionales ni los valores cubiertos de las mismas.

No se considera la distribución intrafamiliar de los alimentos, por lo que se descontextualizan los aportes y hay un fuerte desapego y desinterés por la situación que atraviesan las familias.

En cuanto al aporte de energía de la CEN, se observa que el mismo es adecuado exclusivamente en el desayuno. En relación al almuerzo, y al almuerzo más desayuno o merienda, el aporte energético es excesivo, superando a las recomendaciones, incluso duplicándolas para todos los grupos etarios.

En relación con las proteínas en general, la cobertura global es adecuada, aunque, sin embargo, se observa que el aporte de proteínas de alto valor biológico (origen animal) solamente proviene de la leche, el pescado enlatado y el queso rallado. Suponiendo que la entrega de leche sea la correcta (2 litros), y que en la distribución intrafamiliar la niña o el niño consuma una taza de 200cc el aporte de proteínas de alto valor biológico solo es correcto para el desayuno. Sin embargo, no sucede lo mismo en el almuerzo siendo que el pescado y el queso solamente cubrirán dos comidas de las diez planificadas. En relación con el calcio, suponiendo que la entrega de leche sea completa (que no haya faltantes, el aporte es correcto, pero en un límite inferior, llegando a un rango de cobertura de entre 20-30% en el grupo más pequeño si se considera desayuno o desayuno y almuerzo y a un rango de 17-25% en el grupo más grande, donde las recomendaciones de calcio son mayores.

Si bien la recomendación menciona un aporte mínimo de 200 mg de calcio, en el caso de la CEN, se observa que, sin considerar faltantes y la distribución intrafamiliar, el aporte de este nutriente clave es escaso. Sumado a esto, por ejemplo, se entrega postre para realizar flan, que lleva en su conformación leche, y que es claramente de consumo familiar, por lo que el aporte de calcio en términos reales, se diluye y queda por debajo de las recomendaciones.

El aporte de hierro es notablemente escaso puesto que no hay alimentos de origen animal fuente de este nutriente clave, exceptuando el pescado en lata. Si bien en términos cuantitativos se observa que hay una cober-

tura cercana al 50% de las recomendaciones, es a partir de hierro no hemínico con un bajo porcentaje de absorción, dependiente del efecto concomitante de los alimentos ingeridos.

Los azúcares simples superan el porcentaje diario que deben representar del total de los hidratos de carbono, que es del 10%. Esto se vincula directamente con los productos alimenticios, como los sólidos del desayuno, el flan del almuerzo y el azúcar.

Considerando que las GAPA recomiendan un consumo diario de 5 porciones entre frutas y verduras, el aporte de frutas y verduras de la CEN permite cubrir menos de un 30% de esta recomendación, sin ofrecer variedad dentro de este grupo. Tomando los grupos de alimentos que proponen las GAPA, se observa que existe un aporte mayoritario del grupo de cereales, legumbres, harinas y panificados y un aporte nulo del grupo de carnes y huevos.

La CEN incluye productos procesados y ultraprocesados, que no responden a la categoría alimentos (OPS, 2015). Los productos procesados y ultraprocesados aportan energía, pero a través de kilocalorías consideradas vacías, que no se originan en ningún nutriente esencial para el organismo y que, además, se combinan con múltiples aditivos (saborizantes, conservantes, espesantes), de los que su seguridad se desconoce o está discutida. El consumo de estos productos procesados y ultraprocesados, desplaza el consumo de alimentos saludables, sin procesar o mínimamente procesados, y se asocia al sobrepeso y obesidad, prevalentes en niñas, niños y adolescentes según los datos mencionados.

La crisis alimentaria en la CABA y el abordaje de la problemática: ¿sosteniendo las desigualdades?

En la CABA las desigualdades existentes muestran un mosaico epidemiológico que contrapone diferentes ciudades en una, por lo que las familias y habitantes de los barrios más pobres, con peores condiciones de vida fueron quienes se vieron más afectados en forma directa por el COVID19.

Según el último boletín epidemiológico de la CABA (26 de junio de 2020) (GCABA, 2020a), sobre un total de 22932 casos confirmados, 35,5% se localizan en residentes de las comunas 1 y 7, y si a ese cociente se le incorporan las comunas 4 y 8, el porcentaje total as-

ciende al 61%. La tasa de contagios, en las comunas 1 (1581/100.000) y 7 (1650/100.000) es entre 6 y 7 veces superior a la de la comuna 12 (221/100.000), pero al analizar los barrios dentro de las comunas, Retiro tiene una tasa de contagio 28 veces mayor que Villa Ortuzar (4473/100.000 y 2238/100.000 contra 153/100.000)

Sobre el total de contagiados de las comunas 1 y 7, prácticamente el 90% son residentes de los barrios Padre Mugica (ex villa 31) en la comuna 1 y Padre Ricciardelli (ex villa 1.11.14) en la comuna 7. Lo mismo sucede con las comunas 4 (Villa 21.24 y Zabaleta) y 8 (Villa Lugano). Estos barrios forman parte del conglomerado de barrios populares y asentamientos que existen en la CABA, donde residen más de 170.000 personas (Dadamia, 2019).

La situación epidemiológica en torno a la tasa de contagios en el conurbano bonaerense es difícilmente comparable con la de la CABA, puesto que el manejo estadístico fue diferente desde el inicio de la pandemia. Otras de las cuestiones que no permiten homologar los coeficientes entre las jurisdicciones, radica en la complejidad, extensión y cantidad de habitantes que tiene el territorio bonaerense. Esto hace que las familias residentes en asentamientos precarios hayan iniciado la pandemia con aún peores condiciones sociosanitarias que las de la CABA, lo que agravó la crisis generada por el COVID19.

En función a las estadísticas publicadas por el Ministerio de Salud de la PBA, no parece evidenciarse a priori, diferencias significativas en las tasas de incidencia de COVID19 por cada 100.000 habitantes en municipios con diferentes condiciones socioeconómicas, en relación al total (Ministerio de Salud PBA, 2020) y si bien no se cuenta con información desagregada por barrios, se evidenció la existencia de mayores índices de contagio en barrios y asentamientos precarios ubicados en Municipios del primer cordón³.

Ya en términos locales (CABA), al analizar un conjunto de indicadores de condiciones de vida previos al COVID19, se observa que para el cuarto trimestre de 2019 en la CABA existían 22,3% de personas (685.000) en situación de pobreza, de las cuales, 6,5% (201.000) se encuentran en situación de indigencia (no acceden a la canasta básica de alimentos- CBA-) y 15,8% (484.000), en situación de pobreza no indigente (no acceden a la canasta básica total – CBT- pero si a la de alimentos). A su vez existen 10,9% de personas (333.000) en situación de vulnerabilidad. Entre 2016 y 2019 la pobreza aumentó 21% y la indigencia 8,3% (GCABA, 2020b).

En el mismo período de tiempo, la tasa de desocupación media creció 29% (del 8,6% al 11,1%), incrementándose 35% en la zona centro (pasó de 7,4% a 10%) y 27% en la zona sur, pasando de 12,5% a 15,9%, siendo esta tasa al último valor disponible, 43% mayor que el promedio general y 75% mayor que en la zona norte (GCABA, 2020c).

La profundidad de los niveles de desigualdad se observa en su faceta más cruenta en términos del acceso a los alimentos (Diario Página 12, 23/03/2020; CEPAL, 2020). En abril de 2020 el valor de la CBA para una familia de 4 integrantes tuvo un valor de \$17.876 y el valor de la CBT, de \$43.080, habiendo alcanzado una variación interanual de 47,9% y 42% respectivamente (INDEC, 2020).

En ese sentido, el ítem alimentos del índice de precios al consumidor tuvo un aumento interanual del 47%, y lleva acumulado hasta mayo de 2020, 10,4% de aumento (GCABA, 2020c). Una cuestión central a mencionar al respecto, es que los alimentos que más aumento evidenciaron son aquellos más nutritivos, y que se constituyen como centrales para el adecuado cumplimiento del derecho a la alimentación de las familias, y que valga la paradoja, son aquellos más difíciles de acceder (Tabla 2).

Tabla 2: Acumulado y variación de precios de alimentos seleccionados en CABA, con base 2019-2020

Alimento	Acumulado anual (enero a mayo 2020) en %	Variación interanual (en %)
Leche, productos lácteos y huevos	11,4	38
Frutas	13	82,7
Verduras, tubérculos y legumbres	30,7	77,5
Carnes y derivados	14,1	42,4

Fuente: Elaboración propia en base a estadísticas GCABA (2020c)

3. Alguno de los cuales tomaron estado público por las mediáticas repercusiones como el caso de Villa Azul, en el partido de Quilmes.

Existe un "colapso" alimentario en los barrios populares porteños, que se acentuó con la pandemia, al punto que la justicia intimó al Estado a atender la problemática a pesar del aumento en las raciones de alimentos entregadas (Diario Página 12, 3/6/2020), que ascendieron según información del propio GCABA a 117.000, junto con la entrega de alimentos secos a 107.000 personas (Diario Perfil, 17/6/2020).

Se registra además, una subejecución del programa Ciudadanía Porteña, junto a un fuerte recorte entre 2011 y 2019, pasando de 63.075 hogares a 35.235 (Diario Página 12, 10/2/2020). Ciudadanía Porteña es la intervención alimentaria, luego de los comedores escolares, con más destinatarios junto al programa de comedores comunitarios, sobre el cual además, también se identifican problemas en cuanto a la perspectiva del derecho a la alimentación (Clacheo, 2011).

Entre 2015 y 2019, en la medida que fue incrementándose la pobreza en la CABA, la cantidad de raciones entregadas en los comedores escolares disminuyó, en términos generales, de 189 millones a 77 millones (Diario Tiempo Argentino, 23/6/2019).

Se identificaron a su vez, fuertes diferencias entre la cantidad de CEN entregadas y las demandadas por la comunidad educativa, es decir, NNyA que se quedan sin esos alimentos (Diario Tiempo Argentino, 17/5/2020). Sumado a ello, la UTE viene alertando la problemática en relación a las largas filas y demoras que tienen que afrontar las familias para retirar la CEN, como elemento contradictorio de cuidado, pues transgrede el distanciamiento social.

El GCABA abona por cada CEN \$1570 cuando el precio minorista para ese mismo conjunto de productos ronda en los \$687, y de \$760 si se le incorpora el desayuno, a precios de marzo 2020 (ODC, 2020).

Otras jurisdicciones como la Provincia de Buenos Aires, que cuenta con una realidad diferente, con prácticamente 6 veces más de habitantes y 135 municipios, implementó un módulo alimentario que es entregado a más de 1.5 millones de NNyA, por el cual abona un valor de \$750 por NNyA (la mitad que la CABA). El funcionamiento y gestión del servicio de alimentación escolar en la PBA reviste otra complejidad y magnitud, junto con otra modalidad de gestión y funcionamiento que en CABA, pues si bien el financiamiento es provincial el manejo es local, mediante los consejos escolares depen-

dientes de los consejos deliberantes. La PBA arrastra desde hace décadas una fuerte problemática en torno a los comedores escolares, con flujos de financiamiento dispares y aportes nutricionales de regulares a inadecuados. La capacidad instalada es de carácter precario en relación a la CABA. Sumado a ello, abastece a 7.5 veces más de NNyA, aunque sin embargo, a pesar de esas diferencias, las respuestas desarrolladas fueron relativamente similares si se compara el módulo provincial con la CEN porteña.

A modo de reflexión: la CEN como paradoja acerca del modo de encarar la problemática alimentaria en la emergencia

La CEN se constituye, a pesar del cuestionamiento en torno a su calidad nutricional, como un fuerte apoyo para las familias más desprotegidas de la CABA, que residen en los barrios más vulnerables, en el marco de un profundo deterioro de sus condiciones de vida debido a la crisis que se acentuó con la pandemia COVID-19, pero que habían empezado a deteriorarse entre 2015 y 2019.

Como se identificó en el análisis realizado, la calidad nutricional de la CEN no es adecuada a las luces de las necesidades de los NNyA que la reciben, pues ponen en juego su derecho a una alimentación adecuada, no aportando la cantidad ni calidad de alimentos necesarios para cubrir sus necesidades nutricionales.

En base a ello se desprende la necesidad de garantizar en las instancias de alimentación escolar una oferta de alimentos con el menor grado de procesamiento y mayor calidad nutricional, priorizando y promoviendo el aporte de alimentos frescos como: frutas y verduras, granos enteros y sus harinas, carnes, huevos, leche, yogur y quesos.

A su vez, dentro del análisis realizado no se consideró los constantes faltantes de alimentos (leche) y a la mala calidad de algunas verduras y frutas recibidas, lo que profundiza aún más la inadecuada calidad nutricional de la CEN, hecho que fue alertado por la comunidad educativa y que motivó una medida cautelar de parte de la justicia, registrándose fuertes demandas sin atender (Diario Página 12, 30/3/2020).

Esta situación no hace más que sostener el perfil nutricional que tenía el menú de los comedores escolares, so-

bre lo cual la Defensoría del Pueblo de la CABA (2019) ya había instado a mejorar, cumpliendo con la ley 3704. En virtud de la situación actual que atraviesa el mundo y Argentina, pero explorando la situación de la CABA, identificada como una Ciudad rica y ejemplar, se observan fuertes desigualdades al profundizar la mirada.

Estas desigualdades sin dudas son un producto histórico, pues se sostienen también con el conjunto de problemas estructurales que aquejan al país producto del desguace neoliberal de los 90 que se inició con el golpe de estado de 1976.

Sin embargo, en la CABA, pareciera existir una línea de continuidad desde hace 13 años en términos de la orientación de las políticas públicas desarrolladas, no obstante lo cual, el caso de la CEN en el marco de la pandemia COVID-19 puede ser considerado como paradigmático, pues condensa el modo en que el GCABA entiende a la cuestión social emergente en una situación crítica, aunque no hace más que darle continuidad a lo ya implementado. En virtud de ello, atiende la problemática desplegando la misma orientación en cuanto a recursos, lógicas e ideología, que desarrolla habitualmente.

El aislamiento social, preventivo y obligatorio profundizó los problemas existentes en la CABA, fundamentalmente en los barrios y asentamientos precarios, donde el acceso a los servicios básicos como el agua, saneamiento y el derecho a la alimentación son frecuentemente vulnerados. Ante ello, algo que resulta evidente hacer (es decir, implementar la CEN en reemplazo de los comedores) se realiza bajo una concepción expulsiva, fragmentada, que no solo no garantiza el acceso a la alimentación en el marco de un derecho, sino que además profundiza una fuerte crisis.

Resulta característico reflexionar acerca de cómo una crisis externa, mundial, recrudece las desigualdades internas, de un microespacio, expresando en niveles angustiantes las características que asumen las políticas públicas con carácter social. Siguiendo la línea de pensamiento planteada por Mario Rovere (Toffoli, 2020) en relación a la posibilidad de enfermar o morir en el marco de la pandemia COVID-19, en la CABA, la diferencia entre acceder o no al derecho a la alimentación adecuada en la población más vulnerable esta en las políticas públicas implementadas, definidas por la Asamblea Permanente por los Derechos Humanos como “erróneas e insuficientes” (APDH, 2020).

Es decir, la problemática alrededor de la CEN como acción razonable de emergencia en su esencia, más allá del cuestionamiento acerca de su característica “saludable”, no tiene que ver con la pandemia sino con la propia política pública implementada: desde su definición, planificación, lógica y forma de gestión. Y este hecho es de carácter histórico, más allá de los elementos coyunturales.

Diferentes propuestas han sido presentadas, como el remplazo de la CEN por una tarjeta para la compra de alimentos. Sin embargo resulta evidente la necesidad de replantearse que aspectos deberían formar parte de una política integral de salud colectiva, desarrollo humano y derechos, que atienda a la cuestión alimentaria en todas sus dimensiones, sea desde lo asistencial hasta la promoción de la salud, que atienda el derecho a la alimentación adecuada, apuntando a los problemas estructurales históricos de la CABA y de los NNyA como un eje central, contemplando, en las intervenciones estatales en materia de alimentos, sean cuales fueran, alimentos sanos, seguros y soberanos, participación popular, comercio justo, economía social, salud, trabajo y educación para todas y todos, en forma inclusiva, diversa y bajo el paradigma de los derechos.

No solo resulta necesario revisar y mejorar la CEN con alimentos nutritivos y diagramar estrategias para la inclusión de alimentos frescos (carnes, frutas, verduras, huevos, lácteos), que mejoran el perfil nutricional, sino que esto es extensivo a los comedores escolares, sobre los cuales es urgente aplicar una política de mejora en relación a lo que se ofrece actualmente.

Muchos de los alimentos con menor grado de procesamiento se producen gracias a la labor de pequeños y medianos productores de la agricultura familiar que se encuentran también, junto a sus familias, en situaciones de desigualdad social y económica. Construir vínculos que permitan incluir sus alimentos en estas instancias es una estrategia beneficiosa para todas las partes. Existen ejemplos tanto en el Estado Nacional como Provincial que dan cuenta de ello, por lo que la CABA podría tomar esa experiencia y amplificarla tanto en la CEN como en los comedores escolares.

El derecho a la alimentación adecuada se garantiza no solo con la entrega de alimentos, sino que estos alimentos deben cubrir las necesidades nutricionales y socio-culturales de un NNyA, ser sanos y promover un adecuado estado de salud y bienestar, sumado que al tratar-

se de un programa que atiende a población vulnerable, debe brindar un refuerzo nutricional, con alimentos que probablemente sean de difícil acceso en su hogar, y que son los que paradigmáticamente la CEN no aporta, y que tampoco lo hace adecuadamente el PCE.

La alimentación saludable, desde una perspectiva integral, centrada en esta como un derecho humano indelegable ha de ser uno de los ejes rectores de toda política social con componente alimentario, la que a su vez, debe estar disponible para todas aquellas personas que requieran asistencia del Estado, mas aun en situaciones críticas como la actual.

La pandemia COVID-19 permite reflexionar acerca de la gestión y desarrollo de políticas públicas, y tal como plantea De Souza Santos (2020), "la trágica transparencia del virus" pone de manifiesto aspectos subyacentes, pero que se encontraban ciertamente escondidos.

Así es como el caso de la CEN sintetiza el hecho de cómo una modificación necesaria pone en centro de la escena aspectos estructurales que vienen siendo soslayados hace décadas, sobre los que el GCABA debiera reflexionar para alcanzar la esperada justicia social, con el cumplimiento del derecho a la alimentación adecuada.

Bibliografía

- Abeya Gilardon E. (2016). Una evaluación crítica de los programas alimentarios en Argentina. *Salud colectiva* [internet]. [Consulta 6 de junio de 2020]; 12(4):589-604. Disponible en: <http://revistas.unla.edu.ar/saludcolectiva/article/view/935/1104>
- Asamblea Permanente por los Derechos Humanos. (2020). Tercer informe de situación en la CABA en época de pandemia COVID-19 [Internet]. [Consulta 26 de junio de 2020]. Disponible en <http://www.apdh.org.ar/tercer-informe-apdh-caba-ciudad-pandemia-covid>
- Britos S, O'Donnell A, Ugalde V y Clacheo R. (2003). Programas alimentarios en Argentina. Centro de Estudios Sobre Nutrición Infantil [Internet]. [Consulta 6 de junio de 2020]. Disponible en: <http://bvssper.paho.org/texcom/nutricion/35-programas.pdf>
- Britos S. (2014). Serie de Estudios Nutrición Escolar Saludable. Estudio inicial sobre alimentación escolar en 61 escuelas y 1100 escolares de seis jurisdicciones en 5 provincias. Centro de Estudios de Políticas y Economía de la Alimentación [internet]. [Consulta 20 de junio de 2020]. Disponible en <http://cepea.com.ar/cepea/wp-content/uploads/2014/09/s%C3%ADntesis-estudio-NES.pdf>
- Britos S. (2016). Lineamientos para una Política Federal de Alimentación Escolar Centro de Implementación de Políticas Públicas para la Equidad y el Crecimiento [internet]. [Consulta 20 de junio de 2020]. Disponible en <http://cepea.com.ar/cepea/wp-content/uploads/2016/04/Lineamientos-Alimentaci%C3%B3n-Escolar-version-final.pdf>
- Clacheo R. (2011). La problemática alimentaria en la ciudad de Buenos Aires: las acciones estatales y la mirada de los actores. *Kula, antropólogos del atlántico sur*; 7:20-37 [internet]. [Consulta 6 de junio de 2020] Disponible en: http://www.revistakula.com.ar/wp-content/uploads/2014/02/KULA_7-2-CLACHEO.pdf
- Comisión Económica Para América Latina – Organización de las Naciones Unidas para la Alimentación y la Agricultura. (2020). Cómo evitar que la crisis del COVID-19 se transforme en una crisis alimentaria. Informe COVID-19 [internet]. [Consulta 20 de junio de 2020]. Disponible en: https://repositorio.cepal.org/bitstream/handle/11362/45702/4/S2000393_es.pdf
- Dadamia R. (2019). Asentamientos precarios en la Ciudad Autónoma de Buenos Aires. *Población de Buenos Aires*; 28(12):20-33 [Internet]. [Consulta 6 de junio de 2020]; Disponible en: https://www.estadisticaciudad.gob.ar/eyc/wpcontent/uploads/2019/12/poblacion_2019_028.pdf
- De Sousa Santos B. (2020). La cruel pedagogía del virus - CLACSO [Internet]. [Consulta 10 de Julio de 2020]. Disponible en: http://209.177.156.169/libreria_cm/archivos/La-cruel-pedagogia-del-virus.pdf http://209.177.156.169/libreria_cm/archivos/La-cruel-pedagogia
- Defensoría del Pueblo de la Ciudad de Buenos Aires. (2019). Recomendación al GCBA para que mejore la calidad nutricional de los menús escolares [Internet]. [Consulta 26 de junio de 2020]. Disponible en: <http://www.defensoria.org.ar/noticias/recomendacion-al-gcba-para-que-mejore-la-calidad-nutricional-de-los-men-us-escolares/>
- Filardi M. (2011). El Estado como garante del Derecho Humano a la Alimentación Adecuada. Colección cuadernos. Ed. Cártado [internet]. [Consulta 6 de junio de 2020]. Disponible en: <http://derechoalaalimentacion.org/wp-content/uploads/2012/08/El-estado-como-garante-del-derecho-humano-a-la-alimentaci%C3%B3n-adeuada21.pdf>
- Fondo de las Naciones Unidas para la Infancia (2020). La pobreza y desigualdad en niños, niñas y adolescentes en Argentina. Los efectos del COVID-19 [internet]. [Consulta 20 de junio de 2020]. Disponible en: <https://www.unicef.org/argentina/media/8096/file/COVID-19:%20La%20pobreza%20y%20la%20desigualdad%20de%20ni%C3%B1as,%20ni%C3%B1os%20y%20adolescentes%20en%20la%20Argentina..pdf>
- Graciano y otros. (2011). Proyecto “Encuesta a los Servicios Alimentarios de Comedores Escolares Estatales” (PESCE): alcance de las metas nutricionales de las prestaciones alimentarias de los comedores escolares de Gran Buenos Aires, Argentina. *Diaeta*; 28 (130):21-30. [internet]. [Consulta 6 de junio de 2020]; Disponible en: <http://revistas.unla.edu.ar/saludcolectiva/article/view/380>
- Langou Diaz G y otros. (2014). Los modelos de gestión de los servicios de comedores escolares en la Argentina - documento de trabajo N°21. Centro de Implementación de Políticas Públicas para la Equidad y el Crecimiento: Ciudad Autónoma de Buenos Aires [Internet]. [Consulta 6 de junio de 2020]. Disponible en: <https://www.cippecc.org/wp-content/uploads/2017/03/1352.pdf>
- Organización de las Naciones Unidas. (2020a). COVID-19 en Argentina: impacto socioeconómico y ambiental [Internet]. [Consulta 10 de junio de 2020]. Disponible en: <http://www.onu.org.ar/stuff/Informe-COVID-19-Argentina.pdf>
- Organización de las Naciones Unidas. (2020b). COVID-19: fuerte pérdida de ingresos, dificultades en la compra de alimentos y aprobación del aislamiento social preventivo [Internet]. [Con-

sulta 20 de Octubre de 2020]. Disponible en: <https://www.unicef.org/argentina/comunicados-prensa/covid-19-unicef-encuesta-percepcion-poblacion>

Organización Mundial de la Salud – Organización Panamericana de la Salud. (2015). Alimentos y bebidas ultraprocesados en América Latina: tendencias, efecto sobre la obesidad e implicaciones para las políticas públicas [internet]. [consulta 10 de julio de 2020]. Disponible en: https://iris.paho.org/bitstream/handle/10665.2/7698/9789275318645_esp.pdf?sequence

Piaggio L. y otros. (2011). Alimentación infantil en el ámbito escolar: entre patios, aulas y comedores. *Salud colectiva*; 7(2):199-21. [internet]. [Consulta 6 de junio de 2020]; Disponible en: <http://revistas.unla.edu.ar/saludcolectiva/article/view/380>

Toffoli S. (2020). La pandemia desde el sanitariumo: entrevista con Mario Róvere: "Entre enfermar y no enfermar está la política pública". *Síntesis Mundial: Resumen de los acontecimientos internacionales del Centro de Estudios Políticos e Internacionales* [Internet]. [Consulta 25 de junio de 2020]. Disponible en: <https://sintesismundial.wordpress.com/2020/05/23/2894/>

Informes, diarios y estadísticas oficiales consultadas

Ciudadanía Porteña, un programa que Larreta subejecuta año a año. *Diario Página 12*, 10 de febrero de 2020 [Internet]. [Consulta 20 de junio de 2020]. Disponible en: [https://www.pagina12.com.ar/246586-ciudadania-portena-un-programa-que-larreta-subejecuta-ano-a-](https://www.pagina12.com.ar/246586-ciudadania-portena-un-programa-que-larreta-subejecuta-ano-a)

Comedores desbordados y problemas sanitarios: 90 días de cuarentena en las villas porteñas. *Diario Perfil*, 17 de junio de 2020 [Internet]. [Consulta 20 de junio de 2020]. Disponible en: <https://www.perfil.com/noticias/sociedad/comedores-desbordados-problemas-sanitarios-90-dias-de-cuarentena-en-villas-portenas.phtml>

Denuncian al gobierno porteño por las viandas que entre en las escuelas. *Diario Página 12*, 30 de marzo de 2020 [Internet]. [Consulta 17 de junio de 2020]. Disponible en: <https://www.pagina12.com.ar/256178-denuncian-al-gobierno-porteno-por-las-viandas-que-entrega-en>

Gobierno de la Ciudad Autónoma de Buenos Aires. (2019). Ministerio de Hacienda y Finanzas. Dirección General de Estadística y Censos. Distribución de hogares y personas por estrato de ingresos: 1er. trimestre de 2015/4to. trimestre de 2019 [Internet]. [Consulta 6 de junio de 2020]. Disponible en: https://www.estadisticaciudad.gob.ar/eyc/wp-content/uploads/2020/04/ir_2020_1447.pdf

Gobierno de la Ciudad de Buenos Aires. (2020a). Boletín epidemiológico semanal Ciudad Autónoma de Buenos Aires, número 201, semana epidemiológica 24. [Internet]. [Consulta 30 de junio de 2020]. Disponible en: https://www.buenosaires.gob.ar/sites/gcaba/files/bes_201_se_24_vf.pdf

Gobierno de la Ciudad Autónoma de Buenos Aires. (2020b). Ministerio de Hacienda y Finanzas. Dirección General de Estadística y Censos. Tasas de actividad, empleo y desocupación de la población según zona. 3er. trimestre de 2014/1er. trimestre de 2020 [Internet]. [Consulta 6 de junio de 2020]. Disponible en: <https://www.estadisticaciudad.gob.ar/eyc/?p=27382>

Gobierno de la Ciudad Autónoma de Buenos Aires. (2020c). Ministerio de Hacienda y Finanzas. Dirección General de Estadística y Censos. IPCBA mayo de 2020, informe de resultados 1461 [Internet]. [Consulta 6 de junio de 2020]. Disponible en: https://www.estadisticaciudad.gob.ar/eyc/wp-content/uploads/2020/06/ir_2020_1461.pdf

La Ciudad vacía los comedores escolares: 111 millones de raciones menos y baja calidad nutricional. *Diario Tiempo Argentino*, 23 de junio de 2019 [Internet]. [Consulta 20 de junio de 2020]. Disponible en: <https://www.tiempoar.com.ar/nota/la-ciudad-vacia-los-comedores-escolares-111-millones-de-raciones-menos-y-baja-calidad-nutricional>

La cuarentena en los barrios populares. *Diario Página 12*, 23 de marzo de 2020 [Internet]. [Consulta 20 de junio de 2020]. Disponible en: <https://www.pagina12.com.ar/254728-la-cuarentena-en-los-barrios-populares>

La Justicia le ordenó al gobierno porteño que entregue más comida a los comedores comunitarios. *Diario Página 12*, 3 de junio de 2020 [Internet]. [Consulta 20 de junio de 2020]. Disponible en: <https://www.pagina12.com.ar/269869-la-justicia-le-ordeno-al-gobierno-porteno-que-entregue-mas-c>

Las áreas más desarrolladas: la Capital, Chubut y Mendoza, a la cabeza. *Diario La Nación*, 10 de Julio de 2017 [Internet]. [Consulta 20 de junio de 2020]. Disponible en: <https://www.lanacion.com.ar/comunidad/las-areas-mas-desarrolladas-la-capital-chubut-y-mendoza-a-la-cabeza-nid2041232>

Más de 50 mil chicos de escuelas porteñas, sin acceso a la canasta alimentaria. *Diario Tiempo Argentino*, 17 de Mayo de 2020 [Internet]. [Consulta 17 de junio de 2020]. Disponible en: <https://www.tiempoar.com.ar/nota/mas-de-50-mil-chicos-de-escuelas-portenas-sin-acceso-a-la-canasta-alimentaria>

Ministerio de Economía de la Nación. (2020). Valorización mensual de la canasta básica alimentaria y de la canasta básica total. Gran

Buenos Aires. Informes técnicos. Vol. 4, n° 106 Instituto Nacional de Estadísticas y Censos. [Internet]. [Consulta 6 de junio de 2020]. Disponible en https://www.indec.gob.ar/uploads/informesdeprensa/canasta_06_206B1F43F212.pdf

Ministerio de salud de la Nación. (2016). Guías alimentarias para la población Argentina [Internet]. [Consulta 20 de junio de 2020]. Disponible en: http://www.msal.gob.ar/images/stories/bes/graficos/0000000817cnt-2016-04_Guia_Alimentaria_completa_web.pdf

Ministerio de Salud de la Nación. (2019). Encuesta Nacional de Nutrición y Salud 2. Informe ejecutivo de resultados [internet]. [Consulta 20 de junio de 2020]. Disponible en: http://www.msal.gob.ar/images/stories/bes/graficos/0000001565cnt-ennys2_resumen-ejecutivo-2019.pdf

Ministerio de Salud de la Nación. (2019). Guía de Entornos Escolares Saludables. Recomendaciones para la implementación de políticas de prevención de sobrepeso y obesidad en niños, niñas y adolescentes en instituciones educativas [Internet]. [Consulta 20 de junio de 2020]. Disponible en: http://www.msal.gob.ar/images/stories/bes/graficos/0000001439cnt-2019-06_entornos-escolares-saludables.pdf

Ministerio de Salud de la Provincia de Buenos Aires. (2020). Sala de Situación COVID19. [Internet]. [Consulta 20 de octubre de 2020]. Disponible en: <http://qlik3.ms.gba.gov.ar/sense/app/62acb679-135e-48eb-8ae9-325dc5770d00/sheet/e2c6cc10-6654-4b31-b0a4-81db9e322338/state/analysis>

Observatorio del Derecho a la Ciudad. (2020). El servicio de alimentación de las escuelas de la CABA en tiempo de Coronavirus. El arte de hacer negocios con la alimentación en tiempos de crisis sanitaria y económica [internet]. [Consulta 20 de junio de 2020]. Disponible en: <https://observatoriociudad.org/el-servicio-de-alimentaci%C3%B3n-de-las-escuelas-de-la-ciudad-de-buenos-aires-en-tiempo-de-coronavirus-covid-19-el-arte-de-hacer-negocios-con-la-alimentaci%C3%B3n-en-tiempos-de-crisis-sanitaria-y-econ%C3%B3mica/>

Unión de Trabajadores de la Educación. (2019). Presupuesto, Contratación y Pliego del servicio de elaboración de comidas y distribución en mesa [Internet]. [Consulta 20 de junio de 2020]. Disponible: <https://ute.org.ar/wp-content/uploads/2019/05/PPT-Pliego-Comedores.pdf>

Artículos seleccionados

Trabajo infantil, trabajo adulto y políticas sociales en la pos pandemia

María del Rosario Varela*

Fecha de recepción:	4 de septiembre de 2020
Fecha de aceptación:	16 de octubre de 2020
Correspondencia a:	María del Rosario Varela
Correo electrónico:	varelamarita@gmail.com

*. Magister en Políticas Sociales. UBA Secretaría de Niñez de la Asamblea Permanente de los Derechos Humanos.

Resumen:

En este artículo se analizan propuestas de política social anunciadas oficialmente que tienen por fin recuperar la capacidad productiva y generar oportunidades de trabajo en determinados sectores de la producción ante las consecuencias del COVID 19. Al tratarse de ramas de actividad que suelen tener participación familiar, se alerta sobre la posibilidad de que el apoyo anunciado tenga como efecto no deseado el incremento del trabajo infantil. Entre las acciones posibles para reducir ese riesgo, se pondera la incorporación del cuidado de personas como objeto de política pública, propuesta que integra el paquete de medidas anunciadas. Se propone, asimismo, una perspectiva que tenga en cuenta las estrategias llevadas a cabo por los grupos familiares para la protección y educación de los miembros más jóvenes. En cuanto a los procesos productivos, considerar los distintos eslabones de cada cadena para detectar la posible participación de mano de obra infantil y estimular alternativas institucionales que se adecuen a las exigencias laborales de las madres y los padres.

Palabras clave: Trabajo - Niñez - Cuidado de personas.

Summary

This article analyses officially announced social policies which aim at recovering the capacity to produce and generate job opportunities in certain areas of production in view of the consequences of COVID 19. As this deals with activities that sometimes include the whole family, the article warns of the possibility that this announced support could have the undesired effect of an increase in child labour. Amongst the possible actions to reduce this risk, we consider that the protection or care of the people should be included as a public policy. This proposal is part of the announced measures. We also propose a perspective which includes the strategies that were carried out by the families to protect and educate their younger members. As for the production process, we consider the different links of each production chain to detect the possible participation of child labour and stimulate institutional alternatives that can adapt to the labour requirements of the mothers and fathers.

Key words: Labour - Childhood - Care of the people.

La política social en la coyuntura

Un texto ya clásico de planificación social (Robirosa *et al*, 1990) advertía sobre la necesidad de “planificar en la turbulencia”, habida cuenta de que esas eran las condiciones de contexto en que debía encararse cualquier proyecto, más allá de cierto margen de previsibilidad que pudiera vislumbrarse.

Nada más ajustado a la realidad actual en que la emergencia del COVID 19 impone atender necesidades urgentes de alimentación y salud a la vez que considerar alternativas ante el previsible agravamiento de problemáticas pre existentes. Entre otros fenómenos, es esperable que se produzca un crecimiento del trabajo infantil tal como enuncia la OIT¹.

Dada esa posibilidad, en este artículo intentamos desarrollar algunas ideas y proponer posibles cursos de acción orientados a la restitución de derechos. Partimos, entonces, de considerar el trabajo infantil como una vulneración de los derechos de la niñez, postura que orienta la normativa argentina en la materia.

Los últimos datos acerca de la problemática, provienen de la Encuesta de actividades de niños, niñas y adolescentes (EANNA, 2018) según la cual el 10% de las niñas y los niños de 5 a 15 años de edad en el total del país realizan al menos una actividad productiva, con mayor

incidencia en las áreas rurales (19,8%), y en las regiones del NOA y el NEA (13,6% y 13,1%, respectivamente). En relación con las y los adolescentes entre 16 y 17 años, la actividad productiva alcanza el 31,9%, también con mayor incidencia en las áreas rurales (43,5%)

La EANNA diferencia tres categorías dentro de las actividades:

Actividades productivas para el mercado: son las que pueden asimilarse al concepto de trabajo adulto. Las realizan el 3,8% de las niñas y los niños de 5 a 15 años del país. En el área urbana la proporción alcanza al 3,3% y en el ámbito rural este porcentaje asciende al 7,0%.

En esta modalidad, los varones trabajan en mayor proporción que las mujeres, brecha que se profundiza en las zonas rurales donde la participación de los primeros alcanza el 71,1% a diferencia del 62,8% en el ámbito urbano.

Actividades productivas para el autoconsumo: (ayuda en la construcción o arreglos en el propio hogar, cuidado de la huerta o de animales, entre otros) Las realizan el 3,0% de las niñas y los niños de 5 a 15 años del país. Son actividades que predominan en el ámbito rural, (9,8% de las niñas y los niños) con incidencia significativamente menor en las zonas urbanas (1,9%).

1. https://www.ilo.org/buenosaires/noticias/WCMS_747831/lang--es/index.htm consultado el 31 de agosto 2020

También en estas actividades predominan los varones. En las zonas urbanas trabajan el 82,6% de los varones y el 17,4% de las mujeres; en las urbanas el 66,8% de los varones y el 33,2% de las mujeres.

Actividades domésticas intensas: (dedicación en tareas de cuidado de hermanos u otros miembros del hogar, cocina, tareas de limpieza y arreglos en el propio hogar). Las realizan el 4,8% de las niñas y los niños de 5 a 15 años del país. En las áreas rurales es más alta la incidencia de estas actividades (8,0%) que en las zonas urbanas (4,3%). Cerca del 60% de la dedicación en estas actividades corresponde a las mujeres, tanto en el ámbito urbano como rural.

El previsible aumento del fenómeno se vincula a diferentes factores. Por un lado, el impacto negativo de la pandemia -y la imprescindible cuarentena- en la economía de los hogares con menores ingresos o con inserción laboral precaria, lleva a las familias afectadas a diversificar estrategias de supervivencia y ampliar la participación de sus integrantes, niñas y niños incluidos. Por otro, las políticas sociales destinadas a fortalecer el trabajo productivo (tales como créditos o subsidios para adquirir insumos y/o bienes de capital) pueden generar, como efecto no deseado, que la oportunidad de incrementar la producción de empresas familiares requiera sumar brazos adicionales, entre ellos los infantiles. Vale la pena recordar que, según diversas investigaciones (EANNA, 2004; EANNA, 2018) la mayoría de las chicas y los chicos que trabajan lo hacen con la propia familia.

Un tercer factor que hace prever el aumento del trabajo infantil se vincula a la educación y a las modalidades a distancia implementadas. Pese al enorme esfuerzo que llevan adelante docentes y responsables del sector, el alcance tiene un efecto desigual. Ello se debe a la mayor necesidad de acompañamiento de las figuras parentales cuyo nivel educativo y/o disponibilidad (dadas las exigencias laborales que en muchos casos impone el trabajo a distancia) va a incidir en la mayor o menor eficacia de ese acompañamiento. Se agrega a ello que las posibilidades diferenciales de conectividad según el área geográfica de residencia o la capacidad económica familiar, dejan fuera del sistema a una importante cantidad de niñas y niños lo cual, sumado a la falta de contacto presencial con educadores y pares, puede tener un importante efecto de

desaliento. Se combinan entonces la necesidad de cubrir necesidades básicas y/o de aprovechar oportunidades productivas por parte de las familias con el debilitamiento de la relación entre la población infantil y la escuela para configurar un escenario propicio al trabajo prematuro.

¿Cuáles son las posibilidades de acción? Según publica la OIT Argentina, Gustavo Ponce, funcionario de esa organización², refiere que el país cuenta con buenas herramientas para abordar el problema: un marco normativo sólido, un plan nacional, instituciones con trayectoria y funcionarios bien capacitados, además de la asistencia técnica de las Naciones Unidas. Cabe agregar que se han realizado las mediciones mencionadas anteriormente que permitieron ampliar y actualizar el conocimiento sobre la extensión, los factores condicionantes y los efectos de la problemática.

Ampliaremos, en primer término, los avances que reconoce la OIT para luego adentrarnos en la complejidad de la coyuntura actual y las posibilidades de abordaje por parte de la política pública.

El marco normativo, lo constituyen las leyes siguientes:

Convención Internacional de los Derechos del Niño (1989), ratificada por la Ley N° 23.849 (1990).

Convenio N° 138 de la OIT (1973), ratificado por la Ley N° 24.650 (1996).

Convenio N° 182 de la OIT (1999), ratificado por la Ley N° 25.255 (2000).

Ley N° 26.061 de Protección Integral de los Derechos de las Niñas, Niños y Adolescentes (2005).

Ley 26.390 de Prohibición del Trabajo Infantil y Protección del Trabajo Adolescente (2008) que modifica la Ley 20.744 de Contrato de Trabajo.

Ley 26.727. Régimen de Trabajo Agrario (2011).

Ley 26.844. Régimen Especial de Contrato de Trabajo para el Personal de Casas Particulares. (2013)

Ley 26.847. Incorpora el artículo 148 bis al Código Penal (2013)

Decreto 1117/2016 que determina los tipos de trabajo peligroso para menores de edad.

En términos generales, con las leyes sancionadas se logró tipificar el trabajo infantil y adolescente (Ley 26.390, art. 2)³, establecer con claridad excepciones en el ámbito

2. https://www.ilo.org/buenosaires/noticias/WCMS_747831/lang-es/index.htm consultado el 23 de julio 2020.

3. ARTICULO 2º - La presente ley alcanzará el trabajo de las personas menores de dieciocho (18) años en todas sus formas. Se eleva la edad mínima de admisión al empleo a dieciséis (16) años en los términos de la presente. Queda prohibido el trabajo de las personas menores de dieciséis (16) años en todas sus formas, exista o no relación de empleo contractual, y sea éste remunerado o no. Toda ley, convenio colectivo o cualquier otra fuente normativa que establezca una edad mínima de admisión al empleo distinta a la fijada en el segundo párrafo, se considerará a ese solo efecto modificada por esta norma. La inspección del trabajo deberá ejercer las funciones conducentes al cumplimiento de dicha prohibición.

familiar (Ley 26.390, art. 8)⁴, abarcar distintas modalidades no incluidas en la Ley de Contrato de Trabajo (casas particulares, Ley 26.844 y agrícola, Ley 26.727), evidenciar la cadena de valor y considerar la posible presencia del trabajo infantil en los distintos eslabones de esa cadena (Ley 26.390, art. 8) y aplicar sanción penal a quienes se aprovechen de la mano de obra infantil, sanción que no se aplica a madres, padres, tutores o guardadores. (Varela, 2019)

En cuanto al marco institucional, en 1996 se firmó con la OIT un Memorandum de Entendimiento mediante el cual la Argentina se comprometió a llevar adelante una política nacional destinada a erradicar el trabajo infantil, propósito que fue ratificado por las provincias en el Pacto Federal del Trabajo en 1999. Ello dio lugar a la creación de áreas institucionales específicas. En el año 2000 se constituyó la Comisión Nacional para la Erradicación del Trabajo Infantil (CONAETI), de carácter multiministerial e intersectorial y paulatinamente las distintas provincias crearon Comisiones Provinciales (COPRETIS) de similares características, presididas por el área laboral de la respectiva jurisdicción. El marco institucional se completa con la Inspección del Trabajo, tanto a nivel nacional como provincial, que tiene el poder de policía para detectar el problema e impulsar las sanciones legales y administrativas que correspondan.

El marco normativo y el entramado institucional son condiciones necesarias, pero no suficientes para abordar el problema. Se requiere una sostenida articulación intersectorial entre las áreas laborales, educativas y de protección de derechos de la niñez a nivel nacional y local para lograr que el circuito de detección del trabajo infantil, sanción y restitución de derechos se cumpla eficazmente.

Desafíos en relación con el trabajo infantil

Un rápido repaso a los factores condicionantes del trabajo infantil incluyen los ingresos insuficientes para el sostén familiar; la falta de trabajo adulto y/o las condiciones de informalidad en que éste se lleva a cabo; un bajo nivel educativo de las figuras parentales, en especial cuando se trata de la madre; la escasez o insuficiencia de alternativas institucionales para el cuidado de la primera infancia; la inadecuación de los horarios escolares en relación con los horarios laborales de los adultos; patrones culturales que legitiman o justifican el trabajo infantil y la invisibilidad de ese trabajo por realizarse de manera informal o en los pliegues menos evidentes de la cadena de valor de distintos productos.

En relación con la política social prevista para la pos pandemia, según declaraciones del Ministro de Desarrollo Social, Daniel Arroyo, se llevará adelante a partir de tres ejes: trabajo, ingreso universal, urbanización de villas⁵. El objetivo a mediano plazo es ir reduciendo el presupuesto destinado a cubrir necesidades alimentarias e incrementar lo destinado a promover el trabajo.

Tanto un ingreso universal, en la medida en que aseguraría un piso de ingresos para los grupos familiares, como la generación de puestos de trabajo para mayores de edad, son políticas que "prima facie" favorecen la disminución del trabajo infantil. No obstante, debe considerarse que los sectores en los que se va a enfocar el apoyo público son la construcción, la producción de alimentos, el textil, el reciclado y el cuidado de personas⁶. Los cuatro primeros implican actividades proclives a la participación familiar y por lo tanto, sensibles al trabajo infantil. El cuidado de personas, en cambio, puede favorecer su disminución, tema que retomaremos.

4. ARTICULO 8º - Incorporase como artículo 189 bis a la Ley 20.744, el siguiente: Artículo 189 bis: Empresa de la familia. Excepción. Las personas mayores de catorce (14) y menores a la edad indicada en el artículo anterior podrán ser ocupados en empresas cuyo titular sea su padre, madre o tutor, en jornadas que no podrán superar las tres (3) horas diarias, y las quince (15) horas semanales, siempre que no se trate de tareas penosas, peligrosas y/o insalubres, y que cumplan con la asistencia escolar. La empresa de la familia del trabajador menor que pretenda acogerse a esta excepción a la edad mínima de admisión al empleo, deberá obtener autorización de la autoridad administrativa laboral de cada jurisdicción. Cuando, por cualquier vínculo o acto, o mediante cualquiera de las formas de descentralización productiva, la empresa del padre, la madre o del tutor se encuentre subordinada económicamente o fuere contratista o proveedora de otra empresa, no podrá obtener la autorización establecida en esta norma.

5. <https://www.cronista.com/economiapolitica/Los-tres-ejes-del-plan-de-recuperacion-que-preve-Arroyo-para-la-pospandemia-20200628-0008.html> consultado el 28 de julio de 2020.

6. <https://www.cronica.com.ar/politica/Arroyo-en-Cronica-HD-Subio-mucho-la-gente-que-asiste-a-comedores-20200719-0068.html> consultado el 27 de julio 2020.

En relación con los primeros sectores mencionados, importa tomar en cuenta no solo cada actividad en sí sino también el circuito que conforma la cadena de valor. En la construcción, cuando se realiza en condiciones de informalidad, puede haber participación de niños - en menor medida de niñas- y de adolescentes, al igual que en la fabricación de ladrillos, actividad con la que se relaciona. Lo mismo ocurre con la producción de alimentos, si su elaboración se realiza en el mismo hogar y su comercialización se hace mediante venta callejera o entregas en domicilios.

El caso de la industria textil es una modalidad que merece ser considerada con más detalle. Según describe la publicación del Ministerio de Trabajo, Empleo y Seguridad Social, OIT, UNICEF (2015), se trata de una industria constituida por una multiplicidad de segmentos diferenciados entre sí, que se distribuyen tanto en el sector formal de la economía como en el informal. Cuando la confección de prendas se realiza en talleres y en hogares particulares y la comercialización tiene lugar en ferias, es decir que todo el proceso se realiza de manera informal, “es donde estas actividades adquieren características difíciles de abordar por su imbricado entramado, y por la convivencia de una gran variedad de problemáticas vinculadas a [esa] informalidad” (p. 240) Pero si consideramos el proceso completo de producción y comercialización textil que abarca desde la fabricación de tejidos e hilados, la confección de prendas -por lo general en pequeños y medianos talleres clandestinos con uso intensivo de mano de obra- y el diseño de productos y marcas, con un alto grado de legalidad y visibilidad, vemos que allí formalidad e informalidad se combinan. “En este contexto, la presencia de niños, niñas y adolescentes -más allá de las necesidades de reproducción de cada familia- queda facilitada por la complejidad y la poca visibilidad (...) de este circuito de actividades económicas informales, que conforman la producción de prendas y su comercialización”. (p. 245)

En cuanto al reciclado de residuos, enfocado específicamente en residuos urbanos, el ciclo habitual, con algunas variantes, implica la recolección, descarga en un predio específico, separación, clasificación, reciclaje y venta. Labrunée (2018) da cuenta de la presencia de niñas, niños y adolescentes en el predio de disposición final de residuos en el municipio de General Pueyrredón, Provincia de Buenos Aires. Ello tiene lugar a pesar de la intervención estatal en dicho proceso que a la vez sumó a una cooperativa de recicladores, lo que dota a sus integrantes de cierto grado de protección social. No obs-

tante, la posibilidad casi irrestricta de acceso al predio, en un escenario de agudas necesidades sociales, facilita que acudan personas de cualquier edad, lo que llevó a poner en marcha un programa específico para ofrecer alternativas a niñas, niños y adolescentes que concurrían frecuentemente. Problemas similares se reproducen en diferentes provincias cuando está facilitado el acceso a los desechos. Debe tenerse en cuenta que el trabajo en basurales se enmarca en las peores formas de trabajo infantil previstas en el decreto 1117/16.

Lo expuesto hasta aquí da cuenta de la necesidad de un enfoque integral al implementar políticas que fomenten el trabajo adulto en las ramas de actividad mencionadas, de manera de prevenir la incorporación de niñas, niños y adolescentes (en este último caso si no se dan las condiciones de protección que establece la Ley 26.390)

Una de las dimensiones de ese enfoque integral consiste en desfamiliarizar el cuidado, es decir, incorporar el cuidado a la política pública, tal como lo prevé el apoyo gubernamental anunciado.

Cuando hablamos de cuidado lo entendemos como “todos aquellos bienes, servicios, valores y afectos involucrados en la atención de la población con algún nivel de dependencia (niños, adultos mayores y personas con discapacidades)” (OIT, UNICEF, PNUD, CIPPEC, 2018. P. 9)

Reconocer por parte del sistema público esas actividades tradicionalmente desempeñadas por mujeres en condiciones de informalidad y cuya contribución al sistema económico ha sido tradicionalmente invisibilizado, implica un giro en las percepciones y en la orientación de las políticas. Se trata de un avance impulsado por las corrientes feministas que apunta a superar la desigualdad de género descomprimiendo las tensiones entre las obligaciones productivas y reproductivas, tensiones que en mayor medida afectan a las mujeres. Suponen también un aporte potencial a la reducción del trabajo infantil, aporte que entendemos no ha sido suficientemente valorado, ya que las políticas de cuidado lo previenen en dos sentidos. Por un lado, evita que sean niñas, con mayor frecuencia, o niños quienes asuman responsabilidades de atención de personas de edad avanzada dentro del grupo familiar o de hermanas y hermanos menores mientras las madres y/o los padres trabajan. Por otro, dado que uno de los factores condicionantes para la emergencia del trabajo infantil es la escasez o insuficiencia de dispositivos institucionales

de atención de niñas y niños, lo que obliga a madres y padres a incorporarlos a su trabajo, el hecho de crear, fortalecer o ampliar dichos dispositivos también generaría alternativas virtuosas (MTEySS, CONAETI, Red de empresas contra el trabajo infantil, 2005). Nos referimos a espacios de atención de la primera infancia y a establecimientos escolares con posibilidad de ampliar sus actividades, acorde a los horarios laborales de los adultos.

De lo expuesto hasta aquí se pueden desprender las siguientes conclusiones:

La posibilidad de prevenir y erradicar el trabajo infantil tal como la Argentina se ha comprometido en diversos instrumentos normativos, requiere de políticas transversales que trasciendan las acciones específicas de las áreas laborales, tanto del nivel nacional como de cada jurisdicción.

La complejidad del fenómeno obliga a considerar los efectos de las políticas sociales en la franja de niñez y adolescencia. En este sentido, alertar sobre la probabilidad de incremento del trabajo infantil al fortalecer el

trabajo adulto, supone prever acciones para minimizar ese costo.

Esas acciones requieren una mirada individualizada del grupo familiar que permita conocer las estrategias familiares para el cuidado y educación de las niñas y niños y la atención de adultas y adultos mayores.

En base a ello, considerar alternativas institucionales que permitan desfamiliarizar los cuidados, fortalecer la inserción escolar, planificar actividades de educación no formal de acuerdo a la edad de las niñas y niños y compatibilizar los horarios de esas actividades con los de dedicación laboral de madres y padres, son posibles líneas de acción.

En relación con los procesos productivos de cada rama de actividad, se requiere una mirada integral que incluya los distintos eslabones de la cadena de valor de manera de identificar aquellos menos visibles donde puede intervenir la mano de obra infantil. Las organizaciones gremiales y empresariales vinculadas a sectores de la producción específicos podrían resultar socios estratégicos para actuar en esa dirección.

Bibliografía

- Instituto Nacional de Estadística y Censos (INDEC) Ministerio de Producción y Trabajo (2018) Encuesta de Actividades de Niños, Niñas y Adolescentes 2016-2017. https://www.indec.gov.ar/ftp/cuadros/sociedad/eanna_2018.pdf consultado el 3 de setiembre 2020.
- Instituto Nacional de Estadística y Censos (INDEC) Ministerio de Producción y Trabajo (2018) Encuesta de Actividades de Niños, Niñas y Adolescentes 2016-2017. https://www.indec.gov.ar/ftp/cuadros/sociedad/eanna_2018.pdf consultado el 3 de setiembre 2020.
- Ministerio de Trabajo, Empleo y Seguridad Social, CONAETI, Red de Empresas contra el trabajo infantil. (2015) Manual de acciones contra el trabajo infantil. http://www.trabajo.gob.ar/downloads/difusion/151211_manual_de_acciones_red.pdf consultado el 31 de agosto 2020.
- Ministerio de Trabajo, Empleo y Seguridad Social. OIT. UNICEF. (2015) Trabajo infantil en la Argentina: políticas públicas y desarrollo de experiencias sectoriales y locales. (Documentos de Trabajo). Buenos Aires. Recuperado de https://www.ilo.org/wcmsp5/groups/public/---americas/---ro-lima/--ilo-buenos_aires/documents/publication/wcms_490312.pdf consultado el 7 de agosto 2020.
- Ministerio de Trabajo, Empleo y Seguridad Social. Ministerio de Salud. OIT. (2015). Trabajo infantil y su impacto sobre la salud. https://www.ilo.org/wcmsp5/groups/public/---americas/---ro-lima/---ilo-buenos_aires/documents/publication/wcms_432318.pdf consultado el 25 de agosto 2020.
- OIT, UNICEF, PNUD, CIPPEC (2018) Las políticas de cuidado en la Argentina: avances y desafíos. https://www.cippec.org/wp-content/uploads/2018/09/wcms_635285.pdf consultado el 31 de agosto 2020.
- Varela, M.del R. (2019) Trabajo infantil y Agenda Pública. La construcción del trabajo infantil como problema social y su inclusión en la agenda pública argentina. (Tesis de maestría no publicada) Facultad de Ciencias Sociales, Universidad de Buenos Aires, Buenos Aires.

Artículos seleccionados

Tuberculosis en el marco de la Pandemia de COVID-19 en la Región Metropolitana de Buenos Aires: Riesgos y Vulnerabilidades.

**Andrés Pereira^a, Rocío Nahir Barrios^b, Adriana Koufios^c,
Adriana Marcuzzo^d y María Jimena Aranda^e**

Fecha de recepción: 27 de septiembre de 2020
Fecha de aceptación: 20 de noviembre de 2020
Correspondencia a: Andrés Pereira
Correo electrónico: andres.m.pereira@gmail.com

- a. Profesor en Ciencias Antropológicas. Residente de la Posbásica de Investigación en Salud. Ministerio de Salud de la Ciudad de Buenos Aires.
- b. Médica Clínica y Especialista en Epidemiología. Médica de planta del servicio de Promoción y Protección de la Salud del Hospital General de Agudos Juan A. Fernández.
- c. Lic. en Trabajo Social. Jefa de Sección de Servicio Social, Hospital General de Agudos Juan A. Fernández.
- d. Lic. en Trabajo Social. Jefa de División de Servicio Social, Hospital General de Agudos Juan A. Fernández.
- e. Médica Infectóloga. Suplente de guardia, Hospital General de Agudos Juan A. Fernández.

Resumen:

El presente artículo se propone utilizar los conceptos de riesgo y vulnerabilidad como herramientas conceptuales para el análisis de la tuberculosis (TB) como problemática de salud pública en contextos urbanos en el marco del Aislamiento Social Obligatorio Preventivo (ASPO).

La TB, a pesar de contar con un tratamiento, continúa siendo uno de las enfermedades infecciosas más importantes a nivel global. Los contextos urbanos, como la Región Metropolitana de Buenos Aires (RMBA), atravesados por fuertes migraciones y procesos de fragmentación permiten observar un patrón de conformación histórico urbano que produce desigualdades socio-espaciales que se evidencian en el acceso a los servicios de salud.

En primer lugar, discutiremos el concepto de riesgo, central en el desarrollo de la Salud Pública, ha sido enriquecido desde desarrollos conceptuales de las Ciencias Sociales que han identificado componentes (Natenzon, 2015) y otras perspectivas de análisis (Beck, 2000). En segundo lugar, nos enfocaremos en la vulnerabilidad como herramienta conceptual que ha permitido trascender aquellas miradas sobre la pobreza que producen miradas fragmentadas sobre la complejidad del fenómeno. Los desarrollos conceptuales en esta dirección permiten repensar los modelos de atención de la TB en contextos urbanos en el contexto de ASPO.

Finalmente, recuperando los aportes del Trabajo Social como disciplina, identificaremos intervenciones en el marco de la pandemia de COVID-19 que puedan permitirnos repensar el abordaje de la TB. En este punto se identifican lecciones aprendidas que permitan señalar oportunidades de implementar estrategias de intervención y de políticas públicas en el escenario presente de la RMBA.

Palabras clave: Tuberculosis - Vulnerabilidad - Riesgo .

Summary

This article aims to use the concepts of risk and vulnerability as conceptual tools for the analysis of tuberculosis (TB) as a public health problem in urban contexts within the framework of Obligatory Preventive Social Isolation (ASPO).

TB, despite having a treatment, continues to be one of the most important infectious diseases globally. Urban contexts, such as the Metropolitan Region of Buenos Aires (RMBA), traversed by strong migrations and fragmentation processes allow us to observe a pattern of urban historical conformation that produces socio-spatial inequalities that are evidenced in access to health services.

In the first place, we will discuss the concept of risk, central in the development of Public Health, it has been enriched from conceptual developments in the Social Sciences that have identified components (Natenzon, 2015) and other analysis perspectives (Beck, 2000). Second, we will focus on vulnerability as a conceptual tool that has allowed us to transcend those views on poverty that produce fragmented views on the complexity of the phenomenon. Conceptual developments in this direction allow us to rethink TB care models in urban contexts in the context of ASPO.

Finally, recovering the contributions of Social Work as a discipline, we will identify interventions in the framework of the COVID-19 pandemic that may allow us to rethink the approach to TB. At this point, lessons learned are identified that allow us to identify opportunities to implement intervention strategies and public policies in the present scenario of the RMBA.

Key words: Tuberculosis; Vulnerability; Risk.

Introducción

El presente artículo pretende presentar una reflexión sobre la tuberculosis (TB) como problemática de salud pública y una revisión de las estrategias de abordaje del padecimiento desde un Hospital General de Agudos de la Ciudad de Buenos Aires en contexto de las condiciones de ASPO. El mismo se enmarca en un proyecto de investigación más amplio que fue seleccionado a la convocatoria de “Salud Investiga” de la Dirección de Investigación para la Salud del Ministerio de Salud de la Nación en el año 2019¹. De esta forma, este trabajo busca desarrollar herramientas conceptuales para problematizar la implementación del proyecto en el contexto de la pandemia de COVID-19. Nos proponemos realizar un aporte para una mirada interdisciplinaria que nos permita revisar desarrollos de la epidemiología, estrategias de intervención desde el trabajo social y aportes conceptuales de las ciencias sociales en salud.

En primer lugar, realizaremos una contextualización de la situación de la TB en Argentina considerando los datos oficiales de la vigilancia epidemiológica del evento. En esta dirección, se observará en distintas escalas espaciales, analizando la distribución del padecimiento en distintas jurisdicciones indicador de la existencia de inequidades en salud. Luego incorporaremos una mirada sobre la dimensión histórica del desarrollo del padecimiento en conjunto con el proceso de urbanización del Área Metropolitana de Buenos Aires. Estos procesos de conformación urbana, que se producen en las grandes urbes latinoamericanas, conllevan la conformación de un mosaico atravesado por la fragmentación y la distribución desigual de los recursos. En este contexto, la TB se inserta en esta dinámica inequitativa que dificulta la respuesta efectiva por parte del sector salud a la problemática.

En segundo lugar, problematizaremos el concepto de riesgo incorporando perspectivas de distintas disciplinas a propósito de la TB. Considerado al riesgo como categoría central de la epidemiología, nos detendremos en miradas que cuestionan los enfoques meramente probabilísticos (Almeida Filho et al. 2009) y que permiten incorporar miradas macro en el marco de modelos como el de la “Sociedad del Riesgo” (Beck, 2000). A

partir de estos aportes macro sociales, identificaremos componentes que permiten operativizar al riesgo: peligrosidad, exposición, incertidumbre y vulnerabilidad (Natenzon, 2015).

En tercer lugar, a partir de este punto, describiremos distintos desarrollos teóricos que han permitido complejizar la “vulnerabilidad” como concepto que permite trascender las miradas simplistas sobre la pobreza como carencia o falta de la población afectada por este padecimiento en la actualidad. Esta herramienta conceptual, con sus matices y discusiones en curso (Carmo & Guizardi, 2018), ha recibido sucesivos esfuerzos para construir miradas que permitan trascender aquellas caracterizaciones de la pobreza como mera carencia (González, 2009). Nos proponemos en esta dirección ordenar los desarrollos desde distintas escalas de observación para visibilizar a la TB como problemática de salud en el contexto de ASPO.

En cuarto lugar, considerando estos desarrollos conceptuales nos interrogaremos por las lecciones aprendidas que nos deja la pandemia para repensar las estrategias de intervención y abordaje de la TB. Poniendo el foco en las transformaciones que implica la pandemia de COVID-19 buscaremos puntos que nos permitan identificar interrogantes y aprendizajes para repensar las intervenciones. Asimismo, identificaremos obstáculos y posibles respuestas en los procesos de construcción de adherencia a los tratamientos antituberculosos y accesibilidad a los servicios de salud en el contexto de ASPO.

La tuberculosis en contextos urbanos

A pesar de la existencia de un tratamiento efectivo, en la actualidad la TB continúa siendo un problema de salud que impacta en millones de personas que enferman y mueren por esta causa. Es la primera causa de muerte por enfermedades infectocontagiosas a nivel global (WHO, 2018). A pesar de la existencia de tratamiento efectivo y de la curación como una posibilidad concreta, la TB se presenta como un fuerte desafío para los sistemas de salud ya que afecta a las poblaciones más vulnerables y con mayores dificultades económicas (Herrero et al, 2011). Argentina como país no es ajeno a esta realidad, en el año 2017 presentó una tasa de casos

1. a en Tuberculosis (TB): diagnóstico de situación de los casos notificados de TB y de su abordaje en el área programática de un hospital general de agudos de la Ciudad de Buenos Aires.” <http://www.msal.gov.ar/dis/2019/06/25/nomina-de-proyectos-ganadores-convocatoria-2019-2020/>

notificados de TB de 26,47 por 100.000 personas con un total de 11.659 casos de los cuales fallecieron 706 según los datos oficiales (MSAL, 2019).

Una de las características de la distribución de los casos en este país es la heterogeneidad y la concentración en determinadas jurisdicciones de la mayor parte de estos. Esto refleja un escenario de fuertes desigualdades e inequidades sanitarias (Fundación Soberanía Sanitaria, 2019). En respuesta a este escenario complejo, en la actualidad a nivel nacional está en desarrollo el "Plan estratégico para el control de la tuberculosis" (MSAL, 2019). Este último se presenta como una herramienta para la determinación de acciones prioritarias como componentes de la Estrategia "Fin de la TBC" en el 2035 propuesta por la Organización Mundial de la Salud (OMS, 2006).

En la Ciudad de Buenos Aires (CABA), una de las jurisdicciones con más recursos de todo el país, se presenta un escenario para el año 2017 con una tasa de casos notificados de TB 39,85 por 100.000 personas. De esta forma, la CABA es la cuarta jurisdicción en relación a las tasas más altas de TB del país (MSAL, 2019). A su vez, dentro de la CABA también es posible desagregar la tasa e identificar fuertes desigualdades entre las comunas. Las comunas 1, 4, 7, 8 y 9 son las que marcan una tendencia geográfica en la distribución de los casos notificados (Fundación Soberanía Sanitaria, 2019). Muchas de estas comunas son las que presentan los asentamientos y barrios más vulnerables de toda la CABA. Teniendo presente que las tasas de notificación representan solamente los eventos que son notificados en efectores de salud es posible reconocer que la presencia de la TB sea mayor teniendo en caso el posible subregistro. Sin embargo, independientemente que el proceso de atención y notificación es un proceso subjetivo que permite la construcción de datos cuantitativos, las tasas de casos notificados son elementos que permiten realizar comparaciones entre jurisdicciones y a lo largo del tiempo en las mismas jurisdicciones.

Específicamente la CABA y el Conurbano Bonaerense se identifican como espacios atravesados por procesos de fragmentación y superposición de jurisdicciones en el desarrollo histórico de conformación de un sistema de salud público considerado inequitativo (PNUD, 2011). Frente a este escenario la utilización de los servicios de

salud de la CABA, por parte de la población de los distintos municipios de la provincia, señala que la RMBA² se comporta como un territorio de flujos y de conformación de corredores sanitarios espontáneos (Rosen, 2011). En esta dinámica el área de influencia de un Hospital General de Agudos de la CABA, que se evidencia a partir de las trayectorias de las personas usuarias, atraviesa las porosas fronteras jurisdiccionales y se extiende a lo largo de la RMBA. Por otro lado, los efectos de los procesos de descentralización de los servicios de salud en niveles gubernamentales (nacionales, provinciales y municipales), y en sectores (público, privado y seguridad social) presenta grandes obstáculos para la articulación de las intervenciones en salud frente a problemas de salud poblacionales. La observación del entrecruzamiento de las "relaciones intergubernamentales" (Chiara, 2018) entre los distintos niveles y dependencias estatales de gobierno en salud, resulta un elemento iluminador en la comprensión de la conformación histórica de los servicios y políticas de salud.

Otro punto a subrayar es que la fragmentación de los equipos de salud ocurre al mismo tiempo y en el marco de patrones masivos de diferenciación poblacional que caracterizan los procesos históricos de urbanización. Estos patrones producen una amplia gama de condiciones socio-espaciales (Brenner y Schmid, 2016) que dificultan la integración. Los ambientes considerados urbanos, complejos y heterogéneos, involucran elementos que reproducen inequidades y factores asociados a la TB que se traducen en la formación de distribuciones espaciales con forma de archipiélagos. Estos conjuntos conformados por la población, afectada directa o indirectamente por la TB, forma un mapa de islas dispersas y fragmentadas que son parte de una dinámica de reproducción de la región urbana en términos generales:

"Puede llamarse ciudad-archipiélago a esta forma urbana, porque no es el mero resultado del crecimiento de la desigualdad y la miseria, sino de un conjunto de cambio sistémicos que ha generado una lógica urbana que ya no requiere de la integración (en el mercado o en el espacio público) como forma de reproducción eficiente..."

(Gorelik, 2015:62)

Los procesos de movilidad cotidiana y distribución de los grupos sociales en el espacio urbano en conjunto con la fragmentación del sector salud refuerzan las

2. La denominación "Región Metropolitana" fue utilizada por el INDEC en el Censo del año 2001 para el área compuesta por la Ciudad de Buenos Aires y los 24 partidos del Gran Buenos Aires, también denominados en conjunto como conurbano.

condiciones de producción de desigualdades en salud. En este sentido es posible identificar a la TB como indicador de este proceso de reproducción de desigualdades socio-urbanas. Un interrogante que surge en el contexto actual es el comportamiento de la TB como evento en relación a la pandemia de COVID-19 ¿Cuál es el impacto? ¿Podemos esperar una amplificación de las desigualdades existentes previamente? En este punto un desafío es analizar los procesos no lineales de reproducción social y espacial como productores de facetas protectoras o destructivas para los grupos sociales (Rojas et al, 2008) en relación a su salud. Los conceptos de riesgo y vulnerabilidad pueden resultar en herramientas conceptuales útiles para repensar estrategias de abordaje de la TB desde los efectores de salud en el contexto de ASPO.

Del riesgo a la vulnerabilidad

En el ámbito de la salud el desarrollo de intervenciones preventivas y de protección de la salud se justifican a partir de varios elementos: uno de ellos es el del riesgo (Almeida Filho et al. 2009). Tradicionalmente definido, principalmente desde las ciencias naturales y médicas, como la probabilidad de ocurrencia de un evento pernicioso o de un daño en una población específica (Moreno, 2015). De esta forma el evento puede ser muy variable, desde un padecimiento infectocontagioso como la TB, hasta un desastre natural como una inundación. Sin embargo, frente a esta variabilidad, la aproximación probabilística y operacional del riesgo conlleva a una lógica pragmática que señala la necesidad de intervenciones y la evaluación de las mismas.

En el campo de la epidemiología y la salud pública, el riesgo como objeto de estudio ha dado lugar al desarrollo de pseudo predictores (Almeida Filho et al. 2009): los factores de riesgo. Estos actúan como sinónimos de la peligrosidad y tienen el efecto de provocar una homogenización de la particularidad de los procesos históricos que determinan la probabilidad de ocurrencia de un evento en una población y un espacio específico. En esta dirección la cuantificación y la construcción de indicadores es uno de los procedimientos técnicos más usuales en el control y vigilancia de los problemas de salud en las poblaciones. Un ejemplo concreto está en la construcción de tasas de eventos o padecimientos que implican necesariamente una representación del riesgo de una jurisdicción gubernamental y al mismo tiempo una homogenización de las características de las pobla-

ciones y los espacios. Realizar la construcción de tasas de prevalencia o incidencia de un evento en un espacio/población específica permite la comparación, pero invisibiliza otros elementos que caracterizan a los colectivos sociales y los espacios que estos ocupan.

Desde otro campo, desde las Ciencias Sociales, se ha identificado el proceso histórico de construcción social del riesgo y el análisis del mismo desde una escala más amplia y macro. En primer lugar, el riesgo se observa en conjunto con una serie de transformaciones sociales que caracterizan la llamada “sociedad del riesgo” (Beck, 2000). Se trata de una serie de cambios en las sociedades que conforman una *moralidad matematizada*. Este tipo de concepción probabilística, a partir del desarrollo de nuevos conocimientos técnico-científicos, permite cuantificar el riesgo como la potencialidad de que suceda algún evento o sus consecuencias perjudiciales en el futuro.

En paralelo a estas herramientas científico técnicas, que han alcanzado masividad en la actualidad, desde este marco conceptual también se analizan los eventos y no solo las herramientas de medición. Estos eventos, catástrofes, problemáticas de salud poblacional no son el resultado de una fatalidad sino más bien resultado de un modo de producción y distribución de riesgos. De esta forma es posible visibilizar una serie de elementos que los análisis del riesgo cuantitativos invisibilizan. Esta perspectiva macro complementa las perspectivas tradicionales del riesgo en tanto lo considera una “manufactura”: un objeto producido técnicamente y atravesado por los desarrollos científicos-técnicos que responden a las necesidades e intereses de actores sociales específicos (Ríos y Natenzon, 2016). No existe el riesgo como realidad separada de las definiciones y percepciones culturalmente consideradas aceptables. En este sentido la aceptabilidad del riesgo en un contexto específico da cuenta de la percepción de las condiciones potencialmente inseguras por parte de los actores sociales (Natenzon, 2015). El riesgo no está solo en las tasas de ocurrencia de los eventos o en el cálculo de las probabilidades, hay una serie de elementos supuestos en la (in)aceptabilidad del mismo. Independientemente de la cantidad de casos o de la tasa de notificación de un evento, no existe riesgo sin una percepción histórica-social-cultural del mismo como (in)tolerable. En el caso de los problemas de salud de las poblaciones, como la TB o el COVID-19, este marco nos permite interrogarnos: ¿Qué es lo que hace que se considere un problema urgente?

Como desarrollo de este marco conceptual, podemos identificar cuatro componentes que permiten una aproximación operativa al análisis del riesgo en el caso de la TB (Natenzon, 2015). Como primer punto la peligrosidad, considerada como un componente del riesgo, tiene que ver con los procesos causales desencadenantes del evento. Un ejemplo se desprende en la comparación de agentes patógenos que desencadenan eventos ¿Qué tan peligrosa es el *mycobacterium tuberculosis* frente a otros agentes patógenos como por ejemplo SARS-CoV-2? Estos elementos forman parte de los procesos causales que desencadenan el evento, pero no son los únicos.

Un segundo componente del riesgo es el de exposición (Natenzon, 2015). Este entrelaza los procesos físicos-naturales con las condiciones socioeconómicas en las que se encuentran los conjuntos sociales. Tanto en el caso de la TB como del COVID-19, podemos pensar la exposición no solo como el tiempo compartido en un ambiente cerrado, sino también con las condiciones habitacionales o el medio ambiente laboral que predispone a que esa exposición tenga lugar con suma frecuencia y de forma prolongada. En ese diálogo entre la naturaleza biológica y vulnerabilidad social también podemos identificar un diálogo de escalas. La mirada sobre una persona en específico permite identificar una serie de elementos, pero la mirada sobre un barrio entero o una ciudad permite observar otro tipo de variables. En el campo de la salud este diálogo está bien representado en las diferencias que conlleva la mirada clínica sobre un padecimiento y la mirada poblacional o epidemiológica del mismo.

Un tercer componente del riesgo es la incertidumbre (Natenzon, 2015) que representa aspectos que surgen del desconocimiento sobre los otros tres componentes. Este componente ha sido caracterizado como lo contrario al riesgo, cuanto más información sobre el riesgo haya menos incertidumbre. Desde esta perspectiva teórica la caracterización del riesgo viene de la mano de un avance de los conocimientos socio-técnicos en el marco del desarrollo de una racionalidad cientificista que no solamente otorgan seguridad y certezas, sino también produce una incertidumbre manufacturada como un resultado más de todo este proceso (Ríos, 2015). El campo de la política y la construcción de consensos son escenarios de incertidumbre en donde no es posible la medición o cuantificación. En este sentido podemos identificar la incertidumbre técnica como las limitaciones en el conocimiento de los riesgos de un evento

como por ejemplo el COVID-19 en donde se cuenta con evidencia limitada y la incertidumbre institucional que da cuenta de los agentes que operan, regulan y conviven en ese escenario específico.

Finalmente podemos mencionar la vulnerabilidad como cuarto componente (Natenzon, 2015). Esta nos permite incorporar una perspectiva sobre las condiciones sociales y espaciales del riesgo. La producción social implica al mismo tiempo una producción del espacio en el cual pueden identificarse las características socioeconómicas como creación histórica de un modo de producción desigual.

"...deben analizarse las formas en que nuestras sociedades producen sus espacios en los contextos históricos asociados con cada modo de producción. En el capitalismo, esa producción de espacio se caracteriza por su desarrollo desigual, cuyo principio descansa en la división del trabajo y el acceso diferencial a los recursos generados por la sociedad. Precisamente, esas determinaciones son las que gestan las condiciones de vulnerabilidad diferenciales que existen entre los distintos grupos sociales." (Ríos, 2015: 5)

La TB como problema de salud poblacional ha sido asociada históricamente con las condiciones de vida de los sectores más pobres y con los procesos de conformación de las grandes ciudades (Armus, 2007). En la actualidad esta tendencia es verificada en las grandes ciudades latinoamericanas por organismos internacionales (OPS, 2017). En común con el COVID-19 como evento de salud, se identifica un patrón marcadamente urbano, afectando principalmente a las grandes ciudades ¿En qué consiste la diferencia entre estos eventos? A pesar de que la pandemia y las condiciones de ASPO son medidas no focalizadas, cuyo objetivo es amortiguar el avance del COVID-19 también profundizan desigualdades preexistentes (Fernández, 2020).

En la descripción de estos escenarios urbanos se concibe a las grandes ciudades latinoamericanas y sus periferias, como espacios habitados por poblaciones en situación de pobreza extrema: entendida como la combinación de múltiples condiciones que facilitan la diseminación de la infección de la TB y su desarrollo. Los procesos históricos de conformación de las grandes ciudades latinoamericanas, como por ejemplo Buenos Aires y RMBA, suponen una producción de espacios, que de acuerdo a las características socioeconómicas de la población que los crea, se convierten en riesgosos. Ello se expresa de manera desigual; el riesgo que puede caracterizar

este tipo de escenarios urbanos es mayor para algunos grupos específicos que para otros. En el caso de la TB y del COVID-19, la distribución geográfica evidencia una superposición que señala la necesidad de la revisión de las estrategias de abordaje de la TB en las condiciones de ASPO. Una de las estrategias para el abordaje de la TB más difundidas es el Tratamiento Directamente Observado (Herrero et al, 2015). Independientemente de la evaluación de la efectividad de este tipo de estrategia, el contexto actual presenta serias restricciones en la movilidad urbana por las condiciones de ASPO. La interrelación entre el contexto de la pandemia y las condiciones de desigualdad socio-urbana preexistente puede encontrar en la TB un indicador interesante para visibilizar la necesidad de nuevas estrategias de intervención sanitaria.

Desarrollos conceptuales de la vulnerabilidad

La segunda herramienta conceptual que nos proponemos desarrollar es el concepto de vulnerabilidad, presentada anteriormente como uno de los componentes del riesgo. Este concepto presenta desarrollos que tienen discrepancias y puntos en común. En líneas generales, tienen en común el intento de superar aquellas miradas estrictamente biológicas e individualizantes de los procesos de salud-enfermedad-atención-cuidado. En el campo de la salud se propuso como elemento para superar las miradas centradas en los grupos y factores de riesgo (Carmo & Guizardi, 2018).

En esta línea de desarrollos un punto a rescatar es la consideración de la “vulnerabilidad social” (González, 2009). Concepto desarrollado en el contexto del crecimiento de las consecuencias no deseadas de la globalización y la desigualdad estructural, intentan repensar la pobreza en las sociedades del llamado tercer mundo. En contextos de fuerte deterioro del tejido social, crisis económica y reforma del Estado estos desarrollos conceptuales pretenden construir interpretaciones multidimensionales e integradoras de la pobreza en América Latina (González, 2009). Estas perspectivas conceptuales aportan elementos para repensar el abordaje de la problemática de la TB, en el contexto de ASPO, desde los equipos de salud en contextos urbanos.

Frente a aquellas interpretaciones que consideran a la vulnerabilidad social como fragilidad se ha señalado, en primer lugar, una tendencia a la individualización de

las fuentes de la desigualdad y, en segundo, una focalización en las intervenciones posibles (González, 2009). Este tipo de perspectivas producen miradas fragmentadas como efecto de la consideración de estos elementos como variables separadas una de la otra. Este efecto dificulta la incorporación de perspectivas que se propongan recuperar una mirada integral y que permita considerar la capacidad para soportar el impacto por parte de los grupos sociales y poblaciones (Rojas, 2004). Esta dimensión permite comprender el impacto en los diferentes grupos sociales expuestos a la TB y al COVID-19.

Un desarrollo relevante en esta línea es la perspectiva de los “activos sociales” (González, 2009) que centra la mirada en los recursos como eje explicativo de la reproducción de la pobreza. A partir de la consideración de diversos activos (vivienda, redes sociales, educación, situación laboral, etc.) y capacidades se conforma la “estructura de oportunidades”. Esta permite identificar como los hogares, las familias o los grupos sociales acceden a la posesión de recursos para el aprovechamiento de oportunidades que brinda el medio socio-económico por el que transitan. Este tipo de miradas subrayan la importancia de la comprensión de las condiciones de vida desde una escala micro, la agencia y la movilidad de las clases bajas o medias urbanas por sobre aquellos marcos que señalan a la pobreza como estado o condición estática. Las condiciones de ASPO impactan de manera diferencial y a lo largo del tiempo en los distintos sectores sociales de la RMBA. En esta dirección, dentro del mismo marco, el concepto de “configuraciones vulnerables” (González, 2009) permite observar la dinámica ascendente o descendente de la movilidad social de grupos sociales particulares desde una perspectiva compleja que rescata las especificidades de cada conjunto social. El centro de estas interpretaciones reside en identificar las particularidades de las estrategias en la búsqueda del bienestar social a partir del aprovechamiento de oportunidades que se presentan en el mercado, por el Estado y/o en la comunidad frente a las condiciones de ASPO en el marco de la actual pandemia.

Otras líneas de desarrollos, en una escala de observación más amplia, se centran en la “vulnerabilidad socio demográfica” (González, 2009) que identifica rasgos socio demográficos que podrían generar dificultades y reducir opciones para la adquisición y manejo de activos. Este tipo de desarrollos permiten una mirada geográficamente mayor a la de los hogares y permite correlacionar los componentes de las estructuras de oportunidades con procesos macro como la transición demográfica,

los procesos de urbanización, las migraciones y el envejecimiento poblacional. En esta línea se han desarrollado herramientas para la medición de la vulnerabilidad social utilizando datos demográficos y sanitarios. Este tipo de desarrollos permiten trabajar con muestras más grandes y utilizar herramientas estadísticas.

Sin embargo, es interesante visibilizar la integración de perspectivas que se desprenden de distintas escalas de observación. En esta dirección, otro desarrollo conceptual es el de la "vulnerabilidad global" (Rojas et al, 2008) que implica realizar una síntesis comprensiva de las múltiples dimensiones involucradas en las susceptibilidades de las poblaciones al daño a la salud y al cuidado. En este marco se identifican distintos elementos: la exposición a riesgos específicos, la caracterización de la fragilidad como incapacidad de enfrentarlos y la resiliencia como la capacidad de adaptación activa a la nueva situación por parte de los conjuntos sociales. Estos componentes aportan elementos para describir las particularidades de las estrategias de los conjuntos sociales frente a situaciones adversas como las que trae la pandemia. También permiten observar cómo se produce el cuidado que implica una persona infectada con TB y/o COVID-19 dentro del entorno significativo en interrelación con la dimensión estructural y macro socio-demográfica.

En líneas generales, a partir de estos desarrollos conceptuales, podemos considerar que las vulnerabilidades en plural no implican solamente la situación de pobreza como carencia de recursos materiales necesarios, sino también implica la falta de capacidad y organización necesaria para acceder a bienes y servicios básicos. De la misma forma, puede pensarse las vulnerabilidades como situaciones de vulneración de derechos y de construcción de demandas de distintos órdenes a partir de la participación popular.

Este gran enfoque conceptual, con sus grandes matices y contradicciones, se propone comprender la dimensión multifacética y los procesos causales que tienen lugar a partir de ciclos de cambio estructural de los eventos socioeconómicos traumáticos (Pizarro, 2001). La intensidad de los daños y la capacidad de recuperación de los conjuntos sociales son consecuencias de procesos económicos, demográficos y políticos que se traducen en estrategias y prácticas locales que pueden reconocerse desde los efectores de salud desde intervenciones locales. La mirada hacia la integralidad de los sujetos que se encuentran en situación de susceptibilidad a riesgos, sus

vivencias en contextos de desigualdad e injusticia social y de escaso acceso a derechos, es un aporte innegable de estos desarrollos conceptuales (Carmo & Guizardi, 2018).

El contexto de ASPO pone a prueba nuestras herramientas analíticas para el análisis y observación de padecimientos como la TB identificados históricamente como padecimientos de la pobreza (Armus, 2007). La combinación de los acelerados procesos de urbanización y crecimiento poblacional, como los efectos de los planes de ajuste económico estructural no son ajenos a la amplificación de la vulnerabilidad de determinados grupos sociales que cobran visibilidad en contextos de emergencia sanitaria.

El concepto de vulnerabilidad evidencia un esfuerzo de construcción conceptual que se encuentra en proceso de discusión y conformación, teniendo en cuenta la multiplicidad de factores y la integralidad de los sujetos que demandan desde distintos órdenes a partir de las vivencias en contextos de desigualdades e injusticia social (Carmo & Guizardi, 2018), que no está cerrado. Las distintas escalas en que observamos a las poblaciones y conjuntos sociales permiten identificar diferentes procesos poblacionales y locales en relación a las vulnerabilidades, la complementariedad de miradas es todo un desafío en tanto, así como una escala visibiliza algunos elementos, también oscurece otros. La importancia de ello reside en que las perspectivas que tengamos sobre la vulnerabilidad como proceso, condicionan las intervenciones que podamos desarrollar en territorio.

Estrategias y prácticas

Desde el desarrollo de un tratamiento efectivo a mediados del siglo XX, la mortalidad por la TB en la actualidad deja de ser considerada como un efecto del desarrollo de la enfermedad y pasa a ser un reflejo de la eficacia y efectividad de la implementación del tratamiento (Herrero y Carbonetti, 2013). En el contexto de ASPO se identifican una serie de obstáculos que ponen en jaque a algunas estrategias, como por ejemplo el tratamiento directamente observado ¿Cómo es posible realizar un diagnóstico temprano y el seguimiento de los casos en el contexto actual de ASPO? ¿Qué lecciones aprendidas nos deja la pandemia? Intentaremos discutir reflexivamente estos interrogantes a la luz de la experiencia de trabajo de un equipo de salud de un Hospital General de Agudos de la CABA.

La adherencia a los tratamientos antituberculosos ha sido problematizada, desde el Trabajo Social como disciplina, y se ha criticado aquellas definiciones que se limitan al objetivo de que el paciente siga simplemente las indicaciones médicas que recibe (Vera, 2019). En esta dirección se han desarrollado otras dimensiones importantes considerando la adherencia como la resultante de un proceso de construcción que involucra múltiples factores y al mismo tiempo implica la garantía del derecho a la salud. En esta línea se han identificado elementos que conforman el vínculo entre el equipo de salud y los grupos sociales afectados por la TB en el camino de llevar adelante un plan de cuidado, como un proceso dinámico atravesado por ajustes a lo largo del tiempo. El grado en que resulta posible adherir o no, por parte de las personas afectadas por la TB, se vincula con la forma en que adquiere el vínculo que se establece con el equipo de salud (Domínguez, 2012).

En el contexto de ASPO la construcción de adherencia se ha convertido en todo un desafío y campo de innovación en relación al aislamiento. El mantenimiento de los vínculos entre los equipos de salud y la población usuaria se encuentra obstaculizado ¿Qué efecto tiene en estos vínculos el uso de nuevas tecnologías de la comunicación e información? Un ejemplo que identificamos residen en las tareas de seguimiento activo y acompañamiento telefónico a personas que se encuentran en un contexto de aislamiento por la sospecha de COVID-19 que se han generalizado en los equipos de salud. ¿Es posible implementar esas herramientas de seguimiento activo para la TB u otros padecimientos? Un obstáculo en esta dirección es la llamada brecha digital. En este marco el acceso a internet puede leerse también como un elemento más de las condiciones de segregación urbana y falta de acceso a servicios de salud por parte de la población afectada por la TB. A pesar de ello muchas de las actividades presenciales se han virtualizado al menos en parte, y mucho de lo que se consideraba futurista se ha vuelto cotidiano en relación al uso de nuevas tecnologías de la comunicación en el sector salud.

Una de las funciones del Trabajo Social, como especialidad dentro del equipo de salud, ha sido considerada como la de favorecer la adherencia y la accesibilidad a los servicios de salud por parte de las personas afectadas con TB (González y Angueira, 2017). El concepto de “accesibilidad” permite incorporar una mirada relacional sobre los vínculos entre los servicios de salud y la población usuaria de los mismos (Comes et al, 2006). Este concepto se define como las relaciones entre los

sujetos y los servicios de salud, vínculos que surgen de una combinatoria entre las condiciones y discursos de los servicios, y las condiciones y representaciones de los sujetos. Los vínculos son históricamente situados y localmente construidos, en este sentido los equipos y efectores de salud presentan particularidades específicas que impactan en la atención y el cuidado a la salud. Las modalidades que toman estos vínculos se manifiestan en la forma particular que adquiere la utilización efectiva de los servicios de salud. Teniendo en cuenta esta vincularidad es posible comprender las trayectorias que realizan las personas en busca de servicios de salud. En esta dirección no es la proximidad geográfica la única dimensión a observar para definir la distancia entre servicios de salud y su población ¿Cómo pueden intervenir las nuevas tecnologías de comunicación en esa distancia? La actual pandemia ha colocado en primer plano la necesidad de acceso a internet y a los servicios de comunicación para garantizar el seguimiento de los casos. Se han conformado equipos para realizar este seguimiento y la producción de materiales para su circulación por redes sociales con pautas de cuidado y primeros síntomas en relación a la pandemia ¿Podría replicarse en relación otros padecimientos?

En el caso de la TB, los vínculos impactan directamente en el acceso al diagnóstico temprano teniendo presente la carga simbólica que conlleva el diagnóstico y que condiciona su aceptación por parte de las personas afectadas. Este último punto se identifica como obstáculo para la adherencia: el estigma que conlleva la TB. La estigmatización de las personas que padecen TB resulta una barrera para la aceptación del diagnóstico y por ende para la adherencia al tratamiento (González y Angueira, 2017). Las representaciones sociales de la llamada “enfermedad de la pobreza” también dificultan comunicar la situación a familiares, convivientes o personas del entorno significativo y realizar las acciones preventivas necesarias como los estudios de foco. En esta dirección el abordaje del entorno significativo como unidad del plan de cuidado resulta más efectivo que considerar a la persona afectada por la TB individualmente. En el contexto de la pandemia las acciones desarrolladas en el marco de la vigilancia epidemiológica han desarrollado rápidamente una capacidad en los equipos de salud para la determinación de necesidades de aislamiento preventivo. Un ejemplo de ello está en el abordaje, seguimiento y realización de los estudios de foco por teléfono de los casos de COVID-19 y sus contactos. En este punto la similitud con el catastro o control de foco de la TB es muy llamativa.

Otro punto que puede señalarse de la coyuntura que impuso la pandemia, reside en el hecho de que suponer la necesidad de un hotel para el aislamiento preventivo, significa al mismo tiempo el reconocimiento de la vivienda precaria o la existencia de condiciones de hacinamiento. Estas condiciones están directamente vinculadas a la TB como problema de salud, al igual que la condición laboral o la distancia desde la vivienda al efector de salud (Vera, 2019). En esta dirección, desde una perspectiva individualista sobre la TB, se corre el riesgo de culpabilizar a las personas enfermas por su situación y por la posibilidad de contagio a su entorno. Sin embargo, en el contexto actual de ASPO, resulta más difícil negar las condiciones sociales que determinan la infección de COVID-19. A partir de este punto, lo que cobra mayor visibilidad son las dificultades materiales para la adherencia a un tratamiento. Este punto ha sido un claro obstáculo para intervenciones exitosas en el caso del tratamiento directamente observado de la TB. El reconocimiento de los costos directos y "sociales" (Cusmano et al, 2009) permite repensar el proceso de construcción del plan de cuidado teniendo en cuenta el impacto económico directo e indirecto de la TB en los hogares ¿Cómo realizar el seguimiento de los casos evitando la generación de mayores costos? ¿Cuáles son las estrategias comunitarias exitosas para reducirlos? En este sentido la identificación de comedores u ollas populares permite identificar organizaciones en el territorio que posibiliten un seguimiento más estrecho de las personas que padecen la TB y que se encuentran en extrema vulnerabilidad.

En relación a la distancia y el transporte a los efectores de salud por parte de las personas afectadas podemos subrayar dos elementos. Por un lado, el costo del transporte: en tiempo y/o dinero. Este elemento es reconocido como un fuerte condicionante en términos de la accesibilidad geográfica (Comes *et al*, 2006). Algunas estrategias de abordaje consideran al subsidio o amparo económico como herramienta para favorecer la adherencia al tratamiento (Chirico et al, 2018), por ende, en la misma dirección podría pensarse un subsidio para el transporte como política pública. Facilitar el acceso al transporte puede resultar una estrategia que fortalezca la adherencia. Sin embargo, toda estrategia debe leerse desde una perspectiva situacional que incorpore elementos que conforman el territorio (Clemente, 2016). Frente a esta realidad una posible estrategia alternativa es la articulación con los efectores de salud más próximos a las viviendas de las personas afectadas. De esta forma el costo del transporte podría evitarse y la movi-

lidad reducirse, como de hecho ha sucedido en el contexto de ASPO. El despliegue de relaciones interinstitucionales e inter-jurisdiccionales a partir de la pandemia, que incluyan sobre todo al primer nivel de atención, se presenta como un eje para la construcción de referencialidad entre las personas afectadas y los equipos de salud. Los equipos de salud han logrado mayores niveles de articulación entre jurisdicciones y efectores de salud dentro de las mismas en el contexto actual ¿Cómo utilizar este tipo de articulaciones para el abordaje de la TB a nivel regional?

Sin embargo, un obstáculo a observar recuperando la idea de accesibilidad como vínculo de construcción de confianza y referencia, está en el por qué algunas personas prefieren trasladarse largas distancias para ser atendidas lejos de sus hogares. En esta dirección la derivación a otros efectores de salud más cercanos a las viviendas, lejos de ser una actividad meramente administrativa, debe ir acompañada de la construcción de esa referencia poniendo el foco en los vínculos con los pacientes y sus familias por parte de los equipos de salud. La construcción de vínculos entre equipos de salud es un paso previo a la derivación. Considerando el estigma que conlleva la TB y las vulnerabilidades en plural, este proceso es todo un desafío de armado y sostenimiento de redes de cuidado en el marco de las condiciones de ASPO. Además, una particularidad que complejiza esta dimensión en el caso de la TB, es la necesidad de realizar diferentes estudios (radiografías, de laboratorio, etc.) a las personas afectadas según criterio clínico. Este tipo de prestaciones no están disponibles en general en un primer nivel de atención (centro de salud) y, por ende, en paralelo al transporte como un costo indirecto, es necesario estrategias para la articulación entre equipos de salud hospitalarios y de primer nivel de atención. Esta particularidad no es distinta en el caso del COVID-19, en donde actualmente en el seguimiento de un caso intervienen distintos equipos en paralelo.

Finalmente, otro obstáculo que reconocemos en el tratamiento de la TB, tiene que ver con la identificación de la multirresistencia a algunas de las drogas de primera línea. La gestión de la medicación y el monitoreo de los efectos adversos (RAFAS) también se presentan como ejes problemáticos en relación a la construcción de la adherencia. La vigilancia epidemiológica de los casos de TB presenta diferencias importantes con la vigilancia de los tratamientos y el seguimiento activo de los mismos. El diseño de herramientas y vínculos que faciliten este seguimiento activo, que implican la notificación de los

eventos, el acceso a los resultados de los estudios diagnósticos en formato digital, el dialogo entre equipos de salud entre niveles de atención y jurisdicciones, la utilización de redes y organizaciones comunitarias para la difusión de prácticas de cuidado como el uso y fabricación de barbijos, pueden ser parte de las lecciones aprendidas que nos deja la pandemia. El abordaje de la TB como problema de salud colectiva no puede realizarse exclusivamente como una intervención farmacológica y exclusivamente médica. Teniendo en cuenta la vulnerabilidad de la población que la padece, resulta necesarias articulaciones que se propongan como horizonte el abordaje integral. El contexto actual se nos presenta como un fuerte desafío y al mismo tiempo como oportunidad para capitalizar las estrategias utilizadas para la pandemia de COVID-19 en el caso de la TB.

Reflexiones finales

El presente escrito se propuso realizar reflexiones teóricas sobre la problemática de la TB en el contexto de la pandemia de COVID-19. En este sentido visibilizar las inequidades sanitarias en el RNMA, nos permite identificar un área de influencia de un Hospital General de Agudos de la Ciudad de Buenos Aires, como un espacio que atraviesa límites jurisdiccionales porosos.

Partiendo de considerar a las personas afectadas como sujetos de derecho, y teniendo presente el rol del Estado en la garantía del derecho a la salud, nos propusimos revisar algunas herramientas conceptuales (riesgo y vulnerabilidad) que nos permitan repensar las estrategias de abordaje. A partir de la revisión de “riesgo” como herramienta conceptual nos propusimos recuperar ele-

mentos que nos permitieran complejizar nuestra mirada sobre la TB y el COVID-19 en grandes ciudades caracterizados por la reproducción de desigualdades socio-espaciales (Gorelik, 2015). Como paso siguiente abordamos algunos desarrollos de la categoría de “vulnerabilidad”, con sus matices y contrastes, recuperando distintas escalas en el análisis de la complejidad del fenómeno. En este sentido las definiciones adoptadas, condicionan la planificación de las intervenciones a realizar.

La TB se presenta como fuerte desafío para la construcción de estrategias de abordaje efectivas que permitan superar la mirada individualista sobre los padecimientos de los grupos sociales más vulnerables. El reconocimiento de obstáculos y barreras para el acceso a los servicios de salud puede ser un camino que permita alcanzar un horizonte de integralidad. Se presenta el desafío de la construcción de respuestas institucionales en pos de efectivizar la garantía del derecho a la salud, sin embargo, resultan necesarias políticas públicas que garanticen recursos más allá de los medicamentos e intervenciones médicas.

La pandemia de COVID-19 y las condiciones de ASPO han modificado fuertemente las condiciones de vida de la población y los modelos de atención de los servicios de salud. Al mismo tiempo resultan una oportunidad para identificar determinantes sociales como vivienda, transporte, trabajo, etc. Sin embargo, además del fuerte impacto de la pandemia, estamos frente a la oportunidad histórica de poder capitalizar lecciones aprendidas frente al COVID-19 que nos permitan dar respuesta a otros padecimientos como la TB e implementar políticas públicas que den respuesta a las inequidades sanitarias y sociales pre-existentes a la pandemia.

Bibliografía

- Almeida Filho, N., Castiel, L.D. y Ayres, J.R. (2009) "Riesgo: concepto básico de la epidemiología". Revista Salud Colectiva, vol. 5, núm. 3, septiembre-diciembre, p. 323-344.
- Armus, D. (2007) "La ciudad impura: salud, tuberculosis y cultura en Buenos Aires, 1870-1950". Edhasa, Buenos Aires.
- Beck, U. (2000) "Retorno a la teoría de la "sociedad del riesgo". Boletín de la AGE N° 30, pág. 9-20.
- Brenner, N. y Schmid, C. (2016) "La "era urbana" en debate". EURE (Santiago), 42(127), 307-339. Disponible en: https://scielo.conicyt.cl/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0250-71612016000300013
- Butrón, M.B., Collado I. y Palma M. (2015) "Higienismo, prevención de la tuberculosis y surgimiento del Trabajo Social en Capital Federal (1920-1940)". Revista Debate Público. Reflexión de Trabajo Social. Año 5 (10). Disponible en: http://trabajosocial.sociales.uba.ar/wp-content/uploads/sites/13/2016/03/19_Butron.pdf
- Carmo, M E do; Guizardi, F L. (2018). *O conceito de vulnerabilidade e seus sentidos para as políticas públicas de saúde e assistência social*. Cader- nos de Saúde Pública, 34(3), e00101417. Epub March 26, 2018. <https://doi.org/10.1590/0102-311x00101417>
- Chiara, M. (2018) "La salud gobernada. Política sanitaria en la Argentina 2001-2011". Ediciones UNGS. Los Polvorines. Buenos Aires.
- Chirico, C., Iannizzotto, A., Telles, H., Valiante, J., Roja, S. y Etchevarria, M. (2018) "El amparo económico para mejorar el tratamiento de la tuberculosis". Salud(i)Ciencia N° 23. p. 219-227. Disponible en: <https://www.siicsalud.com/dato/sic/233/159135.pdf>
- Clemente, A. (2016) "La pobreza persistente como un fenómeno situado. Notas para un abordaje". Revista de Políticas Públicas. Año 6 N° 10 (En-Jun 2016). [citado 05 de marzo de 2020]. Disponible en: <https://studylib.es/doc/4461268/la-pobreza-persistente-como-un-fen%C3%B3meno-situado-notas-pa...>
- Comes, Y., Solitario, R., Garbus, P., Mauro, M., Czerniecki, S., Vázquez, A., Sotelo, R., Stolkner, A. (2006) "El concepto de accesibilidad: la perspectiva relacional entre población y servicios". Anu. investig. [online], vol.14. p. 201-209. [citado 05 de marzo de 2020]. Disponible en: http://www.scielo.org.ar/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S185116862007000100019&lng=es&nrm=iso
- Comes, Y. y Stolkner, A. (2005) "Si pudiera pagaría": Estudio sobre la accesibilidad simbólica de las mujeres usuarias pobres del AMBA a los servicios asistenciales estatales." Anuario de Investigaciones [Inter- net]. 2005;XII():137-143. Recuperado de: <https://www.redalyc.org/articulo.oa?id=369139941013>><http://portal.amelica.org/ameli/jatsRepo/369139941013/a><
- Cusmano, L.G., Morua, S., Logran, M., Pereyra, A.L. y Palermo, D.J. (2009) "Estudio de los costos intangibles y de la participación del componente familiar en el costo social de la Tuberculosis". Revista Argentina de Salud Pública. Vol. 1- N°1.
- Domínguez, C. (2012) "Construcción de la Adherencia. Estrategias de intervención desde el Trabajo Social con personas en tratamiento para tuberculosis". Margen: Revista de trabajo social y ciencias sociales, N°. 67, 2012. Disponible en: <https://dialnet.unirioja.es/ejemplar/319364>
- Fernández, L. (2020) "La ecología en el Gran Buenos Aires en tiempos de pandemia." En: La gestión de la crisis en el Conurbano Bonaerense. [Internet]. [citado 03 de Octubre de 2020]. SERIE ESPECIAL COVID-19. Observatorio del Conurbano. UNGS.
- Fundación Soberanía Sanitaria (2019) "La desigualdad de los casos de tuberculosis en la Ciudad Autónoma de Buenos Aires". [Internet]. [citado 05 de marzo de 2020]. Disponible en: <http://frenteciudadanoporlasalud.com/informe-fss-no-57-la-desigualdad-en-los-casos-detuberculosis-en-la-ciudad-autonoma-de-buenos-aires/>
- González, L. (2009) "Orientaciones de lectura sobre la vulnerabilidad social". En: Lecturas sobre vulnerabilidad y desigualdad social. Centro de Estudios Avanzados. Universidad Nacional de Córdoba. Ciudad de Córdoba.
- González, N.E. y Angueira, L. (2017) "Tuberculosis en niños y adolescentes: estrategias para la intervención de los trabajadores sociales". Arch. argent. pediatr ; 115(6): 391-396. Disponible en: <https://pesquisa.bvsalud.org/portal/resource/pt/biblio-1038396>
- Gorelik, A. (2015) "Ensayo introductorio. Terra incógnita. Para una comprensión del Gran Buenos Aires como Gran Buenos Aires". En Gabriel Kessler (dir.) Historia de la Provincia de Buenos Aires. El gran Buenos Aires. Tomo 6. Buenos Aires: Editorial Edhasa.
- Herrero, M.B., Greco, A., Ramos, S., Arrossi, S. (2011) "Del riesgo individual a la vulnerabilidad social: factores asociados a la no adherencia al tratamiento de tuberculosis". Revista Argentina de Salud Pública. Vol. 2 N° 8. p. 36-43.
- Herrero, M.B., Carbonetti, A. (2013). História, Ciências, Saúde – Manguinhos, Rio de Janeiro, v.20, n.2, abr.-jun. 2013, p.521-536.
- Herrero, M.B., Arrossi, S., Ramos, S., Ueleres Braga, J. (2011) "Análisis espacial del abandono del tratamiento de tuberculosis, Buenos Aires, Argentina". Revista de Saúde Pública, 49, 49. Epub August 07, 2015.<https://dx.doi.org/10.1590/S0034-8910.2015049005391>

- Landini, F., Cowes, V.G., D, Amore, E. (2014) "*Hacia un marco conceptual para repensar la accesibilidad cultural*". Cad. Saúde Pública [Internet]. Feb [05 de marzo de 2020] ; 30 (2): 231-244. Disponible en: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102311X2014000200231&lng=es
- Ministerio de Salud y Desarrollo Social (2019) "*Boletín sobre tuberculosis en la Argentina*" [Internet]. Buenos Aires; 2019. Boletín No.: 2. Disponible en: http://www.msal.gov.ar/images/stories/bes/graficos/0000001436cnt-2019-03_boletinepidemiologico_tuberculosis.pdf
- Ministerio de Salud y Desarrollo Social. "*Plan Estratégico Nacional para el control de la Tuberculosis en la Argentina. 2018-2021*". [Internet]. [citado 05 de marzo de 2020]. Disponible en: http://www.msal.gov.ar/images/stories/bes/graficos/0000001434cnt-201903-28_plan-estrategico-control-tuberculosis.pdf
- Moreno, L. (2015). "*Riesgo y políticas públicas: disputas en el proceso de urbanización de una 'villa de emergencia' en la cuenca del río Reconquista*". En: Viand, J. y F. Briones (comp.). Riesgos al Sur. Diversidad de riesgos de desastres en Argentina. Buenos Aires. p 21-34.
- Natenzon, C.E. (2015) "*Presentación*" En: *Riesgos, catástrofes y vulnerabilidades argentinos. Aportes desde la Geografía y otras ciencias sociales para casos argentinos.*" Buenos Aires, Imago Mundi, 228 p. Versión digital en: <http://pirna.com.ar/node/314>
- Organización Panamericana de la Salud (2017) "*Control de la Tuberculosis en Grandes Ciudades de Latinoamérica y el Caribe. Lecciones Aprendidas*". [citado 22 de febrero de 2019]; Disponible en: <http://iris.paho.org/xmlui/handle/123456789/33988>
- Pizarro, R. (2001) "*La vulnerabilidad social y sus desafíos: una mirada desde América Latina*". Estudios estadísticos y prospectivos. CEPAL. ONU. Santiago de Chile. ISSN 1680-8770. Disponible en: https://repositorio.cepal.org/bitstream/handle/11362/4762/S0102116_es.pdf
- Programa de las Naciones Unidas para el Desarrollo (2011) "*El sistema de salud argentino y su trayectoria de largo plazo: logros alcanzados y desafíos futuros. Buenos Aires.*"
- Ríos, D. (2015) "*Ciudad, técnicas hidráulicas y riesgo de desastres: las transformaciones recientes de la cuenca baja del río Reconquista*", en: Viand, J. y F. Briones (comp.), Riesgos al Sur. Diversidad de riesgos de desastres en Argentina, Buenos Aires: La Red/Imago Mundi Editores, 3-19.
- Ríos, D. y Natenzon, C. (2016) "*Una revisión sobre catástrofes, riesgo y ciencias sociales*". En: Natenzon, C. y D. Ríos (eds.). Riesgos, catástrofes y vulnerabilidades. Aportes desde la Geografía y otras ciencias sociales para casos argentinos. Buenos Aires: Imago Mundi, 1-27.
- Rojas, M.C. (2004) Cuaderno Urbano N° 4, pp. 145-174, Resistencia, Argentina. Recuperado en: <http://revistas.unne.edu.ar/index.php/crn/article/view/1763>
- Rojas, M.C., Meichtry, N.C., Ciuffolini, M.B., Vázquez, J.C., y Castillo, J. (2008). "*Repensando de manera holística el riesgo de la vivienda urbana precaria para la salud: un análisis desde el enfoque de la vulnerabilidad sociodemográfica*". Salud colectiva, 4(2), 187-201. Recuperado en 14 de septiembre de 2019, de http://www.scielo.org.ar/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S185182652008000200009&lng=es&tlng=es
- Rossen, M. (2011) "*El uso de los hospitales públicos de la Ciudad Autónoma de Buenos Aires: un análisis desde la perspectiva metropolitana*" En: Salud en las metrópolis. Desafío en el conurbano bonaerense. Universidad Nacional de General Sarmiento. Buenos Aires: Prometeo.
- Rubinstein E. (2012) "*Tratamiento de la tuberculosis: niveles, barreras y facilitadores*". EvidActPractAmbul. Abr-Jun;15(2):45. Disponible en: https://www.fundacionmf.org.ar/visor-producto.php?cod_producto=3124
- Vera, V.R. (2019) "*El proceso de adherencia al tratamiento por tuberculosis: aportes desde el trabajo social*" [artículo en línea]. Conciencia Social. Revista digital de Trabajo Social. Vol. 3, Nro. 5. Carrera de Licenciatura en Trabajo Social. Facultad de Ciencias Sociales. UNC. pp. 270-284 [citado 05 de marzo de 2020]. <https://revistas.unc.edu.ar/index.php/ConCienciaSocial/article/view/26142>. ISSN 2591-5339
- World Health Organization (2018) Global Tuberculosis Report (Internet) Geneva. (Recuperado en 27/02/2019). Disponible en: <http://apps.who.int/medicinedocs/es/m/abstract/Js23553en/>

Artículos seleccionados

Reconvertirnos: un breve análisis institucional sobre el ámbito penal en tiempos de pandemia

Carolina Rabasa Rucki*

Fecha de recepción:	20 de agosto de 2020
Fecha de aceptación:	11 de noviembre de 2020
Correspondencia a:	Carolina Rabasa Rucki
Correo electrónico:	carolinarabasa@gmail.com

*. Lic. en Trabajadora Social UBA, Magistrada en Políticas Públicas y Desarrollo por FLACSO. Investigadora UBA -SENAF.

Resumen:

La institución penal tiene un vasto recorrido histórico, a través del cual ha ido modificando sus modos y formas. Sin embargo, el imaginario que la subyace se encuentra enraizado en nuestra sociedad y la representa como una entidad ajena, externa, asociada a las nociones de justicia y de derecho.

El contexto de la pandemia COVID-19, donde las instituciones han estallado y se encuentran funcionando por fuera de sus formas habituales, permite visualizar cómo la institución penal no solo no es estática, sino que tampoco es ajena ni externa. A través de entrevistas a algunas de las profesionales que la componen, es posible recuperar su experiencia y la experiencia de las/os otras/os actores activos en la misma: las personas atravesadas por el proceso penal.

Lo recuperado deja particularmente al descubierto que la institución penal es habitada y habita a las/os mismas/os, y que lejos está de la idea de derecho y justicia que la caracteriza. Da cuenta de la dinámica institucional, donde las/os agentes son tanto instituidas/os como instituyentes. Por último, permite visibilizar los aportes de la disciplina del Trabajo Social para transformar la institución penal.

Palabras clave: Institución - Penal - Derechos.

Summary

The penal institution has a vast historical journey, throughout which it has modified its ways and forms. However, the imaginary that underlies it is rooted into our society and represents it as a foreign, external entity, associated with the notions of justice and rights.

The context of the COVID-19 pandemic, where institutions have exploded and are operating outside of their usual ways, allows us to visualize how the penal institution is not only not static, but is also not foreign or external. Through interviews with some of the professionals that compose it, it is possible to recover their experience and the experience of the other agents active in it: the people who are undergoing a criminal process.

What has been recovered reveals in particular that the penal institution is inhabited and inhabits these people, and that it is far from the idea of rights that characterizes it. It accounts for the institutional dynamics, where the agents are both instituted and instituting. Finally, it allows to make visible the contributions of the discipline of Social Work to transform the penal institution.

Key words: Institution; criminal; rights.

Introducción

El presente artículo busca recuperar las experiencias institucionales que rodean y engloban al ámbito de justicia penal argentino en contexto de la pandemia COVID-19, declarada como tal el 11 de marzo del 2020 por la Organización Mundial de la Salud (OMS). En este sentido, se intentará explorar las implicancias del Aislamiento Social Preventivo y Obligatorio decretado a nivel nacional por el Poder Ejecutivo el 20 de marzo de 2020 sobre el funcionamiento de lo que aquí denominaremos a grandes rasgos la institución penal.

Esta medida detuvo casi por completo la circulación de las personas en territorio nacional. Esto significó la imposibilidad de que las/os trabajadoras/es de la institución penal accedieran a los recursos materiales de la misma, que tomaran sus puestos en las oficinas o que pudiesen acceder a la información de cada caso judi-

cializado de la forma en la que se acostumbraba. Los tiempos de la justicia penal se vieron afectados, así como también los derechos de las personas insertas en el sistema penal, como por ejemplo: su derecho a recibir visitas en los penales. En otras palabras, las formas y formalidades que conformaban la institución se vieron obturadas.

Para recuperar las mencionadas experiencias fueron realizadas tres entrevistas a principios de agosto del corriente año, a trabajadoras sociales de diferentes organismos que componen la institución penal. Por esto último entendemos a aquellos organismos que son parte del poder judicial en su ámbito penal de forma directa, y también a aquellos organismos que orbitan a su alrededor sin estar bajo su dependencia.

En este caso, hemos tomado la decisión junto a las entrevistadas de mantener sus nombres y áreas específicas

en anonimato, pero daremos a conocer los organismos bajo los cuales desarrollan sus actividades: la Dirección de Control y Asistencia de Ejecución Penal (DCAEP) dependiente del Consejo de la Magistratura de CABA (Entrevistada 1), la Procuración Penitenciaria de la Nación (Entrevistada 2) y el Ministerio Público de la Defensa (Entrevistada 3).

Comenzaremos por compartir las percepciones receptoras sobre la institución penal. Seguido a ello, continuaremos por abordar las situaciones de las/os sujetos-objeto de la institución penal: aquellas/os que se encuentran atravesadas/os por un proceso penal y/o cumpliendo una condena. En tercer lugar, nos referiremos específicamente a las experiencias profesionales.

En los tres casos, se recogieron tanto las percepciones que atañen al contexto de pandemia, como aquellas que refieren a los estados de “normalidad”. Esto, con el fin de realizar un breve análisis institucional, en búsqueda de identificar lo instituido, lo instituyente y la dinámica entre ambos aspectos de la institución penal.

Institución penal y una perspectiva dinámica: lo instituido y lo instituyente

La noción de institución ha atravesado diferentes perspectivas, y ha sido definida bajo múltiples conceptos. Para los fines de este artículo, tomaremos la perspectiva de referencia que entiende a la institución como una síntesis de un momento de objetividad y un momento imaginario. En palabras de Loureau (1970), aquella perspectiva que “pone el acento en la significación simbólica de la institución, cuyo contenido exterior, objetivable, necesita para actualizarse una interiorización en momentos y lugares singulares de la vida social” (p.100). Siguiendo esta línea, entendemos entonces a las instituciones como “espacios concretos de producciones de sentido y de formas de organización” (Kaminsky, 1990 p.12).

Lejos de poder ser reducida al edificio de una cárcel o un juzgado, la institución penal es un espacio de producción y reproducción de sentidos, que mantiene ciertas formas de organización. Caracterizada por su función de impartir “justicia” para mantener el orden social, aplica penas, la más común de las cuales en el contexto argentino es la privación de la libertad. Es un “aparato para transformar a los individuos” (Foucault, 2002 p.227), disciplinando sus cuerpos y sus subjetivi-

dades. Hasta aquí, nada novedoso. Sin embargo, resulta interesante visualizar cómo esta institución se vio atravesada por el contexto de la pandemia COVID-19, la cual curiosamente restringe las libertades- al menos las de circulación y en algunos casos limitación del ejercicio laboral- de todos/as los/as ciudadanos/as. Los juzgados quedaron vacíos, los penales interrumpieron las visitas, pero la institución penal mantuvo su dinámica, su movimiento disciplinador. Tal como desarrolla Castoriadis (2013):

Una sociedad no puede existir más que si una serie de funciones se cumplen constantemente [...] pero no se reduce a esto, ni sus maneras de hacer frente a sus problemas le son dictadas de una vez por todas por su “naturaleza”; la sociedad inventa y define para sí tanto nuevos modos de responder a sus necesidades como nuevas necesidades (p. 200)

A partir de esto surge la pregunta, ¿cuáles son los nuevos modos de responder a las necesidades sociales que atañen a la institución penal? ¿A caso existen nuevas necesidades que la atraviesan? Es en este sentido en el cual pensamos el análisis institucional, al intentar captar la acción social en su dinamismo, tratando de “poner en evidencia dónde está la institución, es decir, las relaciones entre la racionalidad establecida (reglas, formas sociales, códigos) y los acontecimientos, desarrollos, movimientos sociales que se apoyan implícita o explícitamente en la racionalidad establecida y/o la cuestionan” (Lourau, 1975 p.144). Para ello, se consideró pertinente y potencialmente enriquecedor recolectar las experiencias de tres profesionales de esta institución, indagando sobre los impactos del Aislamiento Social Preventivo y Obligatorio (ASPO).

Para lograr este cometido, se intentó retomar lo instituido para intentar identificar a su interior lo instituyente. Dentro de la dinámica institucional, lo instituido se refiere a las significaciones sociales que componen las instituciones cristalizadas y lo instituyente a aquello que dinamiza las transformaciones sociales. ¿Qué es lo instituido, entonces, en la institución penal?

Con fines de responder esta pregunta, el contenido de las entrevistas se dividió en tres ejes: la perspectiva sobre la institución penal (es decir, las formas, reglas, poderes en disputa, la materialización y lo simbólico que lo constituyen como todo), la perspectiva sobre las personas bajo procesos penales y la perspectiva sobre su propio ejercicio profesional. Cabe aclarar que este

artículo entiende a los/as profesionales y a las personas bajo procesos penales como parte constitutiva de la institución penal. Sin embargo, se consideró necesario discriminar el análisis para facilitar su posterior desarrollo.

Es así como se le preguntó a las entrevistadas cuál era su perspectiva sobre la institución penal. Algunas de las respuestas fueron:

“Tengo una mirada crítica sobre la cárcel, sobre la mirada punitivista. La cárcel se creó hace 200 años como institución, no es ingenua, con un significado y un significado en la sociedad. Hoy en el siglo XXI es el mismo que hace 2 siglos atrás. Y el servicio penitenciario federal es una institución súper jerárquica, con todo el peso que tiene, es una fuerza de seguridad, que también continúa con esos mismos objetivos. Hablar de DD.HH. para el personal penitenciario es como... bueno, si, lo escuchas en el discurso... pero no es lo que sale en la práctica porque no fue la institución creada con ese fin. [...] La cárcel tiene que disciplinar el cuerpo, tiene que dejar marcas corporales. Viene a decirle al resto de la sociedad que, si está mal, te va a pasar eso. Por eso también los procesos de bienvenida del servicio penitenciario, donde se golpea a las personas que ingresan [...] lo que más se cuida no son los cuerpos, sino la propiedad privada” (Entrevistada 2).

“No hay políticas que acompañen [...] y las que hay son punitivas. El sistema en sí es punitivo. La cárcel es un lugar de encierro y castigo. No tiene ningún espacio de resocialización en el contexto que estamos. De hecho, habría que volver a pensar la idea de resocialización.” (Entrevistada 3).

“El problema está en la estructura misma, es una estructura perversa” (Entrevistada 1).

En esta estructura, la pandemia también demostró ramificaciones. Una de las entrevistadas se refirió a las estrategias institucionales para afrontar el brote de COVID-19 en los dispositivos penitenciarios: “La cárcel no se preparó en estos 5 meses. El sistema de salud del servicio penitenciario no cambió porque había pandemia. Sólo se intensificaron problemáticas.” (Entrevistada 3).

Es posible interpretar a través de estos testimonios que la perspectiva sobre la institución penal es tajante: es un símbolo de castigo, una organización dura e inflexible, que se sostiene en un discurso de derechos que en la práctica no se observa. Que representa un bien social

que ataca a sus propios integrantes, excluyéndolos, convirtiéndolos en otredad.

Las/os otras/os protagonistas

Durante las entrevistas, las profesionales expresaron repetidamente cómo los perfiles de aquellas personas insertadas en procesos judiciales penales se mantienen casi siempre - si no siempre- iguales. Allí surgió una gran categoría: la criminalización de la pobreza. Los/as sujetos etiquetados como delincuentes pertenecen a los grupos más vulnerables de la sociedad, los marginados del mercado laboral, los excluidos del sistema educativo, los que no cubren sus necesidades básicas. “El sistema penal selectiva, asocia pobres a criminales” (Entrevistada 3). “Son vidas descartables, vidas arrasadas” (Entrevistada 1).

Mucho se ha escrito sobre la noción de criminalización de la pobreza, y si bien no ahondaremos en la misma, resulta clave poder visualizarla para comprender este interjuego entre lo instituido y lo instituyente al interior de la institución penal. Tal como desarrolla Gabriela Sambor (2016) “existen procesos [sociales] que tienen la capacidad de forjar trayectorias juveniles penalizadas. Existen una serie de prácticas y de discursos sobre estos jóvenes que tienen la potencialidad de producir marcas en su subjetividad y que eventualmente los pone al alcance de instancias formales de control.” (p. 4). Sería ilógico contemplar cualquier arista de la institución a la que nos referimos sin tener en cuenta su contexto socio-histórico, económico y cultural. Este contexto instituye e interioriza sus formas poco a poco en los/as sujetos colectivizados como objeto de la institución penal, De alguna forma, los engloba y los absorbe, mientras el contexto social los margina y expulsa. Resuenan las palabras de la entrevistada “habría que volver a pensar la idea de resocialización” (Entrevistada 3).

Otra noción que surgió en relación a la población bajo proceso penal fue la de feminización de la pobreza. En este sentido, una de las entrevistadas expresó: “La mayoría de la población penitenciaria son varones menores de 35 años. En el total de la población detenida las mujeres representan entre un 2% y un 5%. [...] Ahora, de esas pocas mujeres que hay, muchas están en prisión domiciliaria. Porque a la feminización de la pobreza se le suman las cuestiones de género donde a las mujeres por ley tienen que... pueden cuidar a sus hijos. Entonces andate a tu casa. ¿Y? ¿Te va a ver un juez? ¿Te llaman?

¿Tienes un teléfono al que contactarte? Es muy difícil entender la situación, pero están en peores condiciones de los penales muchas veces. Y a eso se suma que, si la mujer en las tareas de cuidado de sus hijos no los manda a la escuela porque no puede salir, porque no tiene permiso para salir porque le suena la pulsera... incurre en un delito la mujer. Hay como una sobrecriminalización.” (Entrevistada 3).

Este es un claro ejemplo de cómo el sistema patriarcal atraviesa la configuración de la población penitenciaria y, así, a la institución penal. No hemos de detenernos en este debate que excede los límites de este artículo, pero resulta interesante recuperar desde los estudios de criminología desde perspectiva de género, cómo esta parte desde una mirada androcéntrica. Ni siquiera privadas de la libertad las mujeres escapan a sus responsabilidades de cuidado, a su lugar doméstico. A riesgo de que pueda parecer un desliz argumentativo, este punto resulta clave para el análisis de la institución penal en contexto de pandemia, donde los dispositivos penitenciarios se encuentran sobrepoblados y sin medidas sanitarias suficientes para controlar la expansión de la misma. Donde las recomendaciones de los organismos internacionales en materia de derechos humanos, como lo es la Comisión Interamericana de Derechos Humanos (CIDH), fueron las de reevaluación de casos de prisión preventiva para brindar entre otras posibles medidas la de prisión domiciliaria para población de riesgo. Esta recomendación fue secundada por el Comité Nacional para la Prevención de la Tortura (CNPT, Recomendación 05/2020). Aun así, estas medidas en su mayoría no fueron otorgadas a la población penitenciaria masculina. Se genera una asignatura pendiente de reflexionar sobre este doble sentido discursivo: aquel que se sostiene y guía en base a El Derecho y La Ley, y aquel que contiene lo simbólico de la ley de la cárcel: donde los derechos pocas veces son tenidos en cuenta. Con esto nos referimos a que hay realidades, pero también opciones. Hay posibilidades de elección y de cambio. Hay instituido, pero también hay instituyente.

¿Cuál fue, entonces, el impacto sobre las realidades de las personas recluidas en contexto de COVID-19? Una entrevistada rescata de los testimonios que recibe por parte de estos y sus familias: “dependen de sus compañeros para sobrevivir” (Entrevistada 2). Dependen de los pocos cuidados que se puedan mantener entre ellas/os mismas/os, de los lazos de solidaridad que puedan tejer para compartir. Como ya se ha mencionado, el personal se redujo en un contexto donde las cárceles están

sobrepobladas. La atención a la salud - un derecho básico- ya se presentaba con grandes carencias, y esto se vio multiplicado exponencialmente. En este sentido, una de las entrevistadas refirió: “No es que surgieron nuevos problemas, sino que todo lo que era estructural se intensificó. La problemática de salud continua persistente. No es que uno dice bueno estamos en una pandemia entonces van a tener más atención de salud. No.” (Entrevistada 2). Nada es más claro para entender esto que recordar el reclamo de las/os detenidas/os en la Cárcel de Devoto, que tomó lugar a partir del 23 de abril. Varias de las entrevistadas lo mencionaron, resaltando que al observar el petitorio circulado por las/os habitantes de esa cárcel, era claro que solicitaban elementos básicos como productos sanitizantes, reclamando a su vez la ejecución de las medidas recomendadas por la CIDH. A partir de ello, las entrevistadas mencionan la creación de una Mesa de Diálogo entre representantes del Poder Judicial y las/os reclusas/os. Este evento nos permite visualizar la potencia instituyente que poseen también estas/os últimas/os. A pesar del encierro y las limitaciones que este contexto provoca, son agentes que tienen la capacidad de movilizar la dinámica institucional.

Lo que el COVID se llevó (y lo que trajo)

Sin quitar la mirada de lo desarrollado hasta aquí, nos queda aún pendiente el tercer eje, la perspectiva sobre el ejercicio profesional de las entrevistadas. A partir de este eje, fue posible recuperar las expectativas, experiencias concretas y metas que cada profesional se planteó desde el trabajo social, y cómo estas se conjugaron y vieron impactadas por la situación de pandemia que las atraviesa personalmente y atraviesa la institución que conforman. Es allí donde se pudo visualizar, a nuestro humilde parecer, las profundas implicancias de la pandemia en la institución penal.

En primer lugar, es posible identificar la desaparición de la barrera - ficticia- entre vida laboral y vida privada. Incluso sin tener acceso a los recursos materiales- tales como las oficinas, las computadoras, los teléfonos de línea institucionales- la institución siguió su curso. ¿Cómo puede ser? Una entrevistada expresó: “todo esto [la vida laboral y la vida personal] en un contexto normal más o menos una lo lleva a delante. Pero durante la pandemia esto fue... arrasó directamente. No hay corte, no hay sábado y domingo. Como estás en tu casa siempre tienes que estar” (Entrevistada 3). Otra, comentó:

“El trabajo entró a mi casa... y de repente me encontré con mi hija diciéndome: no...estoy muy angustiada porque fulanita no tiene el medicamento. Y era una persona a la que yo estaba acompañando” (Entrevistada 1). A pesar de la imposibilidad de “acceder a la institución”, esta siguió funcionando, sin panóptico al centro del recinto que imprima vigilancia.

Se hace innegable que las instituciones son encarnadas, se corporizan en cada uno/a de sus miembros. Toman forma en esos cuerpos y a su vez, también les dan forma. Les imponen un modo de hacer, un requerimiento de saber. En términos de Basaglia (1972), las instituciones - siempre violentas- operan mediante diversos mecanismos para que las contradicciones del sistema no queden evidenciadas. La institución extiende la concesión de poder a lo que el autor denomina “las/os técnicas/os”. Estas/os, han sido previamente violentadas/os, y sus cuerpos normalizados en términos de Jacoby (2014). Si bien este autor describe cómo ocurre este proceso en el disciplinamiento de los soldados, es útil trasladarlo al presente análisis, ya que permite pensar como, por ejemplo, se consigue que, en semejantes circunstancias de imprevisibilidad e incertidumbre coyuntural, las/os trabajadoras/os continúan realizando sus tareas, e incluso aún más de las previstas:

“El trabajo no tenía horario, sobre todo al principio. De repente eran las 22:30hs. y me llamaba una persona y la tenía que atender... porque sabía que si no no la iba a encontrar más. Porque existen en la vida de todas las personas y, en este caso en la gente con arrestos domiciliarios, momentos muy delicados, de crisis, de mucha necesidad donde bueno... había que atender.” (Entrevistada 1)

” Los trabajadores pusimos mucho para que esto suceda No solo nuestra luz, nuestras computadoras, el teléfono, lo que sea. No nos dimos cuenta de que si no atendían salía el buzón con tu número de teléfono... hasta que nos dijeron que saquemos nuestros números y pongamos nuestros nombres. “(Entrevistada 2).

Los ladrillos de cada oficina, juzgado y penal se convirtieron en los de nuestras casas. Comenzó la implementación de comunicaciones por videollamadas, y de estas experiencias recuperamos lo siguiente:

“Al principio era una situación, no sé si incomoda, pero rara, esto de estar entrevistando a una persona que está en la cárcel y yo en mi casa... a mí me puso otra vez en contacto con la realidad. Un shock. Después de un tiempo de no ir a la cárcel. Otra vez escuchar ruidos de

rejas, golpes, gritos... Si bien nunca paramos, la presencia tiene otro significado” (Entrevistada 2).

Este es el segundo punto que resulta interesante destacar. El contexto de pandemia no sólo se llevó la posibilidad de estar presente, sino que obligó a explorar otras formas de estarlo.

Una de las entrevistadas refirió observar que “se fue de a poco generando nuevas estrategias para seguir sabiendo qué pasaba en la cárcel. Para eso añadimos a las guardias telefónicas hacer encuestas para la gente que llamaba, tanto personas en prisión como familiares” (Entrevistada 2). A su vez, compartió que se comenzaron a implementar las video llamadas para que las/os sujetos pudiesen comunicarse desde los penales con sus familias.

“Las video llamadas con los familiares llegaron para instalarse. El servicio penal nos ha confirmado de alguna manera que estas llamadas van a continuar, aunque se levante la restricción de las visitas. Desde el equipo de psicólogos con el que trabajamos comentaron algo que no habíamos percibido: el impacto de estas llamadas en las personas, de ver su propia casa. Con las video llamadas se pudo recuperar eso. Obvio que hay ajustar un montón de cosas. Pero si sabemos que hubo compra de más computadoras.” (Entrevistada 2).

Nos encontramos aquí con estrategias que permiten continuar con las intervenciones profesionales, que en parte suponen acciones de reproducción del orden institucional, tal como desarrolla Pastorini (2000) sobre las/os profesionales legitimados como ejecutoras/es de políticas públicas “que representan una doble lógica de consenso y coerción [...] tendiente a la desmotivación y al control social, logrando así la legitimación del Estado y del sistema político-económico” (p.79). Pero a su vez, les permite como profesionales proponer nuevas “formas de hacer” que se acerquen más hacia la perspectiva de derecho de las/os sujetos atrapados en esta institución.

Es en este sentido que es crucial remarcar el rol de la disciplina de Trabajo Social como disciplina de origen instituido, pero de gran poder instituyente. Las tres entrevistadas resaltaron la idea de aprovechar la mirada del trabajo social al interior de la institución penal, que permite “abordar problemáticas que quizás desde otras disciplinas no estaban tenidas en cuenta. Sólo se consideraba a la persona y su causa” (Entrevistada 3). Otra de las experiencias recuperadas fue: “Yo en la atención telefónica por ejemplo tengo como más apuntado el

oído. Eso creo que también tiene algo de la disciplina. Yo de un comentario te sacó toda una historia y capaz otro compañero desde otra disciplina no lo va a hacer.” (Entrevistada 2). La disciplina del Trabajo Social nos permite trabajar en red. En red teórica, retomando ideas de nuestra propia disciplina, como también de la sociología, la psicología, la economía, el derecho y muchas otras, para repensar qué pensamos y cómo diseñamos las políticas públicas necesarias para actuar sobre ello. Pero también en red de recursos. Las entrevistadas mencionaron que el contexto de pandemia fortaleció la articulación con otras instituciones, como las organizaciones de la sociedad civil, siendo esta una clásica estrategia desplegada desde la disciplina del Trabajo Social. También, han referido sobre la creciente valorización de sus aportes profesionales para la definición de las sentencias en causas penales.

El cambio es constante, y es fruto de una larga lucha histórica. Pero sin dudas, el contexto de pandemia ha dejado al descubierto las fracturas y falencias de la institución penal, dejando a su vez nuevos espacios para repensarla, despojada de sus edificios y de su organigrama.

“De un día para el otro tuvimos que re-convertirnos” (Entrevistada 3). Una de las expresiones más claras, por si no lo era aún, de que habitamos las instituciones y ellas nos habitan a nosotras/os. Lo positivo de esto, es que es en ese habitar donde puede estar la clave de su metamorfosis.

Reflexiones finales

Este artículo ha explorado un análisis institucional por demás complejo. No solo por las características de la

institución que abarca, sino porque se ha elegido tomar una perspectiva integral que no olvide su contexto histórico mientras resalta sus características de contexto coyuntural.

Se ha buscado recuperar desde la experiencia profesional de tres trabajadoras sociales, aquello que se vivencia a diario como parte de la institución. Aquello que habitan y que las habita, con el fin de hacer una aproximación hacia nuevas posibilidades instituyentes que puedan estar propiciándose bajo una situación de alto impacto en la realidad social como es la pandemia COVID-19.

Una cosa queda clara, la institución penal estalló, tal como estallaron muchas otras instituciones frente al contexto que nos atraviesa. Lejos de propiciar el cuidado de las/os excluidas/os, se profundizó su vulneración. A su vez, el peso simbólico de la institución penal que se escondía tras edificios y uniformes, se develó sobre los hombros de las y los trabajadores que mantienen su funcionamiento. Interrumpió en sus vidas cotidianas y las capturó para sí. La emergencia sanitaria también dejó al descubierto que las problemáticas de la institución no son nuevas, sino de trayectoria histórica y estructurales.

Sin embargo, gracias a esta fractura nos es posible visibilizar de forma clara la fuerza instituyente de los ejercicios profesionales que se movilizan a su interior. En una estructura cuya función sigue siendo vigilar y castigar, se abren espacios para repensar su contenido de forma crítica y consciente. Se deja en evidencia la falta de políticas públicas que efectivamente acompañen a cumplir lo que el discurso del derecho y la ley exigen. Y por sobre todas las cosas, nos anima a pensar en nuestra potencialidad como agentes instituyentes.

Bibliografía

- Basaglia, F. (1972) *La institución negada*. Barral Editores. Buenos Aires, Argentina.
- Canetti, E. (1981) *Masa y Poder*. Muchnik Editores. Barcelona, España.
- Castoriadis C. (1998) *Los dominios del hombre, Las encrucijadas del laberinto*. Gedisa Editorial, España.
- Castoriadis, C. (2013). *La institución imaginada de la sociedad*. Tusquets. Buenos Aires, Argentina.
- Foucault, M. (2002) *Vigilar y Castigar: nacimiento de la prisión*. Siglo XXI Editores. Buenos Aires, Argentina.
- Fuller, N. (2007) La perspectiva de género y la criminología: una relación prolífica. En: *Revista Tabula Rasa*. No. 8. 97-110.
- Grassi, E. (2003) *Políticas y problemas sociales en la sociedad neoliberal: La otra década infame*. Editorial Espacio. Buenos Aires, Argentina.
- Jacoby, R. (2014) *El asalto al cielo*. Editorial Mansalva. Buenos Aires, Argentina.
- Kaminsky, G. (1990) *Dispositivos Institucionales. Democracia y autoritarismo en los problemas institucionales*. Lugar Editorial. Buenos Aires, Argentina.
- Kessler, G. (2012) *Las consecuencias de la estigmatización territorial: Reflexiones a partir de un caso particular*. Espacios en blanco, Serie indagaciones, vol.22, n.1.
- Lourau, R. (1970) *El análisis institucional*. Amorrortu editores. Argentina.
- Marín, J.C. (2010) *El cuerpo, territorio del poder*. Colectivo Ediciones. Buenos Aires, Argentina.
- Pastorini, A. (2000) Las políticas sociales y el Servicio Social. ¿Instrumento de reversión o manutención de las desigualdades?. En: Montaña, C. *La naturaleza del Servicio social: un ensayo sobre su génesis, su especificidad y su reproducción*. Cortez Editora. San Pablo, Brasil.
- Sambor, G. (2016) Criminalización de la pobreza: criminalización de jóvenes de sectores populares como consecuencia de trayectorias sociales de marginación. En: *I Jornadas Nacionales de Investigación en Ciencias Sociales de la UNCUYO*. Universidad Nacional de Cuyo. Argentina.
- Svampa, M. (2005) *La sociedad excluyente: Argentina bajo el signo del neoliberalismo*. Editorial Taurus. Buenos Aires, Argentina.

Fuentes documentales

- Comite Nacional Para la Prevención de la Tortura (2020). Recomendación CNPT 05/20, Buenos Aires, Argentina. Recuperado de: <https://www.mpf.gob.ar/procuvin/files/2020/04/07-04-Comit%C3%A9-Nacional-Prevenci%C3%B3n-Tortura.pdf> Consulta 16 de Agosto de 2020.

Artículos seleccionados

Parque Sanitario Tecnópolis: aportes desde el Trabajo Social para un acompañamiento integral en tiempos de pandemia

**Aníbal Acerbo^a, Marisa Ramírez^b, Marcela Rojas^c,
Sebastián di Pasquale^d, Diego Barone^e, Nadia Cordoba^f,
Facundo Camps^g, Aldana Carrizo^h y Lidia Campagnucciⁱ**

Fecha de recepción:	19 de septiembre de 2020
Fecha de aceptación:	26 de octubre de 2020
Correspondencia a:	Aníbal Acerbo
Correo electrónico:	anibalemilioacerbo@gmail.com

- a. Lic. en Trabajo Social Facultad de Ciencias Sociales, UBA. Docente de la carrera de Trabajo Social de la UBA, materia "Intervenciones en hábitat y vivienda"
- b. Lic. en Trabajo Social Facultad de Ciencias Sociales, UBA.
- c. Lic. en Servicio Social. Universidad de Morón.
- d. Lic. en Trabajo Social Facultad de Ciencias Sociales, UBA.
- e. Tco. Sup. en Trabajo Social. Instituto Superior Fausta Inmaculada Concepción, San Francisco, Córdoba.
- f. Lic. En Trabajo Social. Universidad Nacional de Moreno.
- g. Tco. Sup. en Trabajo Social. Instituto Superior de Ciencias Humanas y Sociales.
- h. Estudiante de la Lic. en Trabajo Social. Facultad de Ciencias Sociales, UBA.
- i. Lic. en Trabajo Social. Facultad de Ciencias Sociales, UBA.

Resumen:

En el marco de la pandemia se ha constituido el Parque Sanitario Tecnópolis, el mismo es parte de las políticas públicas que se despliegan para enfrentar el COVID-19. Tiene como objetivo poder acoger a aquellas personas contagiadas que no disponen de las condiciones necesarias para cumplir el aislamiento en sus lugares de albergue y de esta manera evitar el contagio de otras/os. Si bien la dirección está bajo la órbita del Ministerio de Salud de la Provincia de Buenos Aires, se incorporó al dispositivo una fuerte mirada social en pos de abordar la complejidad e integralidad de los destinatarios a asistir que rompe en cierto punto con una mirada hegemónica centrada en lo biológico instalada en algunas instituciones sanitarias. De esta manera se han incorporado Trabajadoras/es Sociales en diferentes roles del dispositivo, participando en distintos espacios interdisciplinarios junto a médicas/os, enfermeras/os y psicólogas/os. El presente artículo narra las características de este centro de aislamiento, describe los aportes que desde la disciplina del Trabajo Social se han realizado, cuenta alguna de las intervenciones desplegadas, enumera ciertos desafíos que se afrontan desde la política pública para enfrentar la pandemia y por último da cuenta de algunas reflexiones preliminares en torno al aporte que se puede hacer desde el colectivo del Trabajo Social al funcionamiento del Parque Sanitario y desde ahí a diferentes instituciones y procesos que buscan intervenir sobre la problemática de salud.

Palabras clave: Parque Sanitario - Tecnópolis - Trabajo Social.

Summary

Tecnópolis health complex was created during the COVID-19 pandemic as part of the public policies in Argentina. It is aimed at assisting those who have been infected with the virus and are not able to remain isolated from their families at home. By staying in the health complex, the patients avoid spreading the virus to others.

Although the place runs directly under the direction of the Health Ministry of the Province of Buenos Aires, there is a strong social approach as opposed to the medical perspective. This is why many social workers are working in different roles together with doctors, nurses and psychologists.

This article describes the characteristics of the health complex, the input provided from the social work discipline and the different professional interventions. It also lists some challenges faced by the public policies when confronting the pandemic. Finally, it shows some preliminary reflections on the contributions made by social workers to Tecnópolis Health Complex as well as other institutions and processes to intervene in the public health dilemma.

Key words: Health Complex; Tecnopolis; Social Worker.

Introducción

El contexto sanitario que atraviesan los distintos países del mundo y en especial nuestro país ha puesto en un proceso de interpelación constante la realidad como la conocíamos antes de la pandemia, la “nueva normalidad” nos invita a repensar nuestras prácticas profesionales y cotidianas. El eje central está puesto en la Salud. La realidad pone de manifiesto la urgencia de pensar el proceso de salud-enfermedad-atención desde la integralidad. Entendemos que la salud “se expresa correctamente cuando el hombre vive comprendiendo y luchando frente a los conflictos que la interacción en su mundo físico, mental y social le imponen, y cuando en esta lucha logra resolver tales conflictos, aunque para ello deba respetar la situación física, mental o social en la que vive o modificarla de acuerdo a sus necesidades y aspiraciones. De tal forma, que la salud corresponde al estado de optimismo, vitalidad, que surge de la actuación del hombre frente a sus conflictos y a la solución de los mismos...” (Floreal Ferrara, 1975). La Salud no solo es considerada desde su aspecto fisiológico sino también desde su sentido social histórico y colectivo. Según Laurrell (1986), “el carácter social del proceso de salud -enfermedad se manifiesta empíricamente más claro a nivel de la colectividad que en el del individuo” (p.7). De esta manera se entiende al proceso salud-enfermedad como un “proceso condicionado socialmente que se concreta en seres históricos” (Rojas Soriano, 1982, p.9). Es decir, que se trata de un proceso vinculado a diversos factores de la realidad, que contiene caracteres socio - históricos, que también condicionan al sujeto enfermo, y por lo tanto el proceso salud-enfermedad se establecerá según el modelo de desarrollo de la sociedad que se esté tratando, ya que, según la clase social, el género o la etnia a la que se pertenezca, también se diferenciará el modo de vivir la enfermedad.

Consideramos que en nuestro país, la decisión de tener como eje innegociable la vida ordenó la política pública para enfrentar la pandemia. El aislamiento social preventivo y obligatorio, bajo el Decreto de Necesidad y Urgencia N° 260 (ASPO), resuelto tempranamente permitió contener el contagio y fortalecer la estructura sanitaria para que pueda brindar la atención médica a cada ciudadano en caso de que sea necesario. Es importante mencionar, además, que esta circunstancia encontró a Argentina en una situación compleja en términos económicos, con un incremento de la población en situación de vulnerabilidad social y con un deterioro estructural del sistema de salud y de sus instituciones tras

el ajuste severo llevado a cabo por el último gobierno (2015-2019), acentuado con la desjerarquización del Ministerio de Salud de la Nación a rango de secretaría y sus consecuentes limitaciones. Entre algunas de las medidas que reflejan el ajuste se puede mencionar: congelamiento de la agencia coordinadora de laboratorios públicos de medicamentos (ANLAP), desmantelamiento o minimización de los programas de salud sexual y reproductiva, recorte de 9.000 millones de pesos para vacunas y medicamentos en las líneas programáticas de Médicos Comunitarios y REMEDIAR.

En este marco se fueron tomando diversas medidas y acuerdos para mitigar los efectos indeseados de la propagación del virus. De esta manera el aislamiento de casos positivos se convirtió en un aspecto central para contener la pandemia. Latinoamérica, como territorio desigual, agrega una especificidad frente al COVID-19: amplios segmentos sociales sin las condiciones habitacionales para poder aislarse. Dado que en América Latina el 45% de la población, vive en condiciones de precariedad habitacional. De este total, 75% presentan déficit en sus viviendas como falta de servicios básicos, materiales de la vivienda deficientes exacerbando las desigualdades urbanas y repercutiendo en los asentamientos populares.

En este contexto se crea como centro de aislamiento extra hospitalario el Parque Sanitario Tecnópolis, nos parece significativo dar cuenta de algunos posicionamientos, concepciones, organización e intervenciones presentes en el mismo ya que, en línea con lo presentado al comienzo, creemos que pueden aportar a la reflexión de como mirar, acompañar e intervenir ante procesos de salud-enfermedad-atención. El mismo retoma su nombre del predio donde es emplazado. El parque Tecnópolis fue creado en el 2011 como una megamuestra de ciencia, tecnología, industria y arte más grande de América Latina, fue la consagración de los festejos del Bicentenario. Ideado como “un lugar que perteneciera a todos, una propuesta lanzada hacia el cuerpo social para que éste se la apropiara, le diera vida y comenzará a construir desde ahí sus propios relatos, que nunca son únicos y que siempre se hacen de a muchos” (Javier Grosman, ex director de la Unidad ejecutora del Bicentenario- Presidencia de la Nación. Entrevista). Ante el límite de lo posible, el predio reafirmó que el único techo es la imaginación. El plan B de una exposición acotada de tan solo dos semanas, fue montar un parque permanente donde se pudiera expresar el presente y las potencialidades que los argentinos tenemos estan-

do todos juntos. A comienzos de marzo de este año, en el mes de abril el Ministerio de Cultura cedió varios pabellones del predio para que autoridades nacionales y provinciales de las carteras centralmente de salud, junto con la cooperación de la Cruz Roja Argentina y Cascos Blancos pusieran en marcha la planificación de un lugar al servicio del cuidado de la comunidad.

Entendiendo que la decisión de respetar las normas para cuidarnos es -además de una actitud solidaria- un derecho, el Parque Sanitario Tecnópolis se pone a disposición de los habitantes que necesitan un lugar para hacer el aislamiento y no puedan por su situación socioeconómica, pero fundamentalmente habitacional, cuidar a sus convivientes. El Parque Sanitario fue creado para descomprimir el sistema sanitario y colaborar en su no colapso. Se propone como ámbito para cuidar y acompañar a las personas en su integralidad. En palabras de su directora, Laura Braiza *"el parque Sanitario de Tecnópolis se piensa y se aborda desde una perspectiva de restitución de derechos y justicia social. Una política pública en salud donde el cuidado integral de las personas es el eje central del dispositivo"*. De esta manera el control y seguimiento médico se presenta como un dispositivo de acompañamiento de la convivencia, la salud psíquica y emocional. Los que llegan a Tecnópolis tienen una cuestión en común: su pertenencia a los sectores populares del conurbano bonaerense, casos positivos con cuadros leves que no requieren cuidados hospitalarios continuos. Este sentido de pertenencia pone en manifiesto el déficit habitacional, de servicios básicos, entre otros, como son derechos económicos, sociales y culturales explicitando la disputa por la redistribución de la riqueza y quedando de manifiesto su impacto en las problemáticas de salud.

El presente artículo está realizado por profesionales de la disciplina del Trabajo Social que se encuentran trabajando en el Parque Sanitario Tecnópolis. Si bien cada una/uno cumple diferentes funciones en el mismo, hemos compartido algunas instancias de reflexión en conjunto que serán volcadas a continuación. Asumiendo la complejidad que implica sistematizar procesos y procedimientos que se van recreando constantemente en función del desenvolvimiento de la pandemia, y de elegir hacerlo en forma compartida junto a otras/os, el presente trabajo tiene como objetivo narrar el funcionamiento de este dispositivo, describir las tareas asumidas por el Trabajo Social dentro de este y compartir algunas reflexiones sobre las mismas. Para tal fin, primero se compartirá el enfoque desde el cual se ha pensado el dispositivo, donde más allá de ser un centro de ais-

lamiento, la propuesta intenta hacer el eje para sus intervenciones en "lo convivencial", como parte de este posicionamiento se describirá el dispositivo desde sus características edilicias, ya que las mismas dan cuenta de las diferentes posibilidades que brinda el mismo a las/os destinatarias/os y desde ahí como ellas/os son concebidas/os y el esquema de bioseguridad que es considerado central a la hora de definir las intervenciones. En segundo lugar se caracterizará y contarán las tareas asumidas por los equipos de trabajo que involucran a trabajadoras/es sociales, en este punto cabe aclarar las/os mismas/os ocupan diferentes roles, tareas, responsabilidades y cargos dentro del mismo. Por último se compartirán algunas reflexiones en torno a las experiencias de intervención desplegadas, la mayoría de ellas en primera persona, por el conjunto de colegas que nos volcamos a la redacción de este artículo.

Tecnópolis: de centro de aislamiento a dispositivo convivencial

El Parque Sanitario es un centro de alojamiento para personas con diagnóstico de COVID-19 con síntomas leves, que propone la convivencia como modo de transitar la enfermedad, busca ser un refugio de salud, social y afectivo en encuentro con pares en igual situación temporal de afección. Este modo de entender la situación se aleja de medidas sanitarias en las cuales se propone hacer cuarentena en habitaciones de hoteles, ubicando a cada persona como "islas". En contrapunto, el Parque Sanitario Tecnópolis busca ser un lugar extra hospitalario que, partiendo de un enfoque de integralidad, encuentra en las actividades compartidas y la convivencia un modo de construir cotidianidad, y así cumplir los días de internación necesarios para recuperarse y fortalecer el encuentro con otras y otros. En la convivencialidad suceden hechos importantes: las personas que se alojan en Tecnópolis, pueden, en el transcurso de su estadía realizar un taller cultural, recibir alguna capacitación, establecer vínculos con personas que no conocen, compartir cuestiones de su vida íntima, leer, participar de actividades organizadas por el equipo de trabajo, entre otras. De ahí que la construcción de espacios de convivencia como busca ser este dispositivo se conviertan en una oportunidad para que el Estado provincial incida no solo en la situación del caso positivo, sino también en la comunidad donde desarrolla su vida. Por lo tanto, pensar el aislamiento en un formato de convivencia no responde al azar sino a una decisión política que busca encontrar en este formato un lugar

para ser y estar junto a otras/os. Esta decisión política, como se presenta a continuación, se ve reflejada en la disposición de los espacios acondicionados para cobijar a las personas y en las medidas de bioseguridad protocolizadas para el dispositivo, como así también en la definición y organización de los equipos de trabajo que realizan el acompañamiento.

Instalaciones al servicio de la convivencia.

El Parque Sanitario Tecnópolis ocupa una superficie de 28 mil metros cuadrados (7 hectáreas de las 52 que tiene el predio en total) donde se ubican cinco naves que cuentan con 821 habitaciones de dos, tres y cuatro camas. La iniciativa tiene -además de cinco naves para varones o mujeres- espacios no binarios y la posibilidad de cobijar a familias enteras. Cada una de las zonas que forman parte del Parque Sanitario está representada por un color: la zona verde es donde se desarrollan las tareas administrativas y de coordinación general de la propuesta; la zona amarilla donde se llevan adelante las actividades de logística (bodegas y depósitos para el almacenamiento de insumos), la vinculada a la descontaminación de elementos de ropa a través de la lavandería móvil y que cuenta con un espacio de farmacia y lugares para el descanso del per-

sonal; por último la zona Roja donde están alojadas/os las/os destinatarias/os. Esta zona cuenta con dos comedores con capacidad para albergar a más de 300 personas y llevan el nombre de Cecilia Grierson y René Favaloro. La delimitación de cada una de las zonas responde a criterios de bioseguridad marcando diferentes cuidados a tener en cuenta en cada una de ellas, la distinción con colores se hizo para poder identificarlas rápidamente y así ajustarse a las medidas requeridas. La organización del Parque Sanitario y el ordenamiento de las actividades se realizan bajo estrictos protocolos, en especial para el ingreso y egreso de las/os trabajadoras/es a la zona roja y así evitar contagios.

En la zona de alojamiento de las/os destinatarias/os fue montada una infraestructura que permitió la instalación de duchas, con agua caliente para el uso de los/as destinatarios/as, y soportes sanitarios extra por cualquier eventualidad. Además todas las naves cuentan con calefacción.

Asimismo, el Parque Sanitario tiene un multiespacio cultural, para que las personas que realizan su aislamiento en el dispositivo puedan realizar talleres de manualidades, juegos recreativos y un lugar para practicar

Espacio cultura



Espacio cine



Corredores



Zona de descontaminación



elongación y yoga. También cuenta con una biblioteca con 12 mil libros donados por el Plan Nacional de Lectura y la Biblioteca del Maestro del Ministerio de Educación. En la Nave de la Ciencia funciona una sala de cine. En la sala de proyecciones, las personas alojadas podían ver diferentes propuestas audiovisuales, recitales y series.

La bioseguridad, cuidarnos para cuidar a otros/as

Como se mencionó anteriormente la bioseguridad es un concepto central desde el cual se llevan adelante las acciones en el Parque Sanitario. Parafraseando a la Organización Mundial de la Salud se trata de un conjunto de normas y medidas para proteger la salud del personal, frente a riesgos biológicos, químicos y físicos a los que está expuesto en el desempeño de sus funciones, también a los pacientes y al medio ambiente (2005).

Las medidas de bioseguridad en Tecnópolis responden a garantizar la ropa adecuada para el personal; el correcto lavado de manos; el uso de guantes, el manejo de sustancias, equipos y materiales de forma correcta; el uso racional de antisépticos y desinfectantes y de instrumentos y materiales punzocortantes.

De este modo, el caso covid positivo no se instala entonces como un riesgo del cual los individuos se deben cuidar, sino como una oportunidad a acompañar por un colectivo que se prepara profesionalmente, y desde una perspectiva de vínculo y empatía, lleva adelante procesos de atención para el cuidado. De allí, otra de las características de esta intervención pública que pone especial énfasis en cuidar a los que cuidan - tema que abordaremos más adelante - tanto en lo que hace a cuestiones de bioseguridad, como así también de acompañamiento psicosocial.

Puesta de equipo de protección personal



Equipo de trabajo para un abordaje integral

Como se enuncio más arriba, planificar, ejecutar y sostener un centro de aislamiento extra hospitalario en clave de dispositivo convivencial es una decisión que no solo debe ser sostenida por las características edilicias y espaciales del lugar, sino que también ha de ser posible en función de la conformación de un equipo de trabajo que pueda acompañar la integralidad del sujeto que se va a convertir en el destinatario de su tarea como así también los vínculos e interacciones del mismo con sus pares, aquellas personas que van a compartir su estadía y en la mayoría de las situaciones también sus padecimientos. De esta forma el Parque Sanitario cuenta con un equipo de trabajo el cual contempla diferentes disciplinas y busca una organización de la tarea, como a continuación se explica, que aune las diferentes miradas a la hora de desarrollar las intervenciones.

La tarea del personal sanitario se ordena a partir de dos grandes ejes. El primero relativo a la actividad programada y el segundo a la actividad no programada. El primero contempla las tareas que hacen al seguimiento cotidiano del estado de salud de las personas alojadas. Mientras que el segundo, a toda actividad de carácter sanitario que surja en forma espontánea, es decir, una actividad netamente vinculada a la primera atención frente a una emergencia.

En relación a las actividades programadas, el seguimiento del estado de salud de las personas es llevado adelante por el personal médico, de enfermería, el equipo de acompañamiento psico-social, operadores sociales y coordinadoras/es.

En relación a la actividad no programada el Parque Sanitario Tecnópolis cuenta con personal de salud las 24

hs. El turno diurno cuenta con el personal regular abocado a las tareas de seguimiento programado. Para el turno de la noche se estableció un régimen de guardias que podrá contar con un plantel más reducido y estar constituido o no por parte del personal del turno diurno según los módulos laborales convenientes.

Todo el equipo que forma parte de Tecnópolis interviene desde un enfoque de integralidad, basando la estrategia en tres principios fundamentales:

- 1 La colocación del destinatario/a como centro y eje alrededor del cual se articulan todas las intervenciones.
- 2 La formación de un equipo genuinamente interdisciplinario con personal médico y no médico en la primera línea de atención, secundado por personal de apoyo altamente idóneo.
- 3 La inversión en servicios de calidad, algunos de los cuales no suelen ser parte del paquete sanitario por defecto.

Como se ha mencionado dentro del equipo de trabajo no cobra exclusividad la mirada médica, sino que el mismo es conformado por diferentes perspectivas. De esta manera el Trabajo Social se encuentra presente en las distintas instancias del dispositivo, tal es así que compañeras y compañeros pertenecientes a este colectivo se han incorporado en el esquema de trabajo y desde ahí han realizado distintos aportes desde esta disciplina. A continuación se describirá las tareas desempeñadas por ellas y ellos desde los roles de coordinadoras/es, las/los operadoras/res sociales y el equipo psicosocial. Se dará cuenta de las particularidades de cada uno de ellos y a su vez, siguiendo a Carballeda (2006) al considerar que “la intervención implica una serie de acciones, mecanismos, procesos que construyen representaciones y construcción de ese “otro” sobre el que se interviene, se detallarán algunas de las intervenciones desplegadas que ponen de manifiesto los aportes disciplinares a la hora de pensar un dispositivo sanitario que integre en su mirada la dimensión social de la salud.

Rol de la Coordinación y Operadores Sociales

Una de las decisiones troncales en función de la conformación del equipo de trabajo ha sido la de incluir el rol de Operadores Sociales dentro del mismo. Se consideró necesario sumar una mirada atenta al desarrollo social de las personas alojadas más allá del personal médico. De esta manera es que esta mirada a ser sumada luego

cobro la forma, el rol, de Operador Social. Cabe destacar acá que si bien había claridad en el objetivo y la función de este rol dentro del dispositivo, no fue fácil definir un nombre para el mismo, ya que se buscaba que este pueda transmitir claramente la función de su tarea para los destinatarios de la misma, luego de disertar ante varias posibilidades se definió este nombre ya que se consideró que posibilitaba la rápida interpretación por parte de las personas alojadas que este rol estaría al servicio de poder acompañar el desarrollo social en su estadía, atender cuestiones convivenciales y organizar actividades centradas en el cuidado de ellas y ellos. Ya clarificada la necesidad de sumar este actor al dispositivo y determinado el nombre del mismo se pasó a definir el perfil de trabajadora/r para desplegar la tarea, en este sentido se buscó a profesionales de las ciencias sociales que tengan experiencia territorial o bien a aquellas personas que si bien no hayan transitado por una formación académica pero sí por experiencias laborales que abalaban su desempeño para la tarea encomendada. Cabe destacar, que a lo anterior se suma la capacidad de cada una y uno para respetar estrictamente todas las medidas de bioseguridad que el dispositivo requiere.

Una vez conformado el equipo de Operadores Sociales se buscó dentro del mismo a aquellas y aquellos que puedan organizar la tarea de sus pares y así surgió el rol de Coordinadora/or, ellas/os tiene como una de sus principales responsabilidades el acompañamiento del conjunto de operadoras/es sociales que conforman los equipos que transitan día a día con las/los destinatarias/os que se alojan en el Parque Sanitario Tecnópolis. En esta dinámica se generan espacios de escucha y seguimiento de la tarea que realizan, como se sienten frente a la misma, entendiendo que la labor que cumplen implica un desgaste físico y emocional. También las/los coordinadoras/es son los encargados de recibir las demandas y emergentes que surgen de las/los destinatarias/os. Una vez identificadas las mismas se analiza en conjunto la posible intervención, discerniendo si la demanda identificada requiere la intervención de otro equipo de trabajo o bien se trata de una situación que será acompañada por parte de las/los operadoras/es. Dentro de las tareas que desarrolla la coordinación se debe poder asegurar el buen clima laboral entre el grupo de operadoras y operadores. En este sentido, un aspecto importante a destacar de las intervenciones realizadas por las/os operadoras/res es que las mismas al desarrollarse de cara a las/os destinatarias/os se deben hacer con el Equipo de Protección Personal (EPP) correspondiente, este consta de camisolín hemorrepeleante, tapa botas,

cofia, guantes, barbijo, antiparras y máscara facial. También se deben tener ciertos resguardos en cuanto a la proximidad con las personas alojadas y a los movimientos con el EPP, estos deben ser lentos y conscientes, sin acercarse a nada ni a nadie a menos de 1.5 metros, no pudiendo sentarse ni apoyarse en ningún objeto. Cada una de estas medidas han sido incorporadas por todo el equipo y son respetadas rigurosamente porque son parte del cuidado de cada uno y de todo el personal de Parque Sanitario. Estas condiciones de trabajo presentan un gran desafío a la hora de establecer la "escucha activa" y una comunicación clara. En este contexto la palabra es la principal herramienta para generar vínculos y la misma se ve sumamente modificada (distorsión y bajo sonido). En este singular contexto se ha podido descubrir en los silencios, un elemento importante para poner en juego en las intervenciones con las/os destinatarias/os. Como se mencionó anteriormente, los equipos de trabajo realizan un acompañamiento las 24hs. del día, dentro del equipo de los Operadoras/es Sociales la labor que realizan los que cubren la franja horaria nocturna cobra algunas particularidades, ya que después de la cena se presenta un espacio distendido donde las personas alojadas generalmente se dedican a ver sus redes sociales, mirar tele, charlar entre ellos, etc. El desafío es que se puedan realizar estas tareas respetando las pautas de convivencia ya que hay quienes duermen temprano y también quienes no se sienten física ni anímicamente bien. La noche pone en reposo las actividades planificadas por operadores de turno mañana y tarde. Es el cierre del día, antes de ingresar es necesario informarse que hay planificado para la próxima jornada, y se intenta poder dar un cierre que posibilite una nueva apertura.

Día a día la coordinación acompaña a los operadores y operadoras previo al ingreso, en los momentos de descanso y al finalizar la jornada para ver cómo se sienten y así habilitar un espacio más relajado que refuerza el vín-

culo operador/a-coordinador/a. La coordinación a su vez articula con todos los equipos que trabajan simultáneamente en el dispositivo para evaluar las dinámicas que se van cristalizando y poder también modificar o proponer nuevas perspectivas de abordaje interdisciplinario. A su vez la coordinación debe poder garantizar que las cuestiones de organización y funcionamiento edilicio se den de manera óptima recibiendo la información de las/los operadoras/es y transmitiéndola a los sectores pertinentes. Al finalizar el día laboral, se realiza un informe de lo sucedido, las cuestiones a resolver y los emergentes que debe tener en cuenta el grupo de coordinación que tome la posta del día.

Si bien desde el dispositivo existe una imposibilidad de abordar la complejidad de algunas situaciones que se presentan debido al corto periodo de tiempo que están alojados, se ve imprescindible brindar la información necesaria para poder acceder a una serie de políticas sociales (programas, proyectos, talleres, educación, salud, vivienda, trabajo, etc.) que por derecho corresponde y a los cuales podrían vincularse. Por este tipo de cuestiones, consideramos que, en este acelerado contexto de emergencia sanitaria, no se agotan las posibilidades de poder establecer horizontes en el desarrollo de la práctica del trabajo social de cara al futuro de las intervenciones profesionales que de este contexto se desprendan.

Rol del Equipo Psicosocial

Aparte del equipo de Operadores Sociales se conformó el equipo de acompañamiento psicosocial, este está constituido por profesionales de distintas áreas para pensar las intervenciones de forma interdisciplinaria. (Trabajo social, Psicología, Educación, Psicología Social). El mismo tiene el objetivo de contribuir al bienestar, protección y cuidado de los sujetos destinatarios del dispositivo, contemplando su contexto familiar. A su vez este equipo tiene la función del acompañamiento

Equipo psicosocial. Coordinadores y operadores sociales



y consolidación de los equipos de trabajo, quienes se encuentran en contacto permanente con las personas que transitan la enfermedad.

Como bien se mencionó anteriormente, por razones de bioseguridad el dispositivo está demarcado en diferentes zonas que son nombradas con diferentes colores. El Equipo Psicosocial ha incorporado esta nomenclatura en su organización interna a la hora de desarrollar sus tareas, de tal manera hay intervenciones desplegadas dentro de la zona roja y otras en las zonas verdes. A continuación se describirá el funcionamiento del equipo siguiendo esta distribución de tareas. Cabe destacar aquí, que si bien el dispositivo del Parque Sanitario Tecnópolis rompe, o intenta superar, algunos criterios “medico hegemónicos” en la implementación de los abordajes, a la hora de denominar las instancias de trabajo se apela como criterio la alta (zona roja) o baja (zona verde) circulación del virus, recreando de esta manera el discurso medico hegemónico. Quizás pueda ser materia de otro artículo el estudio las dinámicas que se van elaborando en función de lo instituido e instituyente dentro de este dispositivo.

Las tareas delimitadas dentro de la zona roja pone a la persona destinataria en el centro y eje desde donde se construye toda la intervención profesional. La misma implica mirar a cada sujeto teniendo en cuenta la multiplicidad de actores y equipos intervinientes, resultando un enorme desafío. De este modo, se diseñan y acompañan estrategias singulares de intervención estimulando, no solo nuestra interdisciplina como Equipo Psicosocial, sino con los Equipos Médicos, de Enfermería, Coordinación, Operadores Sociales, Familias, Cruz Roja, etcétera; cada uno con sus perspectivas profesionales y prácticas aprehendidas que se ponen en juego a la hora de pensar la intervención. Del mismo modo, se ejercita continuamente la apertura y sostén de canales de comunicación entre equipos y con las y los destinatarios, que se ven mediados por las limitaciones y circunstancias de bioseguridad que la pandemia impone. Por lo tanto, muchas de las interacciones con los sujetos alojados son mediante llamadas telefónicas/videollamadas, lo que añade un desafío más a la hora de pensar y diseñar dichas estrategias.

Por lo descripto anteriormente, podemos ver que las intervenciones no se limitan exclusivamente a las personas alojadas, sino que implican una multiplicidad de destinatarios, articulando con los distintos equipos de trabajo presentes en los dispositivos. A la hora de cons-

truir las intervenciones con las/os destinatarias/os, partiendo desde el enfoque de la singularidad (Cazzaniga, 1997), se presentan distintos escenarios que permiten que el Trabajo Social se implique y ocupe un rol activo dentro del dispositivo. Por ejemplo, se ofrecen herramientas, talleres, que buscan alentar la formación en el período de aislamiento, para que las personas destinatarias puedan ser promotores de salud al momento de volver al territorio. En algunos de ellos desde el equipo Psicosocial e pudo hacer aportes en la planificación y en la ejecución. Se cree que estas experiencias ofrecen la posibilidad de dignificar aún más la estadía, alentando intervenciones en la subjetividad de las personas cuyo impacto excede al tiempo que permanecen en el Parque. Dentro de las tareas comprendidas en la zona verde la primera intervención es al ingreso del/la destinataria/o, la misma consiste en comunicarse a través de un llamado telefónico con las personas que este ha mencionado como convivientes o bien allegados al mismo. El objetivo de ésta es darle información sobre cómo se encuentra, contarles qué es el Parque Sanitario Tecnópolis, orientar sobre la enfermedad, cómo proceder con los contactos estrechos, la dinámica familiar y económica. La contención telefónica que se da es imprescindible para que puedan ser el sostén del/la destinatario/a que transita su enfermedad en aislamiento alejado de sus vínculos.

De dicha entrevista telefónica se acuerda con la familia si es necesaria la apoyatura del Ministerio de Desarrollo a la comunidad de la Provincia de Bs. As. para asistencia de alimentos, elementos de higiene personal y del hogar. Se articula con el MDC para la entrega en los domicilios. La segunda intervención es al egreso del/la destinataria/o, nuevamente se realiza una llamada telefónica donde se conversa en función de cómo han atravesado su estadía en el dispositivo. Esta información permite hacer una evaluación sobre el funcionamiento y las estrategias desarrolladas, las mismas luego son compartidas y se busca hacer los reajustes necesarios.

Pasados unos 28 días aproximadamente retomamos el vínculo con la/el destinataria/o y su entorno, a fin de poder brindar información, en relación a la donación de plasma, que es considerada una herramienta terapéutica para poder beneficiar a quienes están cursando la enfermedad. También, en ocasiones se realiza orientaciones respecto al Programa Acompañar que constituye una apoyatura económica reconociendo la decisión de aquella persona que se aísla en beneficio de su contexto y en beneficio de su comunidad ampliada permitiendo

compensar el esfuerzo con ese acompañamiento económico.

Durante el periodo de estadía de la destinataria/o, algunos de ellas/os han presentado situaciones, previas al covid 19, que expresan la vulneración de derechos, muchas de estas situaciones se encontraban invisibilizadas y naturalizadas. En busca de su resolución se armaron redes con instituciones y organizaciones comunitarias de los diferentes municipios de procedencia de las personas alojadas, este entramado artesanal en tiempos vertiginosos, permite que la intervención recupere la particularidad de los entramados de acompañamiento presentes en los territorios.

Equipo psicosocial. Coordinadores y operadores sociales



Acompañamientos a equipos de trabajo

Hacia adentro del dispositivo se realiza acompañamiento y contención a los Operadores Sociales, quienes son los que cotidianamente se encuentran juntos a las/os destinatarias /os poniendo "el cuerpo". Se generan espacios de escucha para reflexionar sobre la tarea desempeñada, en ocasiones a la salida de la denominada "zona roja" o en momentos que los mismos dispongan para dicha labor introspectiva, donde pueden expresar cuestiones referentes a la tarea con la/el destinataria/o, la cuestión a la exposición de la enfermedad, y cómo los (nos) interpela en nuestra cotidianidad. Dado que los operadores Sociales se encuentran observando el funcionamiento general, logrando vínculos más cercanos con las personas alojadas se intenta la práctica de co-pensar junto a ellas/os la viabilidad de posibles intervenciones conjuntas y/o complementarias, teniendo como premisa brindar ayuda no invasiva, respetando la privacidad, escuchando y evaluando necesidades y preocupaciones para identificar respuestas antes no

pensadas, ayudando a atender las necesidades básicas y de relaciones con los otros, dentro del marco de emergencia sanitaria.

Equipo psicosocial. Coordinadores y operadores sociales



Algunas reflexiones preliminares desde el Trabajo Social en tiempos de pandemia

El Parque Sanitario Tecnópolis al ser un centro extra hospitalario para alojar a aquellas personas que no pueden realizar el aislamiento en sus casas, es una política pública que busca dar respuesta asumiendo las relaciones de desigualdad presentes en nuestra sociedad, a sabiendas que es una respuesta construida ante la emergencia que para constituirse en un elemento transformador en la salud de la población deberá inscribirse en un itinerario de medidas más amplias que busquen construir condiciones de igualdad y restitución de derechos. Dicho esto, el dispositivo permite vislumbrar algunas cuestiones vinculadas a las intervenciones, la relación con los territorios, la conformación de los equipos de trabajo, metodologías, perfiles profesionales, etc. que ponen en tensión una cierta hegemonía en las prácticas tradicionales de cómo han de ser abordadas las problemáticas de la salud y abren nuevas posibilidades. En esta línea nos parece de importancia la búsqueda dentro del dispositivo en pos de una mirada integral, dotando no solo a los equipos con diferentes profesiones, sino también pensando abordajes en conjunto, incorporando el afuera del dispositivo, lo que sucede en las casas de los destinatarios y de las redes de efectores sociales en las cuales están involucrados.

En este contexto de pandemia los desafíos son múltiples, la disciplina y lo que conocemos como intervención se reconfiguran en una realidad que nos obliga a ser creativos y creativos, adaptándonos en la experiencia

Equipo psicosocial. Coordinadores y operadores sociales

y lograr implementar una metodología que garantice que el proceso de salud-enfermedad-atención sea desarrollado teniendo en cuenta la multiplicidad de factores que lo atraviesan en este marco particular que impone el padecimiento del COVID-19 a cada una/uno de las/los destinatarias/os.

El dispositivo aloja a las/los destinatarias/os por un tiempo estimado de 10 días. Resulta un desafío poder acceder a las problemáticas que transitan, lo que delimita la intervención y no permite un seguimiento en su vuelta al territorio. Las personas que se alojan en el dispositivo, en general, se encuentran vulneradas frente a sus derechos, no cuentan con las condiciones para afrontar un aislamiento en sus viviendas no pudiendo tampoco garantizar los cuidados y la alimentación necesaria para afrontar un periodo de recuperación. En este sentido, se entiende que un modelo de atención centrado solo en lo biológico condiciona y reproduce lógicas atadas a él, que no permitirían desplegar las dimensiones psíquicas y sociales que juegan un papel primordial en la atención y tránsito del cuadro médico, desde aquí nos parece imprescindible el haber incorporado al esquema de trabajo no solo a médicos y enfermeros sino también al rol de Operadores Sociales para buscar una mirada integral de la situación a intervenir.

La perspectiva general del Parque Sanitario Tecnópolis, que aun siendo una política sanitaria, atribuye una

distribución de la importancia y un entramado de los equipos de manera mucho más horizontal que lo dispuesto en nuestra tradición hospitalaria, permite que el Trabajo Social se ubique en un lugar privilegiado para ser articulador de los distintos enfoques de cada equipo. Asimismo, el nuevo campo disciplinar que inaugura el contexto de pandemia genera un terreno fértil para que el trabajo interdisciplinario tenga rasgos de un trabajo transdisciplinar. Cada profesional encuentra un límite a la intervención desde su propia disciplina y supera las barreras de contención de su propia área, habilitando el tipo de vínculo que permite acercarse a la tarea desde una mirada más transdisciplinar (Paoli Bolio, 2018).

Por último y para finalizar consideramos que el hecho de que el Trabajo Social esté en vinculación con diferentes disciplinas dota a las y los profesionales de este campo con una cierta flexibilidad, la cual creemos importante para definir intervenciones en tiempos de incertidumbre tales como los que nos impone esta pandemia. En relación a esto, cabe mencionar que mientras se escribe este artículo se está acondicionando un sector de las naves para poder acoger a una población destinataria que no había sido contemplada inicialmente al diseñar el dispositivo, así es como actualmente funciona un espacio que podrá albergar a aquellas personas que aún se encuentran a la espera del resultado del hisopado y deben aguardar al mismo en un lugar que cumpla con las condiciones de aislamiento necesarias.

Bibliografía

- Carballeda, A (2006) *La intervención en lo Social, las Problemáticas Sociales Complejas y las Políticas Públicas*. Mimeo. Artículo en Cuadernillo de la Maestría en Salud Mental Cohorte 2011-2013. Consulta: <http://cpsscba.org/confluenciasvirtual/?p=7568> (accedido 2/9/2020).
- Cazzaniga, S (1997) *El abordaje de la singularidad*. Revista Desde el Fondo, cuaderno 22. La Plata.
- Floreal Ferrara (1975) *En torno al concepto de salud*, en Revista de Salud Pública de La Plata-Argentina, enero - diciembre.
- Laurell, A. C. (1986) *El estudio social del proceso salud-enfermedad en América Latina*. Cuadernos Médico Sociales N° 37. Rosario: Centro de Estudios Sanitarios y Sociales.
- Ortiz Flores, E [et al.] (2020) *Múltiples miradas para renovar una agenda urbana en crisis*. Cuaderno del Grupo de Trabajo Desigualdades urbanas. CLACSO 2020.
- Paoli Bolio, F (2019). *Multi, inter y transdisciplinarietà*. *Problema anuario de filosofía y teoría del derecho*, (13), 347-357. Epub 19 de mayo de 2020. <https://doi.org/10.22201/ijj.24487937e.2019.13> (accedido 3/9/2020).

Artículos seleccionados

La corresponsabilidad ante el COVID 19 en los barrios populares. Relatos de Villa Itatí

María Eugenia Cariaga^a y Mercedes Ferreira^b

Fecha de recepción:	26 de octubre de 2020
Fecha de aceptación:	30 de octubre de 2020
Correspondencia a:	María Eugenia Cariaga
Correo electrónico:	meugenicariaga@gmail.com

a. Lic. Trabajo Social. Centro de Atención Primaria Villa Itatí. Municipalidad de Quilmes.

b. Lic. Trabajo Social. Asociación Civil ETIS.

Resumen:

La emergencia de la pandemia de Covid-19 puso de manifiesto problemas estructurales en los barrios populares.

Con la circulación comunitaria del virus y la imposibilidad de responder al pedido de "quedarse en casa" en algunos territorios, se determinó implementar políticas públicas que tuvieran en cuenta el contexto de intervención poniendo el eje en la participación comunitaria.

Es por ello que nos proponemos analizar desde el trabajo social, el abordaje que se está llevando adelante en el Barrio Villa Itatí del distrito de Quilmes. poniendo de manifiesto la importancia de la corresponsabilidad en los territorios por parte de las Organizaciones Sociales y de los diferentes niveles de Estado.

Palabras clave: Políticas públicas - Covid 19 - Trabajo social.

Summary

The emergency provoked by Covid-19 pandemic revealed structural problems in popular neighborhoods. The circulation of the virus in some territories and the difficulties accomplishing the rules regarding staying at home, pushed the government to implement public policies that took into account the specific context of intervention, putting the focus on community participation.

acknowledging this, we propose to analyze from a double perspective, the approach that is being carried out in Villa Itatí neighborhood, Quilmes district, highlighting the importance of co-responsibility in the territories, shared between Social Organizations and different State levels.

Key words: Public policies; Covid 19; Social work.

Introducción

El siguiente artículo pretende sistematizar la experiencia de la intervención profesional del Trabajo Social en la cotidianidad del barrio Itatí, frente a la pandemia global de Covid-19. Entendiendo dicha intervención como un proceso que se desarrolla de una forma determinada, tomando como punto de partida aquello que aconteció y lo que está sucediendo en el barrio.

En este sentido, analizaremos cómo se fue adaptando la política pública de abordaje territorial en Itatí, donde la mirada del Trabajo Social se vuelve transversal al modelo médico hegemónico, a la asistencia directa y a las prácticas comunitarias.

En un primer momento historizaremos a Villa Itatí, dando cuenta de la complejidad estructural del territorio y la importancia de sus actores.

Luego, abordaremos el entramado social que posiciona a Itatí en la agenda del Estado, poniendo énfasis en las estrategias de intervención que se diseñaron y pusieron en marcha para abordar la pandemia en el barrio.

Por último, analizaremos las diversas manifestaciones sociales que vienen aparejadas con el virus COVID 19. Desde una mirada singular de lo social, y coincidiendo en los lineamientos teóricos que describe Carballeda, "el Trabajo Social tiene la posibilidad de hacer ver al

equipo de trabajo -y a quienes reciben su intervención- las características heterogéneas del tema, haciendo de esta manera mucho más realista el abordaje del mismo, poniendo en claro que una cifra epidemiológica, como una cantidad de casos, debe ser complementada por las características territoriales de las circunstancias de cada uno de ellos" (Carballeda, 2020).

Para avanzar en el análisis resulta importante definir que entendemos a las políticas públicas, como una cuestión socialmente problematizada, que por su importancia ha sido incluida en la agenda de problemas sociales y que requieren una necesaria toma de posición de múltiples actores sociales. Tal como lo expresa Mabel Thwaites Rey (Thwaites Rey, 2005, pág. 31).

En ese sentido, la emergencia sanitaria hizo que villa Itatí sea el escenario elegido para desarrollar e implementar una política de abordaje territorial, que tenga en cuenta las dimensiones sanitarias, habitacionales, sociales y de seguridad.

Dichas variables permitieron llevar adelante un abordaje integral que responde a lo dispuesto por el protocolo del Ministerio de Salud de la Nación, especificando la atención particular que los barrios populares deben tener a partir del 12 de mayo de 2020.

La particularidad del abordaje territorial de la pandemia global del virus COVID -19 en Itatí se da, a raíz del ais-

lamiento sanitario en Villa Azul, el 24 de mayo de 2020. Dicha decisión política fue tomada según recomendaciones sanitarias por el brote epidemiológico que se identificó en ese territorio, a partir del plan Dispositivo Estratégico de Testeo para Coronavirus en Territorio Argentino (DETECTAR).

Por este motivo la red de organizaciones sociales de Itatí convocó a la Secretaría de Salud del Municipio de Quilmes, exigiendo formar parte de las estrategias a desarrollar en territorio en pos de dar respuesta a la circulación y contagiosidad comunitaria del virus, creándose en dicho contexto las mesas de salud comunitarias entre el Estado Municipal, Provincial y las Organizaciones Sociales, trabajando un protocolo de actuación interno que permita controlar la propagación del virus, poniendo de manifiesto la imposibilidad de tomar la misma decisión que en Villa Azul.

Itati, un barrio con historia

El barrio Itatí, conocido como Villa Itatí, queda a 20 minutos del centro de la ciudad de Buenos Aires. Su inicio data de los años 50, donde migrantes de las provincias de Chaco, Santiago del Estero, Corrientes, entre otras, comenzaron a poblar el territorio.

En sus inicios, Villa Itatí “era un territorio barroso de casitas precarias, el paisaje era más parecido a un paraje rural, con muchas familias litoraleñas e inmigrantes que improvisaban sus viviendas con chapa, cartón y lámparas de querosén para alumbrarse”. (Benasulin, 2013, pág. 1).

De acuerdo al último Censo realizado por OPISU la población del barrio es de 16.478 personas, distribuida en 4261 hogares, posicionando a Itatí como uno de los barrios más densamente poblados y el más grande del conurbano bonaerense.

Actualmente Itatí se divide en varias zonas con características diversas tanto en relación a sus condiciones de habitabilidad, como también de densidad poblacional, entre otras variables, siendo el sector más emblemático y postergado La Cava: un gigantesco pozo producto de la extracción de tosca, en tiempos de la dictadura militar, para la construcción del Acceso Sudeste.

Desde los inicios, el barrio se caracterizó por mantener una organización colectiva y eso se sigue vislumbran-

do en la actualidad; tal es así que en todas las zonas de Itatí se cuenta con organizaciones sociales, políticas, religiosas que permiten que los y las vecinas estén representados. No obstante, su representación se vevaluada o devaluada según el lineamiento del gobierno de turno que le permite ser parte del diseño y desarrollo de las políticas públicas o simples destinatarias de políticas tecnócratas y focalizadas.

Como en la gran mayoría de los barrios populares, en Itatí se presentan diferentes problemáticas, el hacinamiento, la precariedad habitacional, la acumulación de basura, la falta de acceso a servicios sanitarios básicos, el acceso a la electricidad, el consumo problemático de sustancias legales e ilegales, la precarización laboral, se ubican entre las principales.

Cuando alguna de estas problemáticas se profundiza, la respuesta se busca desde la organización barrial, porque Itatí es un barrio con historia de militancia social y lucha.

Así como se autoorganiza, también presenta historia de participación con los distintos niveles de gobierno. Un ejemplo de ello, sostenido a lo largo de varias gestiones, son las mesas participativas de gestión barrial, que formaban un espacio de encuentro abierto, y que promovían el diálogo entre vecinos, vecinas, escuelas, jóvenes, organizaciones sociales, la Secretaría de Desarrollo Social y la Secretaría de Cultura y Educación del Municipio de Quilmes. Esta experiencia permitió la participación directa y la construcción colectiva de iniciativas destinadas a mejorar la calidad de vida de cada barrio.

Aquí nos parece importante resaltar que uno de los principios de los derechos humanos, es la participación, entendida como el derecho que las personas tienen a participar, contribuir y disfrutar del desarrollo.

En palabras de Paola Cyment, “el derecho a participar habilita el ejercicio de los demás derechos, ya que las personas excluidas del proceso de participación no pueden demandar el resto de sus derechos (políticos, económicos, sociales y culturales) ni pueden exigir una rendición de cuentas a los responsables de hacer cumplir esos derechos. La participación debe ser garantizada sobre todo para los grupos en situación de mayor vulnerabilidad o en condiciones de mayor exclusión, ya que la mayoría de las veces las personas más discriminadas y más pobres, no ejercen su derecho a ser escuchados”. (Cyment, 2010, pág. 113).

En este sentido, a partir de problemáticas barriales que se volvieron urgentes, a lo largo de varios años, se realizaron reuniones plenarias por distintas temáticas como salud mental, educación, urbanización entre otras, con el objetivo de garantizar el acceso a información y participación de la comunidad a través de las organizaciones sociales.

A raíz de esta trayectoria, en la coyuntura actual, nació el Comité Operativo de Emergencia Barrial (COE) donde una vez por semana funcionarios, trabajadores, referentes barriales, vecinas y vecinos se encuentran a evaluar lo acontecido y se determinan los pasos a seguir. Si bien la principal preocupación es la sanitaria, se aborda la misma desde diferentes aristas, coordinando acciones para mitigar el virus pero también para dar respuestas a otros problemas sociales y/o estructurales que se visibilizan a partir del abordaje territorial. Si bien en la Provincia de Buenos Aires y el Municipio de Quilmes existen otros COE, Itatí fue el primero en incluir las voces de las organizaciones sociales, las cuales forman un pilar fundamental en todo este entramado.

Profundización de la agenda política. Itatí como ejemplo

El 3 de marzo se conoció en Argentina, la confirmación del primer caso de COVID19 en un paciente de 43 años, con antecedente de viaje a Europa y el 12 de marzo, en Ginebra, a partir de los niveles alarmantes de propagación y gravedad del virus, la Organización Mundial de la Salud declaraba al COVID19 como una pandemia.

A partir del Decreto 297/2020 se declara en Argentina la medida de "aislamiento social, preventivo y obligatorio" (ASPO) y el 18 de marzo se confirma el primer caso de COVID 19 en el distrito de Quilmes.

Como mencionamos anteriormente, a partir del aislamiento sanitario de Villa Azul, el Secretario de Salud del Municipio de Quilmes Jonatan Konfino, convoca a las mesas sanitarias, donde el barrio se dividió en 17 zonas georreferenciadas sobre un mapa, con el objetivo de abordar el territorio en su totalidad y llegar a los y las vecinas que viven en pasillos y/o pasajes de difícil acceso o que no se encuentran en una simple recorrida. Los equipos territoriales están conformados por promotores de salud municipales y provinciales, promotores de las organizaciones sociales, voluntarias, voluntarios y militantes.

Con la logística acordada, el día 28 de mayo de 2020, se inaugura en Villa Itatí, el DETECTAR.

Este dispositivo viene a complementar el programa municipal CUIDARNOS que se venía desarrollando en distintas localidades del distrito.

Las acciones que se realizan en este marco, son las de testear casa por casa los contactos estrechos de casos confirmados y de todas las personas con síntomas compatibles con COVID-19. Luego, se acompaña a las personas al lugar de testeo para tomar la muestra. La prueba que se realiza es la de PCR, con un circuito especial (la muestra se analiza en Laboratorio INBIRS) para tener el resultado lo antes posible y así poder confirmar o descartar.

Es así como, desde el mes de mayo de 2020, el trailer de la Dirección de Salud Bucal de la Provincia de Buenos Aires, comienza a ser parte del paisaje del barrio, rotando su ubicación geográfica, de manera semanal.

Con el cambio de protocolo del mes de Agosto, se suma una nueva definición de caso confirmado, el de criterio clínico epidemiológico que es muy importante para el barrio teniendo en cuenta la transmisión comunitaria e intrafamiliar del virus.

Es menester destacar que en cada nueva definición de caso, enmarcada en el protocolo nacional, hay una capacitación a voluntarios y voluntarios que realizan el DETECTAR.

Cada uno de los 17 equipos territoriales, recorre y releva la zona georreferenciada según su área de intervención, lo que permite que haya confianza de las vecinas y los vecinos para declarar sus síntomas o sacarse las dudas respecto a la pandemia Covid- 19.

Luego de la primera semana de abordaje territorial, y por consenso de la mesa de salud comunitaria, el mapa del barrio se dividió en tres áreas sanitarias con el fin de lograr un abordaje integral que incluya la asistencia directa, la atención de salud y el acompañamiento social. Esta decisión política muestra varias intencionalidades, por un lado mitigar la circulación comunitaria del virus y por el otro, garantizar el acompañamiento específico que se necesita en Itatí.

Cada área está compuesta por un equipo de salud (trabajadores y trabajadoras del CAPS), referentes de organizaciones sociales y religiosas, referentes de desarrollo

social del Municipio, referentes del Ministerio de Desarrollo de la Comunidad, referente del Ministerio de Salud de la Provincia de Buenos Aires, voluntarias, voluntarios y militantes de partidos políticos.

Circuito de abordaje, desde el primer llamado hasta el fin del aislamiento

A partir del trabajo diario de la búsqueda activa de personas con síntomas compatibles con Covid-19, comienza en Itatí un proceso de trabajo integral, orgánico y concatenado.

En el trailer sanitario se realiza una breve entrevista, para completar la ficha epidemiológica y posteriormente realizar la prueba PCR. Entre 24 y 48 horas llegan los resultados y es allí donde comienza un circuito de abordaje integral.

En primera instancia, y con los resultados definidos, el equipo de Trabajadoras Sociales de los distintos CAPS del Municipio, se comunican telefónicamente con las personas con diagnóstico positivo para covid-19 y realizan la investigación epidemiológica desde una perspectiva social. Además de comunicar el resultado del estudio, se evalúa y acompaña cada situación de manera particular, con el objetivo de realizar las recomendaciones necesarias para cortar la cadena de circulación del virus, así como también aislar contactos estrechos.

En paralelo a dicha tarea, las y los integrantes de cada área sanitaria se reúnen a georreferenciar los domicilios de las personas con diagnóstico positivo para Covid-19. En un segundo momento, las personas contagiadas son visitadas en sus domicilios por el equipo de salud, para priorizar su aislamiento por fuera del barrio en los distintos centros sanitarios de aislamiento que el Municipio de Quilmes montó para tal fin.

De manera diaria un grupo de voluntarias y voluntarios pasa por el domicilio antes mencionado, para brindar asistencia directa y monitorear síntomas de los contactos estrechos, buscando en este encuentro, despejar dudas y acompañar desde una escucha activa y responsable, así como también asistir con viandas calientes todos los mediodías y bolsones de alimentos secos una vez por semana. Este grupo de voluntarias y voluntarios realiza dichas visitas tres veces al día, siendo el objetivo principal de las mismas, que los convivientes puedan sostener el aislamiento.

En este circuito de trabajo, encontramos que el ejercicio de nuestra profesión en distintas áreas, se ve interpelado con nuevas demandas, planteos institucionales, necesidades sociales que tensionan nuestros saberes y prácticas.

El contexto de pandemia global del covid-19 en Itatí, visibilizó nuevos escenarios que rompen con las estrategias de supervivencia de la ciudadanía; poniendo en jaque, en un momento particular, la capacidad de gestión del Estado, que destina sus esfuerzos a buscar y dar respuestas a las consecuencias de la pandemia, y donde el Trabajo Social debe fortalecer los esfuerzos analíticos y prácticos para garantizar el cumplimiento de los derechos humanos. Destacando la importancia de la profesión, en equipos de trabajo considerados esenciales.

A partir de las primeras medidas del ASPO, que permitieron el cierre presencial de dependencias estatales y privadas cruciales para la resolución de demandas de la población, así como la aprobación del régimen de licencias, justificaciones y franquicias, llevaron a que las organizaciones sociales, instituciones laicas y religiosas se vean obligadas a repensar su intervención territorial.

Este escenario visibiliza varias manifestaciones sociales de la realidad en pandemia, que debimos abordar, muchas veces desde la inmediatez, en lo territorial y a veces en soledad.

La escucha activa telefónica o por medios de visitas domiciliarias (con equipo de protección personal), fueron las herramientas utilizadas para el abordaje de la intervención en diferentes situaciones; violencias por motivo de género, agravamiento de situaciones de salud mental, acompañamiento de salud sexual y reproductiva, acceso a medicamentos de enfermedades crónicas no transmisibles y transmisibles, incluso acompañamiento para trámites online. Debido a la brecha digital y la exigüidad de conectividad existente en el barrio, desde la profesión acompañamos los trámites online que las diferentes dependencias del Estado exigían para acceder a las políticas excepcionales, implementadas por el Gobierno Nacional, como el ingreso familiar de emergencia, destinadas a paliar la situación de vulnerabilidad en la que se encontraba una parte importante de la población. Otra consecuencia de la falta de conectividad, fue la necesidad de poder acceder al permiso de circulación, renovación del pase libre de transporte público (CUD), necesarios para poder trasladarse a realizar tratamiento o retirar medicación de efectores de salud de Ciudad Autónoma de Buenos Aires, obstaculizando(se) el proceso de salud enfermedad de las personas del barrio.

Las enfermedades muchas veces tienen más que ver con el código postal que con la carga genética

En consonancia con las palabras de la Intendente del Municipio de Quilmes, Mayra Mendoza, la pandemia Covid-19 puso de manifiesto que el virus es una enfermedad social que debe ser abordada de distintas miradas y especificidades. En lo que compete al Trabajo Social, y tal como lo afirma Carballeda en su artículo de la revista Margen del mes de abril del corriente; "no hay un Covid-19, sino muchísimas expresiones sociales de éste que dialogan con otros problemas sociales de las personas que se contagian o que están desarrollando cuidados para no contagiarse y de ello se trata".

En este sentido y tomando como referencias el análisis de Slavoj Zizek (Zizek, 2020 pág. 21), adherimos a que la propagación continua de la epidemia de coronavirus también ha desencadenado grandes epidemias de virus ideológicos que estaban latentes en nuestras sociedades: A la frecuente y conocida estigmatización que padecen las personas que habitan en Itatí, se suma este nuevo signo. Muchos empleadores, comenzaron a exigirles a las y los trabajadores que viven en el barrio, un certificado expedido por el Sistema Integrado de Información Sanitaria Argentina (SISA) que de cuenta de que su diagnóstico es negativo para Covid 19, vulnerando en este acto la Ley N° 26.529, de Derechos del Paciente en su Relación con los Profesionales e Instituciones de la Salud (noviembre de 2009).

En consonancia con ello, también se puede observar como las y los trabajadores de la economía informal se ven aún más expuestos, sin tomar las medidas recomendadas de autocuidado, para no abandonar sus puestos de trabajo y perder su fuente de ingreso, cada día más debilitada. En este acto se reconoce el peso de los mandatos de la masculinidad hegemónica, siendo mayoritariamente los varones quienes no toman las medidas de autocuidado.

Como se viene manifestando, la cotidianeidad se ve envuelta en un hecho inédito, las familias no solo deben enfrentar la pandemia Covid -19, sino todo aquello que trae aparejado, aunque sin dudas la salud es lo que prima. El cierre de escuelas de manera presencial, así como espacios barriales de contención y asistencia alimentaria, profundizan aún más las desigualdades, sobrecargando las tareas de cuidado, no pudiendo responder a las exigencias de la escuela y no contando con espacios adecuados para llevar adelante las tareas escolares. Eso

se suma, a la falta de alfabetización de algunas adultas y adultos, así como también a la falta de recursos tecnológicos que se hicieron esenciales en este contexto, como un celular o una computadora.

Si bien estas problemáticas son apenas algunas de las que se pueden reconocer en el territorio, no nos olvidemos de que Itatí, así como otros barrios con características similares, ven alterada su cotidianeidad y deben construir nuevas formas de convivencia barrial que fortalezca los lazos sociales deteriorados por el aislamiento sanitario, social, preventivo y obligatorio.

A modo cierre

La pandemia covid-19, interpela el territorio de Itatí, de una manera particular, visibiliza la necesidad de pensar la salud, decía Floreal Ferrara, como la lucha por resolver un conflicto antagónico que quiere evitar que alcancemos el óptimo vital para vivir en la construcción de nuestra felicidad (Floreal Ferrera, 1985 pág. 10).

La salud pensada desde esta perspectiva, nos posibilita pensar a las mesas sanitarias como un dispositivo permanente de intervención comunitaria, donde confluyen y convergen los diferentes saberes de la comunidad, acompañando la desmitificación de aquellas creencias que perjudiquen el proceso de salud- enfermedad de la población. Siendo de suma importancia el rol de las organizaciones sociales del barrio como agentes multiplicadores de este saber y como facilitadores del acceso a la salud pública por parte de la población.

Apostamos a que la experiencia de participación y organización del barrio junto a los diversos niveles del Estado continúe en el tiempo, haciendo del COE un espacio institucionalizado de debate que luche por la concreción de derechos que aún siguen vulnerados y robusteciendo redes intersectoriales que fortalezcan el tejido social.

Por último, es de suma importancia rescatar que a lo largo de este artículo hemos puesto en palabras la sistematización de un abordaje que aún continúa y visibiliza el trabajo del primer nivel de atención de la salud, en articulación con las organizaciones sociales y partidos políticos, que en conjunto están respondiendo a la emergencia de la pandemia mundial, garantizando un abordaje integral con perspectiva de derechos para la población de Villa Itatí, demostrando que la salida es colectiva siempre.

Bibliografía

Carballeda, A. (2010) *Apuntes sobre la intervención del Trabajo Social en tiempos de Pandemia de Covid-19*. Revista Margen. 2020. [en línea. Disponible en: <https://www.margen.org/pandemia/carballeda2020.html>] Consulta 30 de Agosto de 2020.

Ferrara, F (1985) *Teoría Social y Salud*. Catalogas Editorial. Buenos Aires.

Fidel, C., Di Tomaso, R., Farías, C., (2008) *Territorio, condiciones de vida y exclusión: el Partido de Quilmes (Provincia de Buenos Aires, Argentina)*. Buenos Aires, editorial CLACSO-CROP.

Pereyra, B.; Vommaro, P. (2010) *Movimientos sociales y derechos humanos en la Argentina*. Ediciones Ciccus. Buenos Aires.

Thwaites Rey, M (2005) *Entre tecnócratas globalizados y políticos clientelistas*. Prometeo, Buenos Aires.

Zizek, S (2020) *Sopa de Wuban. Pensamiento contemporáneo en tiempos de pandemias*. ASPO. Buenos Aires.

Páginas Web Consultadas

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

<https://revistasudestada.com.ar/articulo/1538/tres-corazones-en-villa-itati/>

Artículos seleccionados

La intervención profesional en Atención Primaria de la salud en contexto de Covid 19

Experiencia en un municipio del conurbano bonaerense

Guadalupe Fernández*

Fecha de recepción:	26 de octubre de 2020
Fecha de aceptación:	11 de noviembre de 2020
Correspondencia a:	Guadalupe Fernández
Correo electrónico:	guadalupefernandez82@hotmail.com

*. Lic. En Trabajo Social. UBA. Centro de Atención Familiar y de Salud Canal. Secretaría de Salud Municipio de Tigre.

Resumen:

En el presente trabajo busque compartir algunas reflexiones que surgen a partir de las consecuencias que trae la emergencia del COVID-19 en el funcionamiento de un centro de salud en el primer nivel de atención de la provincia de Buenos Aires, así como también en las características que toma en dicho contexto el rol profesional.

Dichas reflexiones y preguntas fueron apareciendo en un principio y durante el avance de la pandemia tanto desde el equipo de salud como desde el trabajo social.

Reflexiono también en torno a las características que tomo la demanda de intervención al trabajo social. Encontrándose esta misma fuertemente tomada por al acompañamiento a la población en el sorteo de obstáculos al acceso a distintas prestaciones.

Describo también la experiencia de implementación del operativo Detectar por parte del equipo de salud y como operaron como elementos favorables el vínculo previo con la población como así también el trabajo en equipo sostenido los años previos.

Finalmente reflexiono sobre la oportunidad que significa el contexto en torno a la ampliación de la mirada e incorporación de conceptos nuevos del área de epidemiología y salud pública. Áreas poco exploradas desde el trabajo social en el primer nivel de atención.

No quisiera dejar de mencionar que si bien la elaboración del artículo fue encarnada por mi persona, refleja y sintetiza los debates y reflexiones cotidianos que nos fueron atravesando tanto a colegas como al resto de mis compañeros del equipo de salud en el transcurso de los últimos meses.

Palabras clave: Accesibilidad - Interdisciplina - Atención primaria de la salud.

Summary

In this paper, I seek to share some reflections that arise from the consequences that the emergency of COVID-19 brings in the operation of a health center in the first level of care in the province of Buenos Aires, as well as on the characteristics that takes on the professional role in this context.

So I share some reflections and questions that appeared at the beginning and during the advance of the pandemic both from the health team and from social work.

I also reflect on the characteristics of the demand for intervention in social work. Finding this same strongly taken by the accompaniment of the population in the draw of obstacles to access to different benefits.

On the other hand, I describe the experience of implementing the Detect operation by the health team and how the previous link with the territory and the population operated as favorable elements, as well as the teamwork sustained in the previous years.

Finally I reflect on the opportunity that the context means around the broadening of the outlook and incorporation of new concepts from the area of epidemiology and public health. Areas of knowledge little explored from social work in the first level of care.

I would not want to stop mentioning that although the elaboration of the article was embodied by myself, it reflects and synthesizes the daily data and reflections that have passed through both colleagues and the rest of my colleagues on the health team in the course of the last few months.

Key words: Accessibility; interdiscipline; primary health care.

Introducción

La intervención del equipo de salud y específicamente del Trabajador Social en atención primaria de la salud se caracteriza por la inserción en una institución de salud ubicada en una zona pre-determinada a la cual se denomina área programática¹, interviniendo con una población comúnmente estable. Las actividades que se desarrollan desde este tipo de instituciones se suelen

dividir entre actividades de asistencia y actividades de promoción de la salud. Interviniendo generalmente desde equipos conformados de manera interdisciplinaria.

Las actividades tanto de promoción como asistenciales se desarrollan mayormente dentro de la institución y en parte fuera de la misma en la modalidad denominada "extra muros", las cuales se desarrollan en la vía pública

1. Área Programática es un concepto operativo en la gestión de la Salud Pública. Cada efector de salud, sea Hospital o Centro de Salud, tiene a su cargo un área geodemográfica de responsabilidad. La conducción del efector de salud tiene a su cargo el cumplimiento en su área local de las políticas de salud provinciales. (extraído de http://www.altaalegremia.com.ar/contenidos/Guia_estudio_area_Programatica.html)

o en algunas ocasiones en instituciones u organizaciones que se encuentran dentro del área.

La institución, comúnmente denominada “salita”, en general se encuentre dentro de las cercanías donde la población destinataria reside y suele funcionar en la cotidianidad como una de las instituciones de referencia para la misma.

Se suele denominar al primer nivel de atención como la puerta de entrada al sistema de salud.

Así Mario Testa señala que “(...) la atención primaria es el eslabón inicial de la cadena de atención, donde se resuelven los problemas de menor dificultad técnica -diagnóstica y terapéutica- y se orientan los restantes a los niveles sucesivos de la cadena”. (Testa, 1996, pág. 1)

Por otro lado Luna y Kroeger señalan que “La atención primaria de la salud (...) representa el primer nivel de contacto de los individuos, la familia y la comunidad con el sistema nacional de salud, llevando lo más cerca posible la atención en salud al lugar de residencia y trabajo, y constituye el primer elemento de un proceso permanente de asistencia sanitaria”. (Luna y Kroeger, 1987, pág. 6)

En centro de salud en el cual llevo adelante el trabajo cotidiano y desde el cual elabore dicho trabajo, está ubicado en una localidad del segundo cordón del conurbano bonaerense.

La institución se encuentra ubicada a 150 mts., aproximadamente, de la entrada de un barrio popular² en que habitan actualmente 3000 personas. Abocándose la atención cotidiana principalmente a esta población.

Desde trabajo social específicamente trabajamos en los siguientes espacios: consultorio de demanda espontánea de trabajo social, proyecto de educación sexual integral en escuelas primarias y secundarias del área programática, grupo de mujeres, consultorio interdisciplinario de interrupción legal de embarazo, espacio de abordaje interdisciplinario de situaciones de niños con derechos vulnerados y acompañamiento a estudiantes de trabajo social de la UBA que realizan prácticas pre-profesionales.

Emergencia del COVID- 19 e inicio del período de ASPO. Nos invaden las preguntas

Ante el establecimiento del aislamiento social preventivo y obligatorio (ASPO) por el gobierno nacional a partir del surgimiento de los primeros casos de COVID 19, el funcionamiento del centro de salud se modificó, estableciéndose distintos turnos entre el equipo y acotando la atención solo a algunas problemáticas de salud consideradas “esenciales”.

Se sostuvieron las atenciones de los controles de niños menores de un año, las interrupciones legales de embarazo, la vacunación de toda la población, la entrega de métodos anticonceptivos, la demanda de medicación para patologías crónicas como la hipertensión, la diabetes, entre otras, y luego de unos meses se restablece el consultorio de demanda espontánea de trabajo social.

Suspendiéndose las actividades de promoción de la salud.

Ante la emergencia abrupta de este contexto como equipo de salud nos empezaron a invadir varios interrogantes.

¿Qué pasa cuando una situación particular como una pandemia dificulta el acceso como profesionales al contacto con las familias y por ende a la continuidad de las intervenciones que ya veníamos llevando a cabo?

Si decimos que la atención primaria es la puerta de entrada al sistema de salud, ¿Qué pasa cuando solo algunas de las prestaciones se sostienen?

¿Cómo llevamos adelante los acompañamientos de distintas situaciones cuando el contacto telefónico no es una posibilidad real con una parte importante de la población con la que trabajamos? Cuando observamos cada vez es mayor la población que no tienen acceso a un teléfono.

¿Es posible el abordaje profesional desde el trabajo social y del equipo de salud sin el acceso al territorio?

2. El Ministerio de Desarrollo Territorial y Hábitat define al barrio popular como a los barrios vulnerables en los que viven al menos 8 familias agrupadas o contiguas, 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 (red de agua corriente, red de energía eléctrica con medidor domiciliario y/o red cloacal).

Desde el trabajo social nos preguntábamos ¿Cuál es el aporte desde la mirada social a las situaciones que llegan a las instituciones? ¿Terminaremos haciendo tareas que no se vinculan con nuestro rol profesional?

¿Qué pasa con las personas con padecimientos de salud mental y problemáticas de consumo o con problemas de adherencia a tratamientos médicos? ¿Cómo abordamos estas problemáticas si no es posible el encuentro con el otro? ¿Con el otro paciente y con el otro que es parte del equipo?

El concepto de Modelo Médico Hegemónico es definido por Eduardo Menéndez como *"el conjunto de prácticas, saberes y teorías generados por el desarrollo de lo que se conoce como medicina científica, el cual desde fines del siglo XVIII ha ido logrando establecer como subalternas al conjunto de prácticas, saberes e ideologías teóricas hasta entonces dominantes en los conjuntos sociales, hasta lograr identificarse como la única forma de atender la enfermedad legitimada tanto por criterios científicos, como por el Estado"*. (E. Menéndez, pág. 451.1988)

Este autor señala que dicho modelo cuenta con distintos rasgos estructurales, siendo uno de ellos el biologismo *"el cual constituye el factor que garantiza no sólo la cientificidad del modelo, sino la diferenciación y jerarquización respecto de otros factores explicativos. (...) el biologismo subordina en términos metodológicos y en términos ideológicos a los otros niveles explicativos posibles. Lo manifiesto de la enfermedad es ponderado en función de este rasgo, como lo casual, sin remitir a la red de relaciones sociales que determinan lo fenoménico de la enfermedad."* (E. Menéndez, pág. 452.1988)

De esta manera, lo mencionado por Eduardo Menéndez se observa en la cotidianidad de las instituciones de salud, no solo en la concepción hegemónica de las problemáticas de salud sino en su abordaje. Quedando en un segundo plano la reflexión en torno a los determinantes sociales que inciden en dichas problemáticas.

Dicha concepción biologicista de la salud queda aún más visibilizado al emerger una problemática de salud como el COVID 19. Se postergan e invisibilizan otras problemáticas sociales que desde una perspectiva integral de la salud forma parte del proceso-salud-enfermedad-atención (en adelante PSEA) de la población.

¿Es nuestro rol desde el trabajo social señalar que dichas problemáticas son parte del PSEA? ¿Lo es plantear al resto del equipo de salud la importancia de continuar en el abordaje de las mismas?

Todas preguntas que nos hacíamos cuando todo esto empezó.

Accesibilidad y rol de trabajo social en Atención primaria de la salud

Ya es el mes de agosto la curva de contagios crece y la incertidumbre cesa, ya pudimos ir develando de a poco cual es nuestro rol desde el trabajo social en este contexto. Nos encontramos acompañando a la población en las dificultades de acceso a distintas prestaciones, en el contacto con la población en el territorio y en la articulación inter-institucional.

Nuestro rol profesional en las instituciones tiene una fuerte centralidad en el acompañamiento de las personas en la accesibilidad a distintas prestaciones. En un escenario caracterizado porque muchas de las instituciones se encuentran cerradas o con horarios reducidos, a lo cual se suma la limitación en la circulación de la población, se refuerza aún más nuestro rol vinculado a dicha tarea.

Existen diferentes barreras en la accesibilidad a la salud que fueron caracterizadas por algunos autores las barreras geográficas, económicas, administrativas y simbólicas.

Hace algunos años desde las instituciones venimos siendo testigos de la emergencia de otro tipo de barreras de acceso, las vinculadas a la accesibilidad digital.

En este sentido Clemente define a la accesibilidad como *"un proceso de interacción que por su naturaleza, la relación entre las personas y los servicios es asimétrica. La determinación principal está en quien ofrece "soluciones", no en quien demanda. Cuanto mayor es la urgencia, mayor es la asimetría y menor influencia del usuario en las reglas (normas y procedimientos) de acceso. Se ponen en juego requisitos y criterios que se corresponden parcial o totalmente con el destinatario, en suma, el beneficiario. Se trata de un sujeto ideal, en el sentido que se piensa a la persona, la familia o la organización con un determinado perfil, cuyas generalidades son a su vez representativas de un universo mayor."* (Clemente, 2018, Pág. 37)

Así observamos que en el contexto actual la vía de acceso a muchas prestaciones institucionales queda reducida a la vía virtual, lo cual en no pocas ocasiones significa un obstáculo real para la población que muchas veces no cuenta con los medios materiales (dispositivos tecnoló-

gicos), con la conectividad requerida o los conocimientos necesarios para el uso de los mismos.

Como fue señalado por Clemente, los requisitos que ponen las instituciones para el acceso lo hacen pensando en una población “ideal”, en este caso, que cuente con medios materiales (dispositivos tecnológicos), con la conectividad requerida o los conocimientos para el uso de estos.

La pandemia visualiza la mayor vulnerabilidad de los pobres en términos de salud, vulnerabilidad determinada principalmente por la desigualdad económica, como es señalado también por Kreplak.

Así como la desigualdad económica se materializa en una alimentación inadecuada, en la precariedad e inestabilidad habitacional o en la precariedad laboral, entre otras cuestiones, hoy la visualizamos también en el no acceso a la conectividad. Profundizando esto la situación de desigualdad preexistente.

Como venimos señalando las demandas de atención de la población hacia nuestra profesión se relacionan con el acompañamiento en el sorteo de estos obstáculos mencionados, los cuales como mencionamos evidencian la desigualdad social.

Por otro lado, emergen y se visualizan también las situaciones más agudas y complejas vinculadas a niños con derechos vulnerados, o a mujeres que atraviesan violencia de género o pacientes con padecimientos de salud mental.

Así es que observamos que al pasar los meses se hace inevitable por un lado, el acceso del equipo de salud al territorio, como así también, el acercamiento de la población al centro de salud.

Esto que nos preguntábamos en un principio es comprobado. No es posible sostener la intervención y el acompañamiento desde una institución con inserción territorial sin el contacto con la población. Con el correr de los meses se hace inevitable el encuentro entre ambos actores.

Al funcionar la atención primaria de la salud como “la puerta de entrada” al sistema de salud y conformarse “la salita” como una institución de referencia en lo cotidiano para la población, a mediano plazo esta termina acudiendo en busca de una respuesta frente a distintas necesidades y dificultades que se le van presentando.

En términos de Alfredo Carballeda acude en demanda de asistencia y acompañamiento un “sujeto inesperado”. Refiriendo el autor, con dicha definición al evento por el cual irrumpe en las instituciones un sujeto atravesado por múltiples derechos vulnerados, el cual se aleja al sujeto de intervención que espera la institución.

“Entre el sujeto que cada institución sigue esperando y el que realmente llega se produce una distancia que varía según diferentes circunstancias, que en determinadas situaciones puede ser transitable y, en otras, produce un hiato, un vacío que lo torna irreconocible y ajeno.” (Carballeda, 2017, pág. 50)

Dicho proceso describe el autor, trae aparejado una sensación de incertidumbre e incapacidad en la respuesta que repercute en una sensación de desconcierto e indignación.

Así el mismo señala que “(las instituciones) Se muestran azoradas, con menor capacidad de respuesta, atravesando una intensa crisis de legitimidad y representación al no poder cumplir con sus mandatos fundacionales. La incertidumbre también atraviesa a las instituciones. (...) *Al terminar de desdibujarse el proyecto de nación, la fraternidad como elemento esencial en la constitución de este se evapora y se extravía el sentido, el “para qué” de las prácticas y los dispositivos.*” (Carballeda, 2017, pág. 49)

Dichos procesos ya analizados por el autor un período anterior a la pandemia, se profundizan en el actual contexto.

Así es que la fragmentación institucional, la incertidumbre e incapacidad frente a la tarea se profundizan en el actual contexto, al irrumpir este sujeto inesperado, al cual no podemos o sabemos cómo acompañar y dar respuesta.

La incertidumbre deja su lugar al cansancio

Notamos como al pasar los meses las dudas y la incertidumbre seden su centralidad a la sensación de cansancio.

Así después de varios meses de amenaza del crecimiento de la curva de contagios, finalmente la misma se acelera en el momento de mayor agotamiento del equipo.

Desde el trabajo social, a raíz de los cambios en el funcionamiento de las instituciones con las que articula-

mos, los pasos y tareas que se deben desplegar para el abordaje de las situaciones pasan a ser mayores que en el contexto de normalidad.

Como fue mencionado al estar muchas instituciones cerradas a la atención de la población, el contacto con las mismas es más complejo. Funcionando algunas de estas con guardia o incluso cambiando constantemente y en distintos momentos las normas de funcionamiento.

Esta dinámica hace que sea necesario estar desplegando de manera constante tareas de articulación con distintos actores e instituciones. Dicho despliegue y reacomodamiento continuo, hace que la tarea se vuelva más agobiante. A esto se suma el malestar subjetivo que experimentamos muchas veces, ante algunas situaciones en que da la sensación de no estar pudiendo "resolver" o "avanzar" en la resolución de las mismas.

Otro factor que aporta al agotamiento cotidiano es la suspensión de los dispositivos de corte más preventivo, como son los proyectos de educación sexual integral implementados en escuelas del área o los espacios grupales. Funcionando muchas veces dichos espacios como "oxigenantes" frente a la tarea asistencial.

Vuelta al barrio de la mano del operativo Detectar

A partir del aumento de casos de COVID positivo en el AMBA, en el mes de mayo una de las estrategias de abordaje que se desplegó desde el Ministerio de Salud de la Nación fue la implementación del Operativo Detectar (dispositivo estratégico de testeo para coronavirus en territorio argentino). El mismo consistió en la búsqueda activa en barrios populares del AMBA de casos positivos de COVID 19.

La implementación del mismo se hizo a partir del recorrido casa por casa a fin de indagar en la población la existencia de síntomas compatibles con COVID 19.

En palabras de la Secretaría de Acceso a la Salud Carla Vizzotti "Este operativo consiste en la búsqueda intensificada de personas que tengan síntomas y puedan cumplir con la definición de caso y en la realización de testeos de diagnóstico para confirmarlo o descartarlo, poder prestarle cuidados y minimizar la transmisión del

virus", agregó la funcionaria. (...) Las personas con resultado positivo serán derivadas para su cuidado y atención y se evaluarán los contactos estrechos para favorecer la detección precoz de más casos."³

En el despliegue e implementación de este plan los equipos de salud del primer nivel de atención fuimos centrales para la llegada al territorio y a las familias.

Así una de las vueltas al territorio como equipo de salud se dio de la mano de la implementación de este operativo en el barrio.

La implementación del mismo dejó en evidencia algunas cuestiones pre-existentes en el equipo y en la institución. Observamos como tomo centralidad el vínculo previo con el territorio y sus referentes para el acercamiento casa por casa, así como también para el acompañamiento en los casos en que las familias debían llevar adelante aislamiento domiciliario.

En el recorrido fue central la participación de los vecinos y referentes barriales. Sin un vínculo previo desde el equipo con dichos actores, nos hubiera sido más dificultoso el despliegue de esta estrategia. En este sentido, se evidencian las características del vínculo previo del equipo con el territorio, ya sea desde la articulación con los referentes así como en la recepción positiva que existió por parte de la población en la implementación del operativo.

En este sentido es pertinente el planteo de Kleplak en relación a la fuerza colectiva del vínculo entre el equipo de salud y la población. El mismo señala que "*En las semanas que llevamos viviendo en aislamiento aprendimos que la forma más efectiva para acotar la expansión de una epidemia puede estar mucho antes de acceder a una consulta médica. Vimos que el equipo de salud es esencial pero que la mayor fuerza sanitaria es la acción colectiva de cuidado concretada por la comunidad organizada con la conducción de un Estado responsable. Descubrimos un círculo virtuoso en el que el pueblo y el equipo de salud se cuidan mutuamente.*" (Kreplak, 2020, pág. 12).

De esta manera el éxito en el despliegue del operativo Detectar en el territorio se vio fuertemente condicionado al trabajo articulado y de cuidado entre ambos actores.

Así mismo otra de las cuestiones que visualizamos, con

3. <https://www.argentina.gob.ar/noticias/se-suman-nuevas-acciones-para-la-deteccion-de-casos-de-covid-19>

el despliegue de este operativo, fueron algunas de las características del equipo de salud. Como mencionamos, en el período anterior a la emergencia de la pandemia, desde la institución sosteníamos distintos dispositivos de abordaje interdisciplinarios.

Stolkiner señala que *“la primera condición del trabajo interdisciplinario es que sea una actividad sostenida y que se desarrolle en una lógica cooperativa.(...)Pensar lo metodológico en interdisciplina parte de reconocer que las disciplinas no son únicas, sino que tiene atravesamientos ideológicos que las fragmentan así la configuración del equipo implica una reflexión sobre los postulados transversales compartidos y los principios comunes de la tarea. (...) el trabajo fundante de un equipo interdisciplinario es ir estableciendo un marco referencial y ético común y coincidir en los objetivos de la tarea”*. (Stolkiner, A. 2012, pág. 4).

La existencia previa en la institución de espacios de intervención interdisciplinarios, que se venían sosteniendo desde hace varios años, facilitó el trabajo en general y la implementación de dicho operativo en particular.

El trabajo en equipo sostenido en el tiempo fortalece el vínculo entre los participantes, al obligar a los mismos constantemente a acordar y discutir criterios y a pensar colectivamente las estrategias para la intervención cotidiana.

En este sentido, podríamos pensar que el trabajo cotidiano se caracterizó por *“un acompañamiento mutuo en la intervención”*. En el operativo Detectar, como mencionamos, se recorrió casa por casa por duplas integradas tanto por profesionales como por miembros del equipo no-profesionales y por algún vecino o referente barrial. Ante la emergencia de una intervención diferencial en un contexto de incertidumbre, el *“acompañamiento mutuo”* es una manera central de sobrellevar la tarea.

Así aprendimos que el cuidado es mutuo, es colectivo y es entre todos.

Palabras finales

En el presente trabajo busque describir la incertidumbre experimentada frente al rol profesional al principio de la emergencia de la pandemia y el establecimiento del período de ASPO así como también las consecuencias que trajo este nuevo escenario en el funcionamiento institucional de un centro de salud de un municipio del segundo cordón del conurbano bonaerense.

Las dificultades en el acceso de la población a las prestaciones sociales que se dan desde otras instituciones ubico al rol profesional en el acompañamiento de dicha población en el sorteo de estos obstáculos señalados. Convirtiéndose la virtualidad en un obstáculo central para el acceso de la población a distintos derechos. Proceso que evidencio la desigualdad económica existente.

Así mismo las situaciones de mayor vulnerabilidad social se continuaron acompañando tanto por demanda de la población como por decisión del equipo.

El escenario emergente nos impone como desafío tanto al trabajo social como al resto del equipo de salud la necesidad de comenzar a formarnos e incorporar conocimientos sobre otros aspectos del área de salud como la epidemiología y la salud pública, herramientas necesarias para la lectura de la realidad emergente hasta ahora poco incursionado desde el primer nivel de atención. En este sentido, así como la emergencia de un escenario diferente trae incertidumbre y preguntas, también trae la oportunidad de tomar contacto con nuevas herramientas para entender el mismo.

Se pudo dilucidar la gran centralidad que adquirió el vínculo entre equipo de salud en el primer nivel de atención y la población, así como también, el trabajo interdisciplinario sostenido en el tiempo.

Las acciones en pos de la construcción y sostenimiento del trabajo en equipo pasan a ocupar un lugar de fuerte valoración. Así al decir de Stolkiner *“el trabajo interdisciplinario es una experiencia que transforma a quienes la atraviesan”*. (Stolkiner, A. 2012, pág. 6).

Este contexto particular puede significar una gran oportunidad para continuar reforzando un vínculo más estrecho entre las instituciones y la población así como también con nuevos actores emergentes en el territorio. Esto último será sumamente central para el abordaje del escenario posterior al ASPO y de post-pandemia, que requerirá de una fuerte articulación inter-sectorial.

Tomando los aportes de Kreplak, la acción colectiva de cuidado entre la salita y los vecinos será el norte a construir en los meses que quedan así como en el escenario post pandemia que se avizora cada vez más lejano.

Ocupando un lugar primordial en dicho proceso la participación y el aporte de nuestra disciplina.

Bibliografía

Carballeda A. (2017) *La irrupción de un sujeto inesperado en las instituciones* en Revista Voces en el Fenix N° 62. Buenos Aires. [En línea disponible en : <https://www.vocesenelfenix.com/content/la-irrupci%C3%B3n-de-un-sujeto-inesperado-en-las-instituciones>] Fecha de consulta: 23 de octubre del 2020.

Clemente, A. (2018). *La accesibilidad como problema de las políticas sociales. Un universo de encuentros y desvinculaciones*. Editorial Espacio. Buenos Aires.

Kreplak N. (2020) *La pandemia y la injusticia*, en Revista Soberanía Sanitaria. Edición Especial. Buenos Aires. [en línea disponible en: <http://revistasoberaniasanitaria.com.ar/wp-content/uploads/2020/05/edicionespecialpandemia.pdf>] consulta: 23 de octubre del 2020.

Luna, R. y Kroeger, A. (1987). *Atención primaria de la salud*. Principios y método. OPS.

Menéndez, E (1988) *Modelo médico hegemónico y atención primaria*. Segundas Jornadas de Atención Primaria de la Salud. Buenos Aires.

Stolkiner, A. (2012) *Dialogo sobre disciplina*. Periódico En Dialogo. Extensión, Universidad de la República de Uruguay. [Disponible en línea: www.extension.edu.uy/endialogo.] fecha de consulta: 28 de agosto del 2020.

Testa, M. (1996) *¿Atención primaria o primitiva? de la salud en Pensar en Salud*. Lugar Editorial. Buenos Aires.

Fuentes documentales

Sitio web Ministerio de salud de la Nación: <https://www.argentina.gob.ar/salud>

Detectar. Dispositivo estratégico de testeo para Coronavirus en Territorio Argentino, disponible en: <https://www.argentina.gob.ar/coronavirus/detectar>

Definición de Barrios Populares. Disponible en: sitio web del Ministerio de Desarrollo Territorial y Hábitat de la Nación: <https://www.argentina.gob.ar/noticias/barrios-populares>

Definición de Área Programática. Disponible en: http://www.altalegremia.com.ar/contenidos/Guia_estudio_area_Programatica.html

Artículos seleccionados

Apuntes sobre el ejercicio de memoria y género. Una mirada hacia el recorrido histórico de la ex-EsMA

**Lucía Escudeiro^a, Daniela Felitte^b, Micaela Megias^c
y Camila Schneider^d**

Fecha de recepción: 31 de agosto de 2020
Fecha de aceptación: 26 de octubre de 2020
Correspondencia a: Daniela Felitte
Correo electrónico: felittedaniela@gmail.com

- a. Estudiante de la Lic. en Trabajo Social. Facultad de Ciencias Sociales. UBA.
- b. Estudiante de la Lic. en Trabajo Social. Facultad de Ciencias Sociales. UBA.
- c. Estudiante de la Lic. en Trabajo Social. Facultad de Ciencias Sociales. UBA.
- d. Estudiante de la Lic. en Trabajo Social. Facultad de Ciencias Sociales. UBA.

Resumen:

En el presente artículo nos proponemos analizar el dispositivo de visitas guiadas "Recorrido Histórico" del ex Centro Clandestino de Detención (CCDTyE) de la Escuela Mecánica de la Armada (EsMA) y su reconfiguración a partir de la medida de Aislamiento Social, Preventivo y Obligatorio. Para ello, nos basamos principalmente en entrevistas realizadas a dos trabajadoras del Espacio que offician de guías en las visitas.

Se buscará dar cuenta del Recorrido Histórico como un dispositivo comunitario-pedagógico permeable a las demandas de la comunidad, prestando especial atención al proceso de irrupción de la perspectiva de género en la institución.

Las presentes reflexiones pretenden aportar categorías propias del Trabajo Social al análisis del campo de las políticas de memoria. Esto desde un abordaje teórico-práctico en el marco de nuestro proceso como estudiantes de grado de la Facultad de Ciencias Sociales de la Universidad de Buenos Aires.

Palabras clave: Dispositivo - Memoria - Género.

Summary

In this article, we propose to analyze the "Historical Tour" guided visits device of the former Clandestine Center of Detention (CCDTyE) of Escuela Mecánica de la Armada (EsMA) and its reconfiguration based on the measure of Social, Preventive and Mandatory Isolation. To do this, we relied mainly on interviews with two workers from the Institution who act as guides during the visits.

The article will seek to account for the Historical Tour as a community-pedagogical device, permeable to the community demands, focusing on the process of irruption of the gender perspective in the institution.

The current reflections intend to contribute Social Work categories to the analysis of the field of memory politics. All this, from a theoretical-practical approach within the framework of our process as undergraduate students of the University of Buenos Aires.

Key words: Device; Memory; Gender.

Introducción

En el presente artículo nos proponemos analizar el dispositivo de visitas guiadas "Recorrido Histórico" del ex Centro Clandestino de Detención, Tortura y Exterminio (CCDTyE) de la Escuela Mecánica de la Armada (EsMA). Entendiendo al mismo como parte del campo de las políticas de memoria, pretendemos explorar desde una mirada amplia los fundamentos que lo constituyen y su adecuación al contexto actual de pandemia y Aislamiento Social, Preventivo y Obligatorio (ASPO) por COVID-19, promulgado en el Decreto N°260/20.

Consideramos al Recorrido Histórico como un dispositivo comunitario-pedagógico cuyo contenido es flexible, dinámico y cambiante. Se trata de un trabajo

con la comunidad dado que la ex-EsMA es un Sitio de Memoria abierto a la sociedad que, a partir de distintas actividades, genera intercambios en función de reconstruir el entramado comunitario, conformándose así en oposición a la política de silencio, desmovilización y fragmentación social del Terrorismo de Estado. Esta característica permite la incorporación de demandas e inquietudes de quienes asisten a las visitas guiadas como insumos para modificar la construcción discursiva y el contenido que se transmite en el Recorrido Histórico, lo que da cuenta de su dinamismo. Otras fuentes para la revisión y adecuación de este contenido son los testimonios de sobrevivientes¹, los archivos del Sitio y los juicios de lesa humanidad, cuya ampliación y consulta se vieron obstaculizados por la actual coyuntura.

1. A lo largo del artículo utilizaremos la letra "x" como genérico, partiendo de que la letra "o" del género masculino excluye, invisibilizando la diversidad de identidades. De esta manera, evitamos reproducir el binarismo y el sexismo de la lengua.

En el marco de este proceso de reformulación del Recorrido Histórico, consideramos que, en los últimos años, la problemática en torno al género en los CCD-TyE durante la última dictadura cívico-militar (1976-1983) ingresó a la ex-EsMA a partir de sus visitantxs. Las trabajadoras del Recorrido Histórico plantearon esta demanda al interior del equipo de trabajo y, en el 2018, la perspectiva de género comenzó a ser debatida y problematizada a fin de incorporarse al contenido de las visitas.

Sin embargo, debido a la emergencia sociosanitaria, se imposibilita la continuidad del intercambio presencial con la comunidad en el marco de las visitas guiadas. El objetivo del presente trabajo, entonces, es dar cuenta del funcionamiento y de los cambios en la construcción del Recorrido Histórico desde sus contenidos, y cómo este proceso continúa o se ve obturado en el marco de las medidas de ASPO.

En este sentido, considerando que el Trabajo Social surge a partir de demandas y luchas sociales (Netto, 2020), sostenemos que la disciplina tiene incumbencia en la temática; y de allí la importancia de sistematizar experiencias, realizar investigaciones en el campo y producir escritos para socializar con el colectivo profesional. ¿Cómo se reconfigura el instrumento en las nuevas condiciones de intervención? ¿Qué dificultades u oportunidades surgen? ¿Cómo se llevan a cabo los objetivos de trabajo planificados? ¿Cómo continuaron las disputas en torno a la perspectiva de género? Estos son algunos de los interrogantes que nos proponemos abordar.

Para ello, se realizaron entrevistas semiestructuradas, en profundidad por videoconferencias con dos trabajadoras del Recorrido Histórico de la ex-EsMA, perteneciente al Ente Público Espacio para la Memoria y la Promoción y Defensa de los Derechos Humanos, Laura Guevara y Agustina Larsen.² Las mismas sirvieron de disparadores y sustento de muchas de las categorías abordadas en el presente escrito, constituyéndose desde una perspectiva teórico-práctica como parte de nuestra formación en grado de Trabajo Social en la Facultad de Ciencias Sociales de la Universidad de Buenos Aires.

Genealogía del Recorrido Histórico

El Recorrido Histórico del Espacio para la Memoria ex-EsMA surgió en el año 2005 y consiste en una visita guiada realizada por un grupo de trabajadorxs que offician de guías. Lxs trabajadorxs del Recorrido tienen diversas inscripciones militantes y profesionales, y conforman un equipo heterogéneo que lleva adelante una práctica social materializada, según lo definiremos, en un dispositivo comunitario-pedagógico.

El recorrido en tanto práctica social con características dinámicas es definido por Laura Guevara como una contextualización sobre lo ocurrido en el último período de dictadura cívico militar en nuestro país, en conjunción con un diálogo más allá de la historia que involucra de forma activa a lxs participantxs del Recorrido y brinda un espacio para opiniones e interrogantes. La actividad incluye en el recorrido el paso por los distintos edificios del predio³. Estas marcas históricas, entre las que se destacan el edificio con el pabellón central donde funcionaba la Escuela Mecánica de la Armada, la Enfermería y el Taller de Automotores representaron distintas funciones sociales al interior del circuito represivo del centro clandestino y constituyen el principal material del Recorrido Histórico. Lxs guías recorren el predio con cada grupo promoviendo el “estar ahí”, dimensionando sus funciones originales y conociendo su vínculo con las redes del Terrorismo de Estado, para colaborar con la historización de su conformación actual (Espacio Memoria y Derechos Humanos, 2020).

El Recorrido Histórico como dispositivo comunitario-pedagógico

El Recorrido Histórico se constituye como un dispositivo, caracterizado como una red de elementos heterogéneos de naturaleza esencialmente estratégica, que involucran cierta manipulación de relaciones de fuerza (D’Agostino y Lamarque Angelillo, 2017). El dispositivo depende de un marco teórico que lo legitima, de un conjunto de discursos, de instituciones y de leyes que lo habilitan y apuntalan, permitiéndole no solo la enunciación de sentidos instituidos sino la posibilidad de transformación y generación de nuevos instituyentes.

2. Las mismas forman parte de un equipo de nueve guías y una coordinadora. Queremos agradecerles por su participación.

3. Al interior del predio se encuentran instituciones públicas, organismos de derechos humanos y asociaciones de sociedad civil.

Un dispositivo es, entonces, un montaje que dispone, que provoca y que crea las condiciones para desplegar líneas de visibilidad y enunciabilidad particulares, como sostiene Fernández (2007) una "máquina para hacer ver y para hacer hablar" (citado en D'Agostino y Lamarque Angellillo, 2017, p.9). En este caso es utilizado para materializar el "ejercicio colectivo de memoria", la forma esencial por la que definen las entrevistadas al Recorrido Histórico.

Consideramos que el dispositivo en análisis presenta una dimensión comunitaria en dos sentidos: como práctica social y porque participa de las líneas programáticas de una institución que se define como "Espacio de Memoria", pretendiendo intervenir sobre el territorio. En términos de Brancoli (2013):

La comunidad sintoniza con el concepto de territorio como escenario para la ejecución de políticas sociales delimitadas en función de demandas nominales y específicas de cada sección territorial (escala municipal), de actores constituidos para tal fin (crecimiento del tercer sector) y de una lógica competitiva para la asignación de recursos (formulación de proyectos). (p.168)

A su vez, en tanto práctica social, contiene un sustento metodológico anclado en la comunidad que puede definirse a partir de dos sentidos. Por un lado, porque en su ejercicio reconstruye a la comunidad como vector para canalizar propuestas de trabajo, con énfasis en lo educativo y en lo promocional. Por otro lado, al producir articulaciones con distintas instituciones que intervienen en la vida social de lxs sujetxs, repone una concepción de la comunidad como tipo específico de lazo social, constituido en un orden identitario, pero también de sostén y referencia (Brancoli, 2013).

El dispositivo se considera pedagógico por constituirse como una intervención educativa que promueve transformaciones en las acciones y representaciones de lxs sujetxs sobre su realidad, oponiendo un programa específico al sentido común. El hablar y al mismo tiempo producir una realidad, generan un trabajo educativo que la sostiene por su propia enunciación y por los lazos intersubjetivos que crea en tanto relación pedagógica, no siendo el objeto del dispositivo develar estructuras ocultas sino reconocer una nueva realidad construida en el transcurso de la conversación (Martinic, 1998).

A lo largo de quince años de ejercicio, lxs trabajadorxs del Recorrido Histórico intentaron e intentan interve-

nir desde un posicionamiento ético-político crítico fundado en una visión del contexto histórico en donde se inserta el espacio y las personas que asisten a la visita guiada. Este posicionamiento es referido por las entrevistadas como la continuidad de sostener un "gesto pedagógico", de una "disposición" al debate y consenso que provee el diálogo entre visitantxs-guía-predio. Es decir, mantener una pregunta por la (re)construcción del dispositivo que incluya las visiones de la comunidad participante en cada visita, y así nutrir una forma de proceder adaptada a la realidad que interpele, problematice y habilite el debate, cumpliendo una función pedagógica.

Parte de esta tarea es poder resemantizar y activar el lenguaje en torno a los hechos que acontecieron en la dictadura y apropiarse del relato histórico para pensar el presente, contraponiendo un uso ejemplar de la memoria que constituya al pasado como principio de acción para el presente. (Todorov, 2000). Las trabajadoras ejemplifican con algunas dinámicas que persiguen estos objetivos y que fueron materializando en sus años de experiencia, como completar una planilla luego de cada visita señalando los nuevos y persistentes interrogantes, reacciones e inquietudes.

De esta manera, podemos pensar el Recorrido Histórico a partir del proceso metodológico de mediaciones que plantea el trabajador social brasileiro Pontes (2003). El mismo consiste en comprender las determinaciones y mediaciones existentes en los procesos históricos a partir de las dimensiones de la universalidad, la singularidad y la particularidad. La particularidad es la síntesis entre la universalidad y la singularidad; es decir, la manera en que las grandes leyes y tendencias del complejo social se manifiestan en una situación particular, a partir de la dinámica de los hechos de la vida cotidiana que se presentan en la inmediatez.

Las entrevistadas mencionan que en las visitas tratan de vincular la universalidad del pasado de la dictadura con el presente y la singularidad de cada grupo de visita. Es decir, buscan adaptar la visita a la singularidad de cada grupo, particularizando la intervención de cada recorrido. En palabras de Laura Guevara, intentan recuperar "cómo impactó en cada unx" lo sucedido durante la dictadura en "un ejercicio de ir [de lo] concreto que tiene que ver con el funcionamiento del centro clandestino y las marcas que dejó en el predio y los testimonios que tenemos, a (...) esa generalidad, a ese contexto", siempre considerando quién es el grupo destinatario de

las visitas. Esto, a su vez, da cuenta de la mencionada flexibilidad y pedagogía del dispositivo.

El Recorrido Histórico: objetivos y contenidos

Los objetivos del Recorrido Histórico se organizan a partir de determinados ejes que se proponen: 1. Dar cuenta del circuito represivo que se llevó a cabo en el predio, 2. Reconocer el proceso de lucha y recuperación del espacio como Espacio de Memoria y 3. Desarrollar la intersección entre el circuito represivo y el contexto amplio del proceso histórico. Este último, según refieren las entrevistadas, remite a “transmitir que el Terrorismo de Estado no [fue] una mancha en nuestra historia, sino una conexión directa con la línea de tiempo de la historia de nuestro país, reciente y actual”.

Oliva (2020) sostiene que comprender la historia de nuestro país y región nos brinda claves sólidas para entender los acontecimientos de la actualidad. En esta línea, desde el dispositivo se busca repensar continuidades y discontinuidades entre los sucesos políticos y represivos de la última dictadura militar con los distintos fenómenos que se suceden en el actual Estado de Derecho. En palabras de las trabajadoras: “hay dos ejes grandes: uno que tiene que ver con los hechos históricos, con el contexto de los sesenta y setenta, con todo lo ocurrido durante la dictadura; y otro que tiene que ver con el momento de enunciación nuestro, de la visita, y lo que está pasando (...) en este momento”. Las entrevistadas afirman que todo lo que se trabaja en las visitas impacta de distintos modos en los grupos que participan, ya sea debido a experiencias militantes, perspectiva de género, historias familiares, etc.

Al nivel de su contenido, el dispositivo del Recorrido Histórico se compone a partir de tres recursos fundamentales. En primer lugar, la recuperación de las voces de lxs participantes de la visita guiada, que reponen temáticas coyunturales y motorizan discusiones dentro del equipo de trabajo.

El resultado de esta conjunción es canalizado en un segundo recurso que consta de capacitaciones realizadas de forma semanal y que abarcan tanto temáticas como perspectivas teóricas diversas. Las capacitaciones se basan en la socialización de lecturas y debates al interior del equipo, o bien mediante la convocatoria a referentes de saberes específicos.

En tercer lugar, lxs trabajadorxs sustentan el contenido de la visita a partir de fuentes documentales como material archivístico, testimonios de sobrevivientxs y juicios concluidos y en proceso. La memoria necesita valerse de un mecanismo que permita llevar a cabo su ejercicio de forma dinámica, permitiendo la reformulación de sus particularidades en el presente y recordando la inscripción de la última dictadura dentro de un proceso histórico nacional y regional, resistiendo desde la política de memoria a prácticas negadoras del Terrorismo de Estado. Es en este sentido que el Recorrido Histórico realiza su aporte.

La(s) memoria(s) desde el Recorrido Histórico

Cuando las trabajadoras del Recorrido Histórico de la ex-EsMA definen al dispositivo como “un ejercicio colectivo de memoria” arrojan distintos interrogantes a analizar; ¿Qué son las memorias? ¿Cuándo se puede hablar de “la memoria”? ¿Cómo se ejerce de forma colectiva? Comprendiendo que no existe una forma inequívoca de definirla, procederemos a pensarla a partir de los siguientes ejes: como proceso subjetivo, histórico y dinámico, como identidad colectiva y como política estatal.

- a. La memoria como proceso subjetivo, histórico y dinámico.

Jelin (2002) considera a las memorias como procesos subjetivos que se dan a partir de experiencias, marcas simbólicas y materiales. La memoria es la presencia del pasado, la huella de una vivencia que se mantiene en quienes tuvieron la experiencia directa o en las personas a las que se les ha transmitido (Grosso, 2002). Como sostienen Piper et al. (2013), la misma se constituye como una práctica social que produce el pasado, y que lo hace a partir de la acción social, política y cultural que construye un universo simbólico que interpreta y relaciona los sentidos atribuidos a la historia y los efectos concretos en la construcción de nuestras realidades (citado en Piper Shafir y Troncoso Pérez, 2015).

Según estas visiones, las memorias individuales se encuentran enmarcadas socialmente y contienen una visión del mundo. Es a partir de esas memorias que se forman narrativas colectivas y se construyen distintos marcos históricos (Jelin, 2002). El carácter histórico de la memoria permite la vinculación de la misma con la

realidad actual, y este es uno de los procesos que las trabajadoras de la ex-EsMA toman como horizonte de intervención. En las entrevistas, refieren que la práctica de la visita guiada pretende promover que el ejercicio de memoria no se constituya como un discurso estático esbozado por una guía, sino que el mismo abone a una comprensión del proceso histórico articulado con la realidad coyuntural. La triple interacción visitan-txs-guías-predio mencionada por las entrevistadas permite dar cuenta de que las memorias no son comprensibles sin un vínculo con el presente y existen cambios históricos en el sentido del pasado, así como en su lugar asignado.

A partir de lo establecido en este último punto, es pertinente en esta instancia realizar una breve distinción entre historia y memoria. La autora Svampa (2013) retoma a Halbwachs para expresar que la historia, a diferencia de las memorias, se pretende universal y fuera de los grupos, y retiene dentro de sus conciencias aquello que permanece vivo del pasado. La memoria, en cambio, constituye parte de la convivencia simultánea de distintas memorias inscriptas en una misma historia.

Esta distinción es observada por Laura Guevara cuando establece que existe una parte del contenido de la visita guiada que se presenta estática dentro del grupo de trabajo, haciendo referencia al discurso sobre el funcionamiento del CCDTyE. Este contenido no se actualiza o debate de forma constante. Estos consensos remiten a un uso de la historia que apunta a describir la función original de los distintos espacios que forman parte del Recorrido Histórico para dar cuenta del circuito represivo dentro de la ex-EsMA y que sirven de marco explicativo para aquello que se está viviendo.

Sin embargo, existe otro tipo de contenido que forma parte de la visita guiada que es revisado y discutido de forma constante a partir de dos especificidades. Por un lado, la adaptación temática con respecto a quien realice la visita guiada. Es decir, se realiza una adaptación de las modalidades de exposición del contenido según se trate de estudiantes de escuelas, grupos de adultxs, extranjerxs, entre otros. Por otro lado, se trabaja sobre los debates de la coyuntura que atraviesan al Recorrido Histórico como dispositivo fundamentalmente pedagógico. Repensar la memoria inscripta en los debates que atraviesan al Recorrido es la forma de materializar el ejercicio de práctica social, discutida y consensuada con las trabajadoras que llevan adelante la actividad.

Los consensos a los que arriban conforman pisos de acuerdos que definen el contenido con el que realizan la visita grupo a grupo. Las discusiones sobre el mismo se dan al interior del equipo de trabajo, y al mismo tiempo con otras instituciones que se encuentran en el predio, dando cuenta del campo multiactoral y la disputa de distintos sentidos para su propia práctica.

b. La memoria como identidad colectiva y campo de disputa.

Las memorias son entendidas como un campo de disputa constante. Reconocerlas de esta manera apunta a focalizar en el rol activo y productor de sentido de lxs participantxs en esas luchas, enmarcadxs en relaciones de poder (Jelin, 2020). A su vez, como explican Piper et al. (2013), la memoria contiene una fuerza simbólica enraizada en su capacidad de producir sujetos, relaciones e imaginarios sociales (citado en Piper Shafir y Troncoso Pérez, 2015).

La memoria es una parte fundamental de la identidad y ésta se presenta como construcción de carácter social y cultural que atraviesa a los sujetos de forma individual y colectiva (Grosso, 2002). Al tratarse de un concepto no estático ni apriorístico, generación a generación se resignifican sus particularidades y se revalorizan las preguntas que hacen al contenido de la misma. Este punto implica, por un lado, la socialización para las nuevas generaciones y aquellas que no vivenciaron el período de la dictadura cívico-militar argentina y, por el otro, la repregunta por cuestiones estructurales para los lineamientos de las políticas de memoria.

Para ilustrar esta discusión, Agustina Larsen sostiene que: "la construcción del Recorrido Histórico, a mi entender, siempre es un campo de disputa para nosotros mismos. Tenemos muchas discusiones constantes, (...) llegamos a consensos. A veces lo logramos, a veces no, y ahí pesa más la voz institucional", dando cuenta de la existencia de múltiples formas de construir memorias.

c. La memoria como objeto de política estatal.

Pensar la memoria desde la inscripción histórica expresada anteriormente implica poner el foco en la gestión estatal de la misma; es decir, qué consensos, qué obstáculos y qué avances se contemplan desde la categorización de una política de memoria como la que atañe al Ente Público Espacio Memoria y Derechos Humanos.

Las políticas de memoria, definidas por Michel (2010) como “un conjunto de intervenciones de actores públicos que apuntan a producir y a imponer una memoria pública oficial a la sociedad a favor del monopolio de los instrumentos de acción pública” (citado en Svampa, 2013, p.7-8) cumplirán el rol de administrar y generar aquello que la sociedad recuerda, pero también aquello que olvida. La acción deliberada de las políticas de memoria se establece por los gobiernos o distintos actores políticos o sociales, y tienen el objetivo de conservar, transmitir y valorizar algunos aspectos del pasado considerados significativos (Grosso, 2002).

A los fines de este trabajo y, como fue establecido, desde la perspectiva de construcción de conocimiento colectivo en la instancia de cada visita guiada, nos interesa la mirada sobre las políticas de memoria como parte de la figura de ciudadanía, dentro del Estado democrático. Esto es, como refirieron las entrevistadas, asumir nuestra responsabilidad como sociedad, como ciudadanxs de nuestro país y nuestro continente, en reconocer a la dictadura y a los circuitos represivos que se describen en el Recorrido Histórico, como parte de nuestra configuración nacional.

Sosnovski (1997) escribe en los años noventa que la memoria se presenta como una proyección idónea para la preservación del pasado y el ejercicio de regeneración nacional, ubicando en la responsabilidad ciudadana a la perduración de la misma. Hoy en día, la resemantización de la memoria tiene aristas no contempladas en el período que refiere el autor, aunque persiste el espíritu dinamizador desde los distintos actores participantes, tanto en la continuidad de su ejercicio como en el rechazo frontal a políticas de desmemoria que se quieran imponer.

En efecto, el Recorrido Histórico es un dispositivo que permite un vínculo con la comunidad y con las demandas de la sociedad en el presente. El trabajo que se realiza con este dispositivo en la ex-EsMA le otorga un carácter abierto y activo a la memoria, que problematiza con la historia pasada dilemas del presente. Por otro lado, en tanto forma parte de una política estatal de memoria, abona y revaloriza el componente democrático de su reformulación por parte del Estado en los distintos contextos históricos, y la insistencia en recordar de forma situada. Entendiendo a los procesos antidemocráticos no como excepcionales o fenómenos

externos, asumiendo y analizando su inscripción como parte de nuestra historia. En definitiva, apostar a la memoria para recordar y no repetir.

La irrupción del género

“La perspectiva de género atravesó el Recorrido Histórico” dijo Laura Guevara, haciendo referencia a lo intempestivo que fue la necesidad de incorporar una nueva manera de mirar la memoria. Esto es, sin caer en la idea de lo espontáneo, ya que las dos entrevistadas al historizar la irrupción del género dentro del Espacio dan cuenta de una serie de debates y consensos que se fueron dando paso a paso.

En el año 2018 llegó como una demanda y una inquietud de lxs visitantxs la pregunta por la especificidad de la experiencia de las detenidas-desaparecidas dentro del circuito represivo. De la mano de los feminismos y el debate por el aborto legal, seguro y gratuito⁴ las personas comenzaron a asociar de manera masiva los Derechos Humanos con los derechos de las mujeres, y es por esa razón que el debate hace eco dentro de las visitas guiadas en el predio de la ex-EsMA.

Nelly Richard (2008) explica que el feminismo pretende revisar las bases epistemológicas del conocimiento, y es por esto que desde la perspectiva de género pone en cuestionamiento la imparcialidad, buscando desentrañar los prejuicios, arbitrariedades y exclusiones que las mismas presentan (citado en Piper Shafir y Troncoso Pérez, 2015). Es por esta razón que las trabajadoras del Recorrido Histórico, a partir de la interpretación de la comunidad, se vieron frente a la necesidad de realizar relecturas a la historia que compartían todos los días con lxs visitantxs del Espacio. En sus palabras, tuvieron que ordenar una gran cantidad de producciones, debates y avances que comenzaron en torno al Terrorismo de Estado y la perspectiva de género.

Estos debates también empezaron a darse dentro del grupo de guías, ya que no sólo fue la comunidad la que trajo la discusión al Espacio, sino que también fueron sus trabajadorxs. Cada unx de ellxs, con sus trayectorias laborales y militantes, comenzaron a organizarse de distintas maneras en torno al feminismo, y esta organización comenzó a despertar inquietudes dentro de su espacio de trabajo. Birgin y Gherardi (2008) explican

4. Sin omitir la existencia de testimonios y bibliografía específica sobre las mujeres en los CCDTyE.

que el reconocimiento de derechos no obliga solo al Estado a diseñar e implementar políticas públicas, sino también brinda conciencia ciudadana con respecto a la titularidad de los derechos, y con ella la necesidad de monitorearlos y exigir su cumplimiento. Es por esta razón que comprendemos la imposibilidad de escindir sus militancias feministas de su desarrollo profesional, entendiendo que la perspectiva de género no termina solo en debates por ciertos derechos conquistados y por conquistar, sino que también se implica en sus discursos y sus prácticas profesionales.

Como se mencionó anteriormente, entendemos a la memoria como una acción social que interpreta el pasado de manera continua en el presente, y que esas interpretaciones a su vez tienen efectos concretos en la construcción de realidades (Piper Shafir y Troncoso Pérez, 2015). Es por eso que la pregunta sobre el género y la memoria se les presenta a lxs guías del Recorrido Histórico como una serie de interpretaciones, ya que no hay un acuerdo sobre cómo tratar el tema y no existe una sola forma de mirarlo.

Su proceso comenzó con problematizar el lenguaje. La manera de contar las historias de militancia y las identidades de lxs sobrevivientxs, empezó a ser un interrogante puesto en discusión en los espacios de capacitación a comienzos del 2018. Como explica Diana Maffía (2016) los estereotipos culturales están contruidos a partir de dicotomías, y una de ellas es lo masculino como lo universal y lo femenino como lo particular. Es por esta razón que la Historia con mayúscula se cuenta en masculino, ya que se considera que lo universal responde al varón. Pero en ese contexto, donde la pregunta por el lenguaje comenzó a estar en auge, lxs trabajadorxs dieron cuenta de la necesidad de democratizarlo. Por esta razón se llegó a un consenso, dentro de un marco institucional, y comenzaron a hablar en masculino y femenino. Es decir, los y las sobrevivientes, los y las militantes.

A su vez, implementaron un formulario que lxs guías debían completar al final de cada visita. El objetivo era recabar las preguntas nuevas, las habituales y cualquier comentario que consideraban relevante. El objetivo era -y es- lograr sistematizar las experiencias y los interrogantes de lxs visitantxs, para poder tener un termómetro de los debates a nivel social, y replicarlos al interior

del grupo de guías. De esta manera lograron poner en palabras distintas reflexiones y una de ellas fue la inclusión de la perspectiva de género.

Hacia un ejercicio de la memoria genderizada

El debate comenzó a complejizarse a la hora de pensar cómo incorporarla, ya que una vez que se interpreta la demanda externa es momento de empezar a pensar cómo plasmarla en el accionar. Surge entonces la pregunta por la memoria genderizada (Piper Shafir y Troncoso Pérez, 2015), al entender que cómo vemos el mundo y cómo pensamos la memoria también está atravesado por el género. Lloyd (2005) explica que la memoria es un proceso en construcción constante que está dentro de las discusiones en torno al género y no por fuera de ellas, y es por esta razón que las discusiones, tanto de la memoria como del género, tienden a la disonancia y a la incertidumbre (citado en Piper Shafir y Troncoso Pérez, 2015).

De esta manera, surgen estudios y perspectivas que ponen en valor la memoria específica de las mujeres. Lxs guías del Recorrido Histórico se encontraron, en su proceso de investigación y cuestionamiento, con dos posturas al respecto: en primer lugar, un grupo de sobrevivientxs que complejizan su paso por el CCDTyE, analizándolo desde la perspectiva de género. Entienden que sufrieron un tipo de violencia específica no solo por ser militantes, sino también por su condición de mujeres.⁵ Pero, por otro lado, hay otra corriente -denominada "clásica" por las entrevistadas- que sostiene que su condición de género no las hizo diferentes frente a sus compañeros varones, considerando que todxs vivieron el mismo tipo de violencia.

Entendiendo la falta de consenso de las sobrevivientes sobre el uso de sus testimonios, el equipo comprendió que no era posible modificar el Recorrido a partir de los mismos. Como establece Jelin (2002), los espacios de memoria son espacios de luchas políticas. Ella lo postula como "memoria contra memoria", ya que cada forma de recuerdo lleva consigo un posicionamiento, y esos posicionamientos pueden ser contrapuestos. Surgió,

5. En palabras de Myriam Lewin (2018), sobreviviente de la ESMA: "Las mujeres sobrevivientes sufrimos doblemente el estigma. La hipótesis general era que si estábamos vivas éramos deladoras y además prostitutas. La única posibilidad de que las sobrevivientes hubiéramos conseguido salir de un campo de concentración era a través de la entrega de datos en la tortura y, aún más, por medio de una transacción que se consideraba todavía más infame y que involucraba nuestro cuerpo" (p. 30)

como consecuencia, el cuestionamiento por la dimensión ética de la temática; sin consensos, no pueden ser utilizados los testimonios. En consecuencia, decidieron valerse de otras fuentes: estudios académicos, investigaciones, avances jurídicos y archivos.

a. El enunciamiento interseccional.

Como fue establecido, para tratar las diversas fuentes y encauzar los debates, las guías decidieron dividirlo en dos ejes: en primer lugar, uno centrado en los hechos históricos, y, por otro lado, el momento de enunciación de la visita; lo que sucede en el aquí y en el ahora en relación con el pasado.

Desde la perspectiva de Jelin (2002), el proceso de recordar implica traer una experiencia pasada al presente, impulsada por el deseo o el sufrimiento, unidos con la intención de comunicarlo. Teniendo esa intención como punto de partida, es que las guías comprenden que es necesario hacerse eco de este nuevo ejercicio de rememoración con perspectiva de género. No haciendo referencia a, como postulan Piper Shafir y Troncoso Pérez (2015), la existencia de memorias de mujeres y memorias de varones.

La mirada interseccional complejiza ese postulado y comprende al género como transversal a la historia y a la memoria. Es necesario superar la dicotomía de varones y mujeres, considerando una posición crítica y situada a la hora de ejercitar la memoria, entendiendo el momento histórico y sus usos y costumbres.

Pandemia y reconfiguración del dispositivo

El actual contexto obliga a rever las condiciones en las que el dispositivo se lleva a cabo. Partimos de comprender a la pandemia COVID-19 desde el enfoque crítico y social del riesgo como un desastre a escala planetaria. Como sostiene Selman (2020) esto implica una situación que genera daños y colapso al sobrepasar la capacidad de atención y de recursos de los Estados e instituciones en donde ocurren.

Situado en este contexto, el Recorrido Histórico como “ejercicio colectivo de memoria” se pone en jaque, suspendiéndose las visitas y el diálogo entre visitantes-guía-predio. La presencialidad, el intercambio y el trabajo con la materialidad del espacio, que resultan cen-

trales en la práctica, se ven obturados. De esta manera, lxs trabajadorxs del dispositivo deben pensar y discutir nuevas estrategias para mantener la idea de lo colectivo y comunitario, aunque sea de manera remota o virtual. Es decir, pensar modos de construir o sostener la vinculación con la comunidad, generando y manteniendo nuevos espacios de encuentro con lxs otrxs. En esta línea, comenzaron la producción de un podcast que recupera efemérides y experiencias que atraviesan la memoria y hacen al contenido del Recorrido Histórico.

Queremos remarcar en este punto la importancia de pensar con otrxs las alternativas posibles en este contexto a partir de los recursos, conocimientos y posibilidades institucionales y de lxs trabajadorxs (Cazzaniga, 2020). Las entrevistadas dan cuenta en sus relatos sobre la constante discusión colectiva al interior del equipo de trabajo en las capacitaciones semanales, así como también con la Institución a partir de la Coordinadora del área y la Coordinadora General. Laura Guevara, sin embargo, afirma que este ejercicio cotidiano del debate que solían realizar se vio dificultado en el contexto de ASPO y del teletrabajo, si bien lograron organizarse para elaborar algunos contenidos y planificar ciertas actividades.

Sin embargo, el equipo de guías no tiene acceso en la virtualidad a la totalidad de las fuentes documentales y testimoniales que utilizan en el trabajo cotidiano para revisar y elaborar estos contenidos. Una de las principales fuentes de información, los testimonios de sobrevivientxs, se encuentran archivados en las oficinas de la ex-EsMA y no están digitalizados, de manera que lxs trabajadorxs no tienen acceso a ellos en la actualidad. Laura Guevara mencionó que sí utilizan otros materiales digitalizados e insumos disponibles en internet, como trabajos académicos, materiales audiovisuales y tesis sobre distintas temáticas que constituyen fuentes indirectas. A su vez, pueden asistir de manera virtual a audiencias de juicios que se transmiten por plataformas digitales.

Con respecto al proceso de irrupción de la problemática de género en el Recorrido Histórico, en el mes de marzo del corriente año el equipo de guías había planificado una amplia capacitación que incluyera las discusiones y abordajes teóricos y testimoniales que habían estado trabajando en torno a la temática y su vinculación con el Terrorismo de Estado. La misma fue planificada en base a la presencialidad con dinámicas de taller en modalidad de educación popular y el trabajo con referentes en la

temática de testimonios y delitos sexuales. Sin embargo, esta capacitación, según afirman las entrevistadas, se vio suspendida por la medida de cuarentena, y al momento de la realización de la entrevista se encontraban adecuándola a la modalidad virtual.

Paralelamente, en términos judiciales, el quinto tramo de los juicios de la megacausa EsMA, que debía tratar y juzgar los delitos sexuales a partir de marzo del corriente año, está frenado en el marco de la cuarentena. Más allá de toda la complejidad que este proceso conlleva y las consecuencias que acarrea su posposición, en función del contenido del Recorrido Histórico, esto implica no poder acceder a otra de las principales fuentes para elaborar contenidos. Los testimonios en los juicios -si bien en esta temática de género es más controversial utilizarlos de manera directa por cuestiones éticas y políticas- son insumos primordiales para el trabajo que realizan; más aun considerando a la temática como emergente en los debates al interior del equipo, para su incorporación a las visitas.

A su vez, el contexto actual no solo obstaculizó el trabajo, sino que abrió otras posibilidades. En el marco de la cuarentena, y como directiva institucional, se promovió el debate en torno a la memoria y las luchas actuales de mujeres y diversidades al interior de los equipos de trabajo. Esta iniciativa surgió a partir de un recambio en la Coordinación General del Ente, en la cual se definió la incorporación de la perspectiva de género. Al ser una decisión desde la Coordinación, Laura Guevara sostiene que "está bueno porque era algo (...) que veníamos gestionando cada equipo de trabajo, pero que no había una articulación más grande en ese sentido". Es decir, el respaldo institucional permite aunar los esfuerzos particulares de lxs trabajadorxs.

Se pretende dar inicio a la propuesta de trabajo en torno al género en las distintas áreas del Espacio durante la medida de cuarentena. Sin embargo, en los equipos de guías aún no se ha efectivizado. La entrevistada afirmó que en el área de Prensa sí se está produciendo contenido para la difusión con perspectiva de género, y que se están realizando reuniones entre las coordinaciones; pero aún no han logrado el trabajo en conjunto entre las distintas áreas. En sus palabras "nos está costando construir esos espacios más colectivos, que imagino que ya pronto los tendremos de vuelta".

La construcción de estos espacios colectivos también refiere a la vinculación con otros Sitios de Memoria en las distintas adaptaciones al contexto. Laura Guevara menciona que existen museos o centros culturales que realizan visitas virtuales; incluso el Sitio del ex Casino de Oficiales de la EsMA, que realiza encuentros virtuales temáticos. El desafío, entonces, es revisar de qué manera construir la memoria en la contingencia, interviniendo en el ámbito particular de la ex-EsMA y de manera situada en el Recorrido Histórico, sin generalizar propuestas.

Reflexiones finales

A modo de conclusión, consideramos que el Trabajo Social tiene incumbencia en el campo de la memoria dado que la disciplina surge a partir de luchas sociales y demandas colectivas. Como sostiene Netto (2020), las luchas que presionan los sistemas sociopolíticos y el desarrollo de las políticas sociales son el campo de intervención del Trabajo Social. Las demandas y luchas por Memoria, Verdad y Justicia que han llevado y llevan adelante organismos de Derechos Humanos y gran parte de la sociedad, se articulan con las reivindicaciones del ejercicio profesional. En el caso particular del dispositivo comunitario del Recorrido Histórico de la ex-EsMA, las demandas desde la comunidad por la perspectiva de género y los derechos de las mujeres como Derechos Humanos ilustran esta vinculación.

Durante las últimas tres décadas del siglo XX, el Trabajo Social ha ampliado en gran medida su ámbito de intervención a la par de un proceso de maduración profesional. Esta ampliación de las incumbencias no solo ha alcanzado distintos campos temáticos para la intervención e investigación, sino también distintos niveles en el ámbito de las políticas sociales, abarcando su diseño, asesoramiento, evaluación e implementación. Es decir, la disciplina ya no se abocaba meramente a lo operativo-instrumental de la asistencia (Netto, 2020).

En este sentido, creemos necesario seguir ampliando y conquistando nuevos espacios para el ejercicio profesional, siempre en articulación con demandas sociales. En palabras del autor, las fuerzas acumuladas de la profesión pueden contribuir a seguir ampliando los espacios de intervención para recalificarse ante el mundo que ha de venir luego de la pandemia.

Bibliografía

- Birgin H. y Gherardi N. (2008). *El acceso a la justicia como un derecho humano fundamental: retos y oportunidades para mejorar el ejercicio de los derechos de las mujeres*. En: *Mujer y Acceso a la justicia*. Buenos Aires: El Mono Armado. 1era edición.
- Brancoli, J. (2013). La comunidad: nostalgia, promesa y refugio. *Revista Sociedad* N°33. Facultad de Ciencias Sociales UBA. Eudeba.
- Cazzaniga, S. y Escudero, J. C. (2020). Trabajo Social en tiempos de pandemia. Diálogos urgentes. Trabajo Social y COVID19. Colegio Profesional de Trabajo Social de la Provincia de Buenos Aires. Recuperado el 6 de mayo de 2020 de: <https://www.facebook.com/colegiots/videos/2963531967033949/>
- D'Agostino, A. y Lamarque Angelillo, C. (2017). Dispositivos de intervención comunitaria e institucional. Recuperado el 10 de agosto de 2020 de: http://sedici.unlp.edu.ar/bitstream/handle/10915/68770/Documento_completo.pdf-PDFA.pdf?sequence=1&isAllowed=y
- Grosso, B. (2002). Las políticas de la memoria. *Sociohistórica*. Recuperado el 7 de agosto de 2020 de: http://www.fuentesmemoria.fahce.unlp.edu.ar/art_revistas/pr.3067/pr.3067.pdf
- Jelin, E. (2002). *Los Trabajos de la memoria*. España: Siglo Veintiuno editores.
- Lewin, M. y Wornat, O. (2018). *Putas y guerrilleras*. Buenos Aires, Argentina: Planeta.
- Maffía, D. (2016) *Contra las dicotomías: Feminismo y Epistemología crítica*. En: *Feminismos populares, pedagogías y políticas*. Ciudad Autónoma de Buenos Aires: Editorial Chirimbote, América Libre.
- Martinić, S. (1997). La construcción dialógica de saberes en contextos de intervención educativa. *Revista chilena de antropología*.
- Netto, J.P. y Oliva, A. (2020). Desafíos del Trabajo Social en tiempos de crisis. *Transformaciones societarias y Trabajo Social*. Colegio de Trabajo Social de la Provincia de Buenos Aires. Recuperado el 15 de julio de 2020 de: <https://www.youtube.com/watch?v=WZ9v19Q947Y>
- Piper Shafir, I. y Troncoso Pérez, L. E. (2015). *Género y memoria: articulaciones críticas y feministas*. Athenea Digital. Recuperado el 7 de agosto de 2020 de: <http://dx.doi.org/10.5565/rev/athenea.1231>
- Pontes, R. (2003). Mediación: categoría fundamental para el trabajo del asistente social. En *Servicio Social Crítico. Hacia la construcción del nuevo proyecto ético-político profesional*. San Pablo, Brasil: Cortéz Editora.
- Selman, M. (2020). La gestión del riesgo de desastres. Un enfoque para pensar la práctica del Trabajo Social en torno a la pandemia COVID-19. Consejo Profesional de Graduados en Servicio Social o Trabajo Social de CABA. Recuperado el 11 de junio de 2020 de: <https://www.youtube.com/c/consejoprofesional-trabajosocial>
- Sosnovski, S. (1997). *Políticas de la memoria y el olvido*. México: Revista mexicana de ciencias políticas y sociales.
- Svampa, M. L. (2013). *Políticas de memoria en la Argentina reciente ante la loca resistencia*. Universidad Nacional del Centro de la Provincia de Buenos Aires. Facultad de Ciencias Humanas. Carrera de Trabajo Social. Recuperado el 7 de agosto de 2020 de: http://conti.derhuman.jus.gov.ar/2011/10/mesa_29/svampa_mesa_29.pdf
- Todorov, T. (2000). *Los abusos de la memoria*. Barcelona, España: Paidós.

Fuentes documentales

- Candidatura Patrimonio Mundial Unesco. Buenos Aires, Argentina: Espacio Memoria y Derechos Humanos. Recuperado el 7 de agosto de 2020 de: https://www.espaciomemoria.ar/candidatura_patrimonio_unesco/
- Decreto N° 260/20. Buenos Aires, Argentina: Boletín Oficial de la Nación. Recuperado el 10 de agosto de 2020 de: <https://www.boletinoficial.gob.ar/suplementos/2020031201NS.pdf>
- Proyecto Recorrido Histórico. Buenos Aires, Argentina: Espacio Memoria y Derechos Humanos. Recuperado el 7 de agosto de 2020 de: <https://www.espaciomemoria.ar/recorrido-historico/>

Artículos seleccionados

Trascender la urgencia: diálogos necesarios en tiempos de pandemia

Daniela Teveles^a, Natacha Levisman^b y Daiana Musi^c

Fecha de recepción:	31 de agosto de 2020
Fecha de aceptación:	23 de octubre de 2020
Correspondencia a:	Daniela Teveles
Correo electrónico:	danuteveles@gmail.com

- a. Lic. en trabajo social. Residencia de trabajo social CABA.
- b. Lic. en trabajo social. Residencia de trabajo social CABA.
- c. Lic. en trabajo social. Residencia de trabajo social CABA.

Resumen:

El siguiente artículo propone una reflexión desde el trabajo social en el área de salud a partir de la transformación de las condiciones de vida de la población en general, y de nuestras condiciones de trabajo en particular, que marcó el aislamiento social preventivo y obligatorio en la Ciudad Autónoma de Buenos Aires, durante la pandemia del Covid-19.

En primer lugar, analizamos la profundización de los procesos de precarización preexistentes a esta situación y su impacto directo en los procesos de salud-enfermedad-atención-cuidado. Luego reflexionamos sobre las distintas medidas desplegadas por el gobierno nacional y local, el lugar de nuestra profesión en el acceso a estos recursos y la articulación con múltiples organismos gubernamentales y organizaciones sociales en el territorio.

Por último, pensamos cómo repercuten estos cambios en nuestras condiciones de trabajo y en las intervenciones sociales que construimos en tanto la urgencia de la atención asistencial relativa al Covid 19 pone en constante tensión la perspectiva de salud integral desde la cual intentamos situar las mismas.

Palabras clave: Aislamiento social preventivo y obligatorio (ASPO) - Salud - Trabajo social.

Summary

This article shares a perspective of the transformation in the living conditions of the population in general, and on working conditions in particular, from the standpoint of social work applied to health areas, in the context of the Preventive and Mandatory Social Isolation installed in the Ciudad Autónoma de Buenos Aires through the Covid-19 pandemic.

First, we address the enhancement of pre-existing precariousness processes within this situation and its direct impact on the health-disease-attention-care processes.

Then we reflect on different measures taken by the current administration and local governments, the place of our profession regarding the access to those resources and the articulation with multiple public agencies and social organizations in the territory.

Finally, we analyze about how these changes affect our working conditions and the social interventions that we build, as the urgency of care related to Covid 19 puts in constant tension the comprehensive health perspective from which we try to place them.

Key words: Preventive and Mandatory Social Isolation - health - Social Work.

Para empezar a pensar(nos)

Las fronteras son distintas. La puerta del hospital general lleva a un parque que parece, a esta altura, una pieza de museo. La del centro de salud, a una terminal de transportes que también ocupa una vitrina en este presente. La del hogar, el teletrabajo, permanece cerrada intentando cumplir con el mantra de esta era: "Quedate en casa".

La Residencia de Trabajo Social- en esta oportunidad, la de CABA- permite formarse en servicio, es decir, rotar por diversos espacios de trabajo dentro del sistema de salud, e ir elaborando de forma simultánea y a posteriori, reflexiones colectivas. El ejercicio de la revisión de la práctica a la luz de la teoría, de la observación, del retorno a los registros realizados de esas experiencias, aporta a una mirada tridimensional de la situación tan particular y a la vez tan cotidiana que atravesamos: la pandemia del Covid 19.

Si un dedo gigante hubiera bajado del cielo y hubiera tirado para abajo lo que ya estaba en las profundidades y elevado lo que gozaba de buena salud, sería una explicación muy gráfica de lo que observamos. El coronavirus, como evento excepcional e inédito porta muchas características conocidas y su llegada ha agudizado situaciones estructurales de desigualdad, que visibilizaron que el capitalismo patriarcal y colonial, ha llegado a ciertos límites que hacen insostenible la vida de las mayorías, tal cual se presenta hoy. En esas desigualdades que se han construido históricamente nos insertamos como traba-

jadoras sociales, y son esas desigualdades y su profundización, producto de la pandemia, a las que queremos poner nombre y apellido.

No ignoramos que los sujetos somos agentes de transformación. Las políticas públicas que han emanado del Estado, como resultado de la exigencia de los sectores populares, vulnerabilizados especialmente por esta situación, son una muestra de ello. Un análisis de las políticas que se han desplegado como respuesta a la situación actual, en esta clave, así como de las estrategias que se han desarrollado desde estos sectores y también desde los trabajadores en general, es fundamental. Esta multidimensionalidad puede ser una aproximación a imaginar que el paso del Covid 19 no sea un huracán que deje solo escombros, sino que de las grietas que se abran, puedan surgir territorios fértiles de disputa y creación.

Del aislamiento obligatorio a las políticas de emergencia y la organización en los territorios

Aquellas situaciones excepcionales y casi fantásticas que veíamos por la televisión llegaron a nuestro país más temprano que tarde. El 20 de Marzo, el DNU 297/2020 que dictó el aislamiento social preventivo y obligatorio (ASPO) transformó la vida cotidiana de todos, trastocando las formas conocidas de socialización, producción y reproducción social del conjunto de la población. Resulta, entonces, necesario analizar las particularidades que esto conlleva en las condiciones de vida de la po-

blación en general, pero más precisamente, en aquellas usuarias de los efectores de salud públicos. Estos sectores, no casualmente son quienes más vulnerabilizadas encuentran sus existencias durante este período y en quienes los procesos de precarización preexistentes a la pandemia, se intensifican.

Teniendo como marco general que la expansión mundial del Covid 19 profundizó las desigualdades estructurales existentes, podría describirse como primer problema que el mundo del trabajo y de las posibilidades de subsistencia, se vieron modificadas o impedidas en su desarrollo. Esto se agudizó para quienes, como se mencionaba antes, se encuentran desempleadas, trabajan de forma no registrada, o incluso ven cómo la caída del valor de su salario sucedió estrepitosamente. A estas características del estado de trabajo en pandemia, se adiciona otra complejidad, que es el traslado del trabajo productivo al hogar, recargando el reproductivo o doméstico y de cuidado, mayormente en las mujeres, sujetas históricamente asignadas en la atribución de estas tareas. En este sentido, la caída de los ingresos resulta de gran preocupación. Según un informe de la OIT, trabajadores y trabajadoras informales sufrirán reducciones de más del 80% de sus ingresos en países como el nuestro (Abal Medina, 2020, p.15).

Para completar el mapa situacional respecto de la clase trabajadora en su conjunto (ocupada/precarizada/desocupada) habría que focalizar en aquellos que no solo son desocupados temporales, sino que posiblemente no lograrán insertarse nuevamente en el mercado de trabajo porque no lo han podido hacer tampoco en momentos donde la crisis socioeconómica y sanitaria no había alcanzado los niveles actuales. Con lo cual, existe y se engrosa una masa de población que sobrevive, o bien cuando logra acceder a algún recurso estatal, o gracias a las redes de solidaridad que se tejen en los barrios donde transcurren sus días.

Como conclusión, se puede observar un aumento de la pauperización de la vida de los sectores trabajadores, sea cual sea su situación de empleo, que tiene impacto directo y en mayor medida, en los sectores que no pueden vivir de su trabajo, en sus condiciones de vida, y por ende, en sus procesos de salud-enfermedad-atención-

ción-cuidado, como se desarrollará a continuación.

El gobierno nacional lanzó un paquete de medidas económicas para contener la situación social que producía este “parate” en el mundo laboral apelando a un subsidio estatal a la actividad privada, la prórroga de pago de servicios esenciales, y un aumento en los programas y planes sociales que constituyen la política social. Entre ellos podrían nombrarse el ATP (Asistencia de Emergencia al Trabajo y la Producción) abonando una parte del salario de trabajadores de empresas y otorgando créditos a tasa cero para la producción; la Tarjeta Alimentar, el Bono a Jubilados, la posibilidad de suspender el pago de los servicios básicos sin que estos sean cortados: gas, luz y agua; la prohibición de desalojos por incumplimiento de pago; la prohibición de despidos y suspensiones, entre otras iniciativas.

Una de las medidas más importantes que dictó el Estado Nacional con el objetivo de contener la situación fue el Ingreso Familiar de Emergencia (IFE) que consta de una transferencia monetaria directa a trabajadores informales, de casas particulares, monotributistas sociales y de las categorías A y B, y aparece como “refuerzo” adherido a la Asignación Universal por Hijo y Embarazo (AUH y AUE). Si bien no cabe en los propósitos de este trabajo un análisis del mismo, como trabajadoras sociales que desempeñamos nuestra labor en el área de salud podemos adelantar que este programa resulta importante en tanto estrategia de contención social de emergencia- como su nombre lo explica- ante una situación inédita y espontánea, así como por el alcance que logró (8, 3 millones de personas en el país según el Ministerio de Economía¹).

Sin embargo esta política presenta otros conflictos, desde lo operativo en términos de la accesibilidad al mismo, y por su aparente dificultad de modificar a mediano plazo la situación socioeconómica de quienes lo perciben. Respecto al primer punto, desde el trabajo territorial resulta compleja su implementación por la virtualización de los trámites que se requieren para acceder: las oficinas de ANSES se encuentran cerradas y la atención así como la gestión de recursos es sólo virtual. En ese sentido, la imposibilidad de gran parte de la población, sobre todo la que reside en barrios populares o se encuentra en situación de calle, de acceder a una computadora,

1. "Impacto del Ingreso Familiar de Emergencia en la pobreza, la indigencia y la desigualdad". Ministerio de Economía, de Desarrollo Social y de Trabajo, Empleo y Seguridad Social de Nación. Disponible en: https://www.argentina.gob.ar/sites/default/files/el_impacto_del_ife_en_pobreza_indigencia_y_desigualdad.pdf

teléfono o conectividad, obstaculizan el ingreso al programa. Las escasas o nulas posibilidades de articulación con ANSES, desde los espacios de intervención que podrían colaborar en las gestiones, se suman a las dificultades descritas. En lo que concierne al segundo punto, el lanzamiento del IFE fue con una temporalidad de dos pagos, que se ha ido extendiendo con el simultáneo alargamiento del ASPO y la imprevisibilidad de regreso a las tareas de empleo/trabajo habituales. Sin embargo, los problemas de continuidad de pago, o de inscripción tardía para muchas personas, resultó en la no continuidad del cobro o la no percepción del mismo. Por otra parte, si bien la suma otorgada es un monto que resulta inédito en la transferencia de dinero (\$10.000) por parte del Estado a la población sin contraprestaciones- aunque sí con requisitos- no hay aún un rumbo claro donde pueda verse cómo este programa redundaría en transformar de cierto modo la situación laboral de la población destinataria que aún no puede regresar a sus empleos o trabajos, y sobre todo, que posiblemente no logre hacerlo en su totalidad cuando el ASPO finalice. La irregularidad, junto con la arbitrariedad que esta arrastra, quedó al descubierto:

Patrones que querían pagar solo la diferencia entre el IFE y el salario habitual, patrones que no querían pagar nada. Patrones que pagaban pero exigían que fueran. Y ellas del otro lado, braceando entre la falta de trabajo y los problemas que también aguardan del lado de sus casas (...), y entonces de todos modos tuvieron que salir a trabajar porque el trabajo en negro es mayoritario (Tordini, 2020, p.71).

Gran parte de estos recursos, especialmente los centralizados en ANSES, han sido gestionados desde los Servicios Sociales de los hospitales y Centros de Salud, debido a que fueron unas de las pocas puertas que se sostuvieron abiertas presencialmente durante este período. El rol de las trabajadoras sociales, quizás con una fuerza inédita, fue la de facilitar el acceso a la gestión de estos recursos y la articulación con múltiples organismos que funcionan de forma remota o virtual, para intentar construir con les usuaries formas de supervivencia durante el ASPO. El centramiento en el cuidado de la salud de forma integral, poniendo en relieve la posibilidad real y material de les sujetos de cumplir con las normas prescritas por el Estado en este período, fue

de las actividades más complejas que nos tocó atravesar como trabajadoras sociales de la salud en contexto de pandemia. Pensar el cuidado, cómo la prevención del contagio de Covid 19 tensiona de forma permanente en situaciones donde no existe posibilidad de llevar adelante lo necesario como el acceso al agua, a espacios aireados, o a una vivienda, o incluso contar con dinero para alimentarse o conseguir productos con los cuales higienizarse.

La contracara de la respuesta estatal son los procesos organizativos comunitarios que se desarrollaron en los barrios. Las ollas populares, la proliferación de comedores comunitarios, las acciones que espontáneamente se produjeron, resultaron respuestas autónomas a una situación de crisis absoluta que visibilizó lo antedicho. Un ejemplo de esto son los "Comités de crisis" existentes prácticamente en todos los barrios populares, como grupalidad que aglutina vecines, organizaciones sociales, Iglesias, profesionales de la salud en algunos casos. Asimismo, y como anociamiento por parte del Estado de esta organización barrial y comunitaria, se creó el Programa "El barrio cuida al barrio", desde la Secretaría de Economía Social, dependiente del Ministerio de Desarrollo Social de la Nación, con el objetivo de articular las acciones de ambas esferas².

Los equipos de salud han avanzado en las articulaciones con estas diferentes iniciativas, como continuidad de lo que se realiza de forma cotidiana desde los CeSAC, pero con una mayor premura y necesidad- mutuas- dadas las condiciones de emergencia. Lo más relevante fue la inserción propiamente territorial de las organizaciones en un momento en que se dificulta el acceso concreto a las viviendas de les vecines y la capacidad de trabajo conjunto, entre CeSACs, promotores de salud y las organizaciones sociales.

Como se mencionaba, el Estado se acerca a la organización vecinal a través del apoyo a su trabajo pero también se presenta en los barrios de otra manera. Una de las certezas que va arrojando la situación actual es que el Covid-19 y la implementación de la estrategia de ASPO refuerza la individualización y la soledad, acentuando el control y dando un lugar fundamental a las fuerzas de seguridad en los territorios. Esto se desarrolla plagado de contradicciones, entendiéndose que: "ni control ni vigilancia suponen, necesariamente, cuidado. En todo

2. <https://www.argentina.gob.ar/noticias/arranco-barrio-cuida-al-barrio>

caso se trata de tecnologías sociales que son formas de gobierno y producción de orden social” (Faur y Pita, 2020). Es decir, bajo la premisa de sostener el bien común se potencia el poder coercitivo del Estado interviniendo en el control de la población, dando lugar a lo que Svampa denomina un *leviatán sanitario* (Svampa, 2020) en tanto es evidente, por un lado, el retorno de un Estado social pero acompañado, por otro, del Estado de excepción que justifica la militarización y represión de las poblaciones más vulnerabilizadas.

Un tema interesante para graficar la profundización y agravamiento de situaciones de violencia que ya se desarrollaban pero que eclosionan durante la pandemia, son las violencias de género. Las políticas públicas en esta materia aparecieron de manera tardía y de forma limitada, considerando que está problemática aún continúa un tanto invisibilizada. El mensaje, nuevamente, de “quedarse en casa”, sin tener en cuenta las complejidades de implementación de esta estrategia en las poblaciones históricamente oprimidas y subalternizadas, tales como personas en situación de calle, personas con discapacidad o mujeres y niños para quienes el mayor peligro se encuentra justamente dentro de ese hogar, las expone a situaciones de violencias más agudas, de riesgo y sufrimiento tanto físico como psíquico preexistentes.

Según datos de la Línea 144³ de asistencia a mujeres y femineidades en situaciones de violencia de género, entre Marzo y Junio de este año recibieron 25.310 llamados, de los cuales, 9.184 derivaron en intervenciones. En promedio diario, las comunicaciones subieron un 28%, en comparación a un lapso similar de tiempo anterior al ASPO. Estos números no sólo indican que el acercamiento a alguna instancia de asesoramiento, ayuda, protección aumentó, sino que de todas las consultas que se realizan, sólo alrededor del 25% termina en una intervención. Es claro que no todas las comunicaciones deben de forma lineal derivar en una acción, porque existen múltiples factores que pueden llevar a que esto no suceda, pero invita a pensar qué ocurre con aquellas personas que logran acceder al 144 y luego no pueden avanzar hacia resoluciones posteriores porque no hay instancias para lo que podrían necesitar. En concreto, espacios para poder salir de un hogar con agresor conviviente, dinero para acceder a otra vivienda, o incluso a alimentos, cuidados necesarios de la sujeta o de sus hijos en caso de tenerlos, un empleo, atención psicológica estable en caso de necesitarla, grupos de apoyo, entre otras cosas. De nuevo,

la preexistencia de estos problemas se ve transparentada en este período.

A raíz de estas urgencias es que el Ministerio de las Mujeres, Géneros y Diversidad de la Nación lanzó una batería de programas entre los cuales se encuentran algunos focalizados en esta temática. Aún no se han comenzado a implementar de forma plena por lo que es muy pronto aseverar su pertinencia.

Sistema de salud: viejas tensiones, nuevas realidades

Las condiciones de vida también se ven afectadas por la dificultad en la accesibilidad al sistema de salud, en tanto los hospitales y centros de salud se dirigen casi en su totalidad a la administración de la pandemia, determinando qué situaciones deben ser atendidas y cuáles no según su grado de emergencia. Esto reactualiza el despliegue del Modelo Médico Hegemónico, definido por sus características de “biologismo, a-sociabilidad, a-historicidad, a-culturalismo, individualismo, eficacia pragmática, orientación curativa, relación médico/paciente asimétrica y subordinada” (Menéndez, 2003, p.194). Así se desdibuja la defensa del derecho a la salud en los territorios que parece reducirse prácticamente a la atención de una dualidad que divide “pacientes covid - pacientes no covid”. Sin embargo, “para la intervención en lo social no hay un Covid 19 sino muchísimas expresiones sociales de éste que dialogan con otros problemas sociales de las personas que se contagian o que están desarrollando cuidados para no contagiarse” (Carralada, 2020, p. 23).

Esta tensión recorre también, y sobre todo, las políticas de salud desplegadas. En la Ciudad Autónoma de Buenos Aires, da cuenta de la necesidad de implementar dispositivos específicos que se adapten a las necesidades de cada territorio. El caso del Programa Detectar- de origen nacional- tuvo como objetivo por un lado, dar respuesta a la situación sanitaria de un barrio popular de la ciudad donde los casos crecieron exponencialmente, y por el otro, articular el trabajo de Nación y Ciudad. Lo que se relevó a través de esta experiencia puede resumirse en que la gran cantidad de contagios y la muerte de vecinos tuvieron que ver con la rápida expansión del Covid 19 pero sobre todo fueron producto de las condiciones históricamente precarias de vida que impedían

3. Fuente: Línea 144, tres sedes. Elaboración propia de la Dirección Técnica de Registros y Base de Datos. MMGYD

la correcta prevención y atención de cualquier enfermedad, poniendo en evidencia las desigualdades habitacionales con su impacto directo en la salud de la población que desde hace décadas se viene denunciando desde distintos espacios de lucha en la Ciudad.

Asimismo, la coordinación entre el Ministerio de Salud de la Ciudad, el Ministerio de Desarrollo Social de la Nación, la Secretaría de Integración Social y Urbana y las distintas Áreas Programáticas de cada Hospital con sus respectivos CeSACs, contó con numerosos conflictos de organización y articulación, atribuyendo un lugar de ejecución y pasividad para los trabajadores de la salud de estos últimos, aunque son quienes desarrollan su tarea de forma diaria en esos territorios y conocen las problemáticas, dinámicas y posibilidades de implementación de estrategias de trabajo en salud. Fueron los trabajadores de la salud, entre muchos otros, quienes lograron crear iniciativas para reinventar su tarea en este contexto, en contacto con actores barriales y tomando las necesidades y realidades del territorio. Entre estas creaciones se destacan los Comités de Crisis autoorganizados en los barrios con participación de vecinos, organizaciones sociales, trabajadores de la salud y educación, entre otros; las asambleas al interior de los lugares de trabajo, en este caso, los Centros de Salud, para organizar la tarea en función de la asistencia en cohortes y del aporte que cada disciplina podía contribuir en el desarrollo de la atención y gestión de la pandemia en el territorio; la articulación entre los CeSACs y diversos organismos estatales y organizaciones sociales para garantizar la alimentación y la higiene de las personas aisladas por Covid o en situaciones de precariedad y vulnerabilidad extrema frente a la agudización de la crisis económica.

El Plan Detectar, presentado como caso de éxito por el gobierno local y los medios de comunicación, se desarrolló entonces, plagado de conflictos en su implementación, y resultó nuevamente relevante el trabajo social en la articulación con las diversas instancias dentro de organizaciones gubernamentales y no gubernamentales: "La capacidad del Trabajo Social de comprender el territorio desde sus diferentes expresiones, aporta, en este contexto la posibilidad de trabajar en la recuperación de lazos sociales, su fortalecimiento y fundamentalmente la posibilidad de conocer los problemas sociales desde una perspectiva situada" (Carballeda, 2020, p. 24).

Dentro del hospital, la supremacía del Modelo Médico Hegemónico condiciona la construcción de estrategias

e impone tiempos de intervención que no están acordes a la realidad a la que nos enfrentamos. Por ejemplo, la reducción a las altas exclusivamente por criterio clínico sin comprender a la salud desde su perspectiva integral, una de las disputas cotidianas dentro de la institución hospitalaria, se ve agudizada por la inexistencia de circuitos de externación o acompañamientos alternativos brindados por el Estado, tales como hogares, centros de día, entre otros. En este sentido, también la prioridad de atender la emergencia relegó las situaciones de cronicidad y seguimientos necesarios de otros padecimientos. Los tiempos de disponibilidad de camas de hospital no son los mismos que los de las personas, y esto es, una vez más, un viejo problema que alcanza nuevos horizontes recrudescidos por la pandemia.

La salud integral, perspectiva desde la cual intentamos trabajar, ha quedado circunscrita estrictamente a la atención asistencial en la urgencia relativa al Coronavirus. Desde este enfoque, entendemos que la determinación del proceso salud-enfermedad debe contemplar la unidad de este, en su carácter doble, biológico y social, lo cual implica reconocer la especificidad de cada uno y la relación que guardan entre sí (Laurell, 1982). Es claro que ante una pandemia de estas características los esfuerzos deben ir orientados a tratarla, pero esto ha generado un desplazamiento casi absoluto de lo que solíamos hacer, incorporándonos a tareas ajenas a nuestra cotidianidad, creando nuevos marcos y modos y redefiniendo, no sin conflictos y tensión, aún entre compañeras, nuevos ethos, dimensiones y horizontes de la práctica profesional.

Esto impacta en las trayectorias individuales, familiares y comunitarias de cuidado de la salud, y tiene consecuencias que ya se empiezan a percibir pero que podrán ser analizadas más a largo plazo, y que se derivan de la interrupción de muchas tareas (que ahora aparecen como secundarias) que se desarrollaban, principalmente relacionadas a la prevención y promoción de la salud, que apuntan al "fortalecimiento de la capacidad individual y colectiva para lidiar con la multiplicidad de condicionantes de la salud" (Czeresnia, 2006, p. 6). Condenadas a la atención de la urgencia, programas como juegotecas barriales, talleres de educación sexual integral, grupos de crianza, encuentros de mujeres, entre otros espacios colectivos de construcción de salud comunitaria en las que nos insertamos, parecen una foto de un pasado lejano, y sus consecuencias ya empiezan a manifestarse en la salud de los usuarios del sistema público de salud.

Sobre ser trabajadoras de la salud en tiempos de pandemia

Hay una estrecha relación entre lo que sucede a nivel macrosocial a partir de la declaración del Covid 19 como pandemia, y lo que nos toca atravesar a les trabajadoras de salud- y en particular a las residentes trabajadoras sociales en salud- en nuestra tarea diaria. Todo lo naturalizado e instituido se ha profundizado a la vez que se han abierto algunos intersticios para la problematización o reflexión de esa normalidad en la que vivíamos.

Existe una característica que signa nuestra intervención que es la relación con otros, el trabajo y la construcción de alternativas antes situaciones concretas de forma conjunta con otros y en este sentido la importancia de la presencialidad y la forma en que en contexto actual el vínculo se ha trastocado por completo y ha modificado sustancialmente cualquier práctica profesional que solíamos ejercer. La relación que se establece, con la temporalidad y durabilidad que sea, es una pieza fundamental para la dimensión socio educativa que tiene la profesión y que implica un proceso de intervención basado en el diálogo, la pregunta, la problematización, la acción y reacción, el clima que se genera entre quienes participan sea individual o grupal la modalidad. Esos procesos no se dan nunca por fuera de cierta institucionalidad, que sin la presencialidad se disipa así como el encuadre que estructura el trabajo profesional.

A partir de eso, se han producido institucionalmente una batería de normativas ligadas a la distancia social en términos literales - porque el virus es aliado del contacto estrecho- que no necesariamente tuvieron como prioridad el cuidado de los denominados trabajadores esenciales, entre los cuales nos encontramos. Se vuelve evidente la contradicción entre esta esencialidad que tendríamos para la sociedad y la garantía de condiciones mínimas de nuestro cuidado que además conlleven a preservar la atención de les usuaries.

La construcción de protocolos de protección y atención dentro del hospital fue signada por dos puntos, que entendemos deberían ser repensados. Por un lado, la falta de convocatoria por parte de las autoridades a la participación del conjunto de les trabajadores en el proceso de creación del mismo. Esta tarea es llevada adelante por un número ínfimo de disciplinas médicas que conforman el Comité de crisis de la institución hospitalaria. Por otro lado, y producto del punto mencionado, el protocolo responde en primera instancia a la regulación

de las funciones del hospital, relegando las respuestas efectivas para el cuidado de les trabajadores y las estrategias de atención integral de la salud para el conjunto de la población.

A su vez, en el contexto de pandemia parecería que las tareas que forman parte de nuestras incumbencias profesionales como trabajadoras sociales, que exceden lo asistencial, se hubieran esfumado. Este contexto dificulta el desarrollo no solo de la dimensión socioeducativa de nuestra intervención, sino también de la construcción de participación activa de otros actores- usuaries, otras disciplinas, organizaciones- en la intervención.

No podemos escindirnos como sujetas sociales en un tiempo de incertidumbres y nuevas soledades, y es en ese marco que, atravesamientos subjetivos mediante, las fronteras de nuestros hogares se han visto invadidas por nuestros espacios de trabajo en un continuum, a veces inidentificable. Así, no sólo situaciones complejas, abrumadoras e incluso de violencias y abusos entran de alguna forma a la vida cotidiana del hogar, sino que además el contacto y acompañamiento de otras colegas para enfrentarlas es aún más difícil. Este nuevo escenario, donde los límites geográficos de nuestro trabajo fueron trastocados, significó en nuestra profesión que está conformada en su gran mayoría por mujeres, y sobre todo en las colegas que son madres, la constante combinación del trabajo profesional y los trabajos de cuidados que nos fueron atribuidos históricamente, generando situaciones de desgaste y aumentando las condiciones de precarización en la vida cotidiana.

Como contracara, hemos encontrado lugar en equipos de trabajo que antes no hubiéramos tenido la posibilidad de integrar, si bien con las trabas en la comunicación y articulación que el caos provocado en la organización del trabajo trajo consigo.

En este contexto podemos mencionar distintas estrategias de autocuidado que fuimos adoptando, que son vividas de formas distintas por cada una de nosotras: las restricciones en el trabajo que se realiza desde casa, la comunicación con otros colegas sobre las sensaciones que producen las limitaciones cotidianas, la participación en espacios colectivos tanto de nuestra profesión como del conjunto de profesionales, la lectura y visualización de distintos textos y conferencias de colegas que nos permiten generar una pausa en nuestra vida cotidiana para reflexionar sobre nuestras prácticas y vivencias, entre otras.

Nuestra inserción como trabajadoras y los procesos de precarización a los que somos sometidas como tales son parte de esta problemática. Reivindicaciones como la exigencia del equipo de protección personal adecuado, la garantía de las condiciones materiales de trabajo que exige el teletrabajo como acceso a computadora, internet y teléfono, el derecho a la desconexión y el respeto a nuestras incumbencias profesionales con todo lo que tenemos para aportar en este contexto, resultan fundamentales.

Cómo construir una nueva (a)normalidad

Estas ideas, que surgen de largos diálogos virtuales, del encuentro detrás de una cámara y con un mate solitario en mano, intentan trascender la mera catarsis, tan necesaria en estos días, para empezar a construir nuevas prácticas a partir de la reflexión colectiva. Pensarnos

como sujetas sociales, trabajadoras, mujeres, usuarias del sistema de salud, con todos los atravesamientos que nos interpelan, nos impulsa a romper la inercia de la urgencia y trascender hacia una praxis superadora.

Para las que sostenemos que todo espacio es un ámbito de disputa y es posible de transformarse, pensar en cuál será la nueva normalidad que resulte de esta puja no sólo contra un virus sino en el marco de nuevas formas de trabajo, de relaciones y de producción de la sociedad, es un desafío que será de larga data. Poner en palabras y analizar las experiencias que en este contexto se presentaron es un insumo fundamental para reflexionar y tomar una participación activa en la construcción de esa nueva (a)normalidad con el afán de que la misma dentro del sistema de salud tenga otras voces, voces que muchas veces intentan ser silenciadas a fin de sostener un modelo médico que hace años se viene cuestionando y que necesariamente debe ser transformado.

Bibliografía

- Abal Medina, P, Barttolotta L, Gago, I, Sarraís Alier, G, Bercovich, A. Gelós, N, Golombek, D · González (2020) *La vida en suspenso, 16 hipótesis sobre la Argentina irreconocible que se viene*. Buenos Aires, Ed. Siglo XXI y Revista Crisis.
- Carballeda, A. (2020). *Apuntes sobre la intervención del Trabajo Social en tiempos de Pandemia de Covid-19*. En CATSPBA - Palabras urgentes : dossier sobre Trabajo Social y Covid-19 / Julio C.Gambina... [et al.]. - 1a ed . - La Plata : Colegio de Asistentes Sociales o Trabajadores Sociales de la Provincia de Buenos Aires, 2020. Libro digital, PDF Link: <https://catspba.org.ar/wp-content/uploads/2020/04/7.-Palabras-Urgentes.pdf>
- Czeresnia, D. y Machado de Freitas, C. (2006) *El concepto de salud y la diferencia entre prevención y promoción*. En Promoción de la Salud. Conceptos, reflexiones, tendencias. Buenos Aires Lugar Editorial.
- Decreto de Necesidad y Urgencia N°297/2020 (Poder Ejecutivo Nacional). Disponible en <http://servicios.infoleg.gov.ar/infolegInternet/verNorma.do?id=335741>
- Faur, E y Pita, M. V. (2020). *Lógica policial o ética del cuidado*. Revista Anfibia. <http://revistaanfibia.com/ensayo/logica-policial-etica-del-cuidado/>
- Laurell, A. (1982). *La Salud-enfermedad como proceso social*. Mexico: Cuadernos Médicos Sociales N°19. Recuperado de <http://www.buenosaires.gov.ar/areas/salud/dircap/mat/matbiblio/laurell.pdf>
- Mallardi, M. (2020). *El cotidiano en crisis: Algunas notas para repensar el Trabajo Social en tiempos de pandemia*. En CATSPBA - Palabras urgentes : dossier sobre Trabajo Social y Covid-19 / Julio C.Gambina... [et al.]. - 1a ed . - La Plata : Colegio de Asistentes Sociales o Trabajadores Sociales de la Provincia de Buenos Aires, 2020. Libro digital, PDF Link: <https://catspba.org.ar/wp-content/uploads/2020/04/7.-Palabras-Urgentes.pdf>
- Menéndez, E. (2003). *Modelos de atención de los padecimientos: de exclusiones teóricas y articulaciones prácticas*. Ciencia y salud colectiva, V. 8.
- Svampa, M. (2020) *Reflexiones para un mundo post-coronavirus*. En: VVAA. La Fiebre. Pensamiento Contemporáneo en Tiempos de Pandemia. Editorial: ASPO.

Artículos seleccionados

Ruta crítica hacia Pavón y Entre Ríos*: interrogantes para el acceso al Programa 690 de Subsidio Habitacional en contexto de COVID-19

**Sofía Povedano, Mariana Serafini, Lucila Cuesta,
Carolina Feldman, Yanina Rienzi, Mayra Coatz y Belén Lacava^a**

Fecha de recepción:	28 de agosto de 2020
Fecha de aceptación:	11 de noviembre de 2020
Correspondencia a:	Sofía Povedano
Correo electrónico:	residenciatsargerich@gmail.com

- a. Licenciadas en Trabajo Social. Integrantes de la residencia del Hospital General de Agudos Dr. Cosme Argerich.

Resumen:

En este artículo nos proponemos problematizar la implementación del Programa 690 de Subsidio Habitacional- teniendo en cuenta la coyuntura actual desde que se suscitó la pandemia COVID-19. A su vez, esta producción escrita tiene el objetivo de reconstruir la ruta crítica que atraviesan las personas para el ingreso o renovación del subsidio, haciendo hincapié en las dificultades que se presentan en este nuevo contexto. Por último, reflexionamos acerca de las estrategias de intervención profesional ante la emergencia de este fenómeno y esbozamos algunas interrogantes para repensar nuestras prácticas profesionales.

Palabras clave: Trabajo Social - Ruta crítica - Emergencia habitacional.

*. Pavón y Entre Ríos es el nombre coloquial que utilizan tanto usuarixs como trabajadorxs para referirse a una dependencia del Ministerio de Desarrollo Humano y Hábitat de la Ciudad Autónoma de Buenos Aires ubicado en dicha dirección.

Summary

In this article we propose to problematize the implementation of the 690 Housing Subsidy Program - taking into account the current situation since the COVID-19 pandemic arose. In turn, this written production has the objective of reconstructing the critical path that people go through to enter or renew the subsidy, emphasizing the difficulties that arise in this new context. Finally, we reflect on the professional intervention strategies in the face of the emergence of this phenomenon and outline some questions to rethink our professional practices.

Key words: Social Work; Critical path; Housing Emergency.

(...) Cuando vivo en esta ciudad sin lágrimas que se ha vuelto egoísta de puro generosa que ha perdido su ánimo sin haberlo gastado pienso que al fin ha llegado el momento de decir adiós a algunas presunciones de alejarse tal vez y hablar otros idiomas donde la indiferencia sea una palabra obscena.

Quizá mi única noción de patria sea esta urgencia de decir Nosotros, quizá mi única noción de patria sea este regreso al propio desconcierto (...)

Noción de Patria,
Mario Benedetti

Introducción

En este artículo exponemos las reflexiones acerca del Programa de Atención a Familias en Situación de Calle, Decreto 690/2006 - en adelante Programa Subsidio Habitacional- y su implementación en los servicios sociales del área programática de un Hospital General de Agudos de la zona sur de la Ciudad de Buenos Aires, dado que es la principal respuesta desde la política pública destinada para las personas en situaciones de emergencia habitacional.

Como residentes de trabajo social nos insertamos en los distintos efectores del área programática del hospital en el dispositivo de demanda espontánea. A partir de allí, identificamos que la mayor parte de las demandas de la población se relacionan al pedido de ingreso y/o reno-

vación a dicho programa, solicitando el informe social que se presenta como requisito excluyente para el acceso al mismo.

En esta coyuntura de pandemia, la necesidad de una vivienda digna se constituye en un requerimiento para poder llevar a cabo el aislamiento social, preventivo y obligatorio. En este momento se profundizan las dificultades ya existentes para el acceso a esta política pública -teniendo en cuenta que muchos de los dispositivos de atención redujeron la demanda o adoptaron una modalidad de trabajo remoto-. Desde nuestra profesión, proponemos algunos intersticios para poder superar lo instituido y repensar nuestras intervenciones en este nuevo contexto.

Una aproximación al Programa Subsidio Habitacional y sus modificaciones

Los programas vinculados a la atención integral de personas en situación de vulnerabilidad habitacional o calle han ido modificando su ejecución durante las últimas décadas. Estos cambios se dieron conforme a definiciones y lógicas distintas dentro de las agencias de Estado involucradas, además de los cambios de gobierno desde 2004 hasta la actualidad. En dicho año se promulga la ley N° 1408 que declara la emergencia habitacional¹ en la Ciudad Autónoma de Buenos Aires y se crea el Programa de Apoyo Habitacional con el objetivo de efectivizar la asistencia-tanto para las familias en situación de calle como para las personas alojadas en hoteles en

1. Véase Ley N° 1408, Ciudad Autónoma de Buenos Aires. Artículo N° 2, 2004.

estado de juicio y clausura administrativa de la Ciudad Autónoma de Buenos Aires-.

En el año 2006 se reglamenta el decreto N° 690/06 -vigente en la actualidad- que establece la transferencia al jefe/jefa de familia (o personas solas) un monto destinado a cubrir gastos de alojamiento, siendo sus objetivos: *mitigar la emergencia habitacional de los residentes en el ámbito de la Ciudad Autónoma de Buenos Aires y por otro lado, el fortalecimiento transitorio del ingreso familiar con fines exclusivamente habitacionales.*

Este programa adoptó diferentes lógicas y formas de ejecución a lo largo del tiempo. A primera vista, la cuestión de una solución *definitiva* habitacional no parece una expresión manifiesta en la agenda de los gobiernos, ya que continúan las contradicciones entre la demanda de lxs beneficiarixs y la ejecución de las políticas públicas aun con la asunción de nuevas autoridades. Desde 2007, por ejemplo, con el ingreso de Cambiemos al Gobierno de la Ciudad y la atención social ya con rango ministerial, para este programa particular se establecen *recortes* y entre los requisitos se solicita estar en situación de calle *comprobable*, quedando por fuera aquellas familias/personas en situación de vulnerabilidad pero con viviendas *per se*.

En la actualidad resulta necesario reflexionar sobre la falta de acceso a la información del programa, debido a que esto refleja la arbitrariedad en su implementación y reafirma las contradicciones entre la normativa de la política pública y la realidad. Desde la experiencia en la atención de demanda espontánea hemos podido recabar diferentes negativas para acceder al subsidio por parte de Pavón y Entre Ríos, tales como presupuestos inválidos, montos diferenciados, criterios confusos sobre lxs destinatarixs ya que en determinados períodos sólo se permite el acceso a personas en situación de calle y en otros a cualquier persona que manifieste a través del informe social, vulnerabilidad en la tenencia o acceso a la vivienda.

Irrupción COVID 19: ¿Quedate en casa?

El 19 marzo de 2020, frente al avance de la pandemia por COVID-19 se dictó la primera medida de aislamiento social, preventivo y obligatorio en el país para

evitar -o al menos disminuir- la propagación de dicha enfermedad. En lugares como las comunas del sur de la Ciudad, donde los indicadores² de vivienda/habitabilidad muestran las graves condiciones en las que se encuentran personas y familias desde hace décadas, esta medida encuentra mayores obstáculos para su implementación.

Este escenario convierte a la falta de vivienda digna en un eje estructurador de nuestras intervenciones en tanto trabajadoras sociales insertas en diferentes efectores de salud ubicados en el sur de CABA. Previo a la irrupción de la pandemia de COVID-19, como Residencia de Trabajo Social realizamos una sistematización de 509 informes sociales elaborados para presentar al Programa Subsidio Habitacional durante un período de seis meses (junio a diciembre de 2019). A partir de ello pudimos esbozar una caracterización de la población que reside en el área programática y demanda dichos informes. Sobre el total de la población relevada, 206 personas se encontraban en situación de calle, ya sea en la vía pública, en el interior del hospital, en internación hospitalaria o pernoctando en algún parador municipal. A su vez, las 301 personas restantes se encontraban residiendo de manera transitoria en habitaciones de hoteles, en casa de alguna persona que les da lugar o en situación de desalojo inminente, entre otras.

La pandemia puso de manifiesto la situación en la que se encuentran viviendo éstas -y muchas otras- personas: sin posibilidades reales de aislamiento, debido a las condiciones habitacionales previamente mencionadas, sumado a la imposibilidad de *quedarse en sus "casas"*, sin tener garantizadas las condiciones mínimas de subsistencia.

En paralelo se evidenció que para el control de la propagación del COVID-19, resulta esencial que las personas contagiadas y sus contactos estrechos puedan realizar un aislamiento estricto. Es decir, por un lado contar con una vivienda que tenga habitación y baño propio, y sumado a ello, tener una red de cuidados organizada para proveerles de alimentos, insumos de higiene, entre otras cuestiones. Con el avance de la pandemia se comprobó que muchxs pacientxs no cumplían con dichos "requisitos" para el aislamiento, motivo por el cual comenzaron a habilitarse hoteles y centros de aislamiento en diferentes puntos de la Ciudad. Sin embargo, ante el aumento exponencial de la demanda de derivaciones a hoteles

2. Véase Análisis de Situación de Salud (Asis) 2016.

por situación de vulnerabilidad habitacional, el acceso a los mismos colapsó. Esto devino en la modificación de los requisitos para el aislamiento, en especial el tiempo que el mismo debía durar. De esta forma las personas retornan nuevamente a sus hogares donde la situación habitacional continúa siendo deficitaria e inapropiada para continuar con el aislamiento en domicilio.

Si bien la emergencia habitacional no se circunscribe a este contexto, la misma se agudiza por la ruptura de la vida en común que produce el aislamiento, por el crecimiento de la desocupación -dado que gran parte de las personas que atendemos realizaban trabajos informales antes de la pandemia que en esta coyuntura no pueden continuar- y por la falta de políticas integrales e intersectoriales en este nuevo escenario sociohistórico. Tal como asevera Grassi (2020) la intensidad de las desigualdades y de los estados de precariedad -del trabajo y de la vida, en general- se muestran como los emergentes de transformaciones profundas y de largo alcance, mucho más que solo "problemas sociales" (Grassi, 2020 : 2)

Ruta Crítica a Pavón y Entre Ríos

Previamente a la pandemia, los requisitos de ingreso al Programa Subsidio Habitacional implicaban una gran restricción para las personas, producto de las dificultades que tenían que sortear para conseguir lo requerido, sin que los mismos estuviesen explicitados de manera formal y actualizada. Una vez reunidos los requisitos, la gestión de ingreso al programa implicaba largas horas de espera durante la madrugada, filas y filas de gente esperando ser atendida, en principio recepcionada por personal de seguridad, encargados de observar arbitrariamente el cumplimiento de los requisitos y decidir quién ingresa a la institución. A su vez, algo que se volvió común en los últimos tiempos es que las personas regresen con los informes "rebotados" debido a supuestos errores de redacción, confusión en la información plasmada, falta de cumplimiento de alguno de los requisitos de ingreso, entre otros motivos. Esto conlleva un retraso en la gestión del programa, que muchas veces implica que las personas vayan y vuelvan de institución en institución varias veces.

Una vez sorteados estos obstáculos, las personas cobran un monto de dinero que no se condice con los valores

de los alquileres de habitación de hotel más baratos, por ende deben cubrir lo restante por sus propios medios, con la dificultad que ello conlleva dado que acorde a los datos estadísticos que recuperamos para este trabajo, los mayores porcentajes de la población que solicita el subsidio se encuentra desempleada o en el mercado laboral informal.³ El monto de dinero que otorga el programa sólo permite acceder a viviendas con construcciones deficitarias, que no cumplen con las condiciones mínimas de habitabilidad. Las mismas no cuentan con servicios básicos, las personas se encuentran hacinadas, conviviendo en pequeños espacios, con presencia de plagas, entre otras cuestiones.

Esta ruta crítica habitual del programa, hoy se vuelve aún más compleja producto de la irrupción de la pandemia y la falta de respuesta estatal ante dicho escenario. En este nuevo contexto, en el cual las condiciones habitacionales resultan fundamentales siendo el aislamiento la primera medida preventiva de contagios, no hubo ningún abordaje específico para afrontar esta situación. Se mantuvieron los mismos requisitos, con monto insuficientes para el pago de alquileres, al mismo tiempo que los servicios de atención restringieron sus horarios, dificultado aún más las gestiones. En este sentido, nos parece significativo señalar que si bien el 30 de marzo el Gobierno Nacional publica el decreto 320 que congela el precio de alquileres y establece en el artículo 2 la suspensión de los desalojos hasta el 30 de septiembre de este año, los dueños de los hoteles continúan aplicando los aumentos y ejercen presión para que los inquilinos paguen regularmente el alquiler.

Con respecto a las personas en situación de calle, el circuito institucional del BAP (Buenos Aires Presente) sigue funcionando de la misma forma, las personas tienen que llamar al 108 y esperar largas horas para la concurrencia a paradores. Uno de los escollos que observamos es que el ingreso a estas instituciones es limitado por decisión del Gobierno de la Ciudad de no abrir vacantes en este contexto de aislamiento social, preventivo y obligatorio. Actualmente, para las personas que están en situación de calle la única política pública destinada a esta población es el acceso al Subsidio Habitacional y uno de los requisitos para gestionar este programa es el Censo del BAP que en muchas situaciones no se realiza. Así mismo, la pandemia de COVID-19 implicó grandes transformaciones al interior de los efectores de salud.

3. Uno de los requisitos de ingreso al programa 690 es que las personas no tengan un empleo formal, por lo cual la mayoría de ellos se encuentra subempleada en el mercado informal de trabajo, realizando actividades por cuenta propia, lo cual no les garantiza un ingreso fijo mensual que les permita asegurarse de poder cubrir los gastos de un alquiler.

En lo que respecta a la atención desde Trabajo Social en el área, esta se vio reconfigurada, sujeta a modificaciones en las modalidades de atención. En este cuadro se redujeron los espacios y horarios de atención para la demanda espontánea -la cual, como mencionamos previamente, suele estar vinculada a cuestiones habitacionales-. Antes de la pandemia, en los efectores de salud había horarios preestablecidos de demanda espontánea. A partir del aislamiento social, preventivo y obligatorio en algunos lugares dejó de funcionar este espacio de atención a la población, ya que las intervenciones de trabajo social en salud fundamentalmente quedaron reducidas al acompañamiento telefónico de las personas internadas con COVID-19 y sus contactos estrechos.

Por su parte, la implementación de una modalidad de atención virtual no resulta una opción viable para gran parte de la población que accede usualmente a los servicios, dado que algunas personas carecen de teléfono o no tienen crédito para recibir llamadas. En algunas instituciones, se tomó la determinación de utilizar un dispositivo móvil para realizar comunicación por whatsapp o a través de las redes sociales de las instituciones. No obstante, es importante señalar que no existen criterios unificados para llevar a cabo estas adecuaciones institucionales. A su vez, en esta nueva coyuntura el programa rechaza los informes sociales que se envían por los canales virtuales, exigiendo a las personas que se acerquen a Pavón y Entre Ríos sin turno -sometidos a una ardua ruta crítica que no les garantiza necesariamente el otorgamiento de este subsidio-.

Frente a este nuevo escenario, una estrategia que se ha adoptado es recurrir a instancias jurídicas con el fin de exigir respuesta ante esta situación. Estas articulaciones con las organizaciones judiciales parten de un acuerdo al interior de las instituciones con las que nos insertamos como residentes, dado que implican todo un trabajo en red que se construye con lxs sujetos de intervención para reclamar la inclusión a esta política pública; en las situaciones que se deniega este recurso porque estas personas no cumplen con el requisito de *situación de calle comprobable*, o para pedir un aumento del monto de este programa por resultar insuficiente para la reproducción cotidiana. En otras instancias, también se acordó como estrategia la derivación de situaciones a otras instituciones (CeSACs, servicios sociales zonales) u organizaciones como la CTEP.

Si bien estas estrategias suelen tener resultados positivos, generan un retraso aún mayor en el ingreso al programa,

debido a los tiempos institucionales que implican dichos reclamos. Al respecto recuperamos los aportes de Auyero (2016), quien sostiene que la espera que atraviesan lxs pobres urbanxs en su tránsito por las instituciones del Estado es una modalidad de disciplinamiento. El autor explica que el Estado tiene distintas formas de control social, algunas a través de su aparato represivo, y otras más sutiles mencionadas como “tentáculos invisibles”, las cuales se constituyen como una red que atrapa a lxs sujetxs. *“Los pedidos imposibles, las idas y venidas extenuantes, las cancelaciones repentinas y sin explicaciones y otras tácticas de demora similares son «tentáculos» que los pobres no pueden ver y que producen resultados de rutina”* (Auyero, 2016 : 83).

A partir de lo expuesto en este apartado podemos observar que aún en un cuadro excepcional como este, en el cual los circuitos de atención se vuelven virtuales y más restrictivos, no se ha esbozado con claridad la ruta y los requisitos formales para el acceso al programa que supone “resolver” una problemática habitacional en estado de emergencia.

Reflexiones Finales

En el recorrido de este artículo intentamos expresar las contradicciones que implica el cumplimiento del aislamiento social, preventivo y obligatorio en las condiciones habitacionales que presenta la población de referencia, sin un nuevo enfoque de las políticas públicas para abordar esta situación. Específicamente, esto lo observamos en el acceso al Programa Subsidio Habitacional, el cual no ha realizado ningún tipo de modificaciones para adaptar sus requisitos y circuitos al contexto actual. La falta de adecuación obliga a las personas a circular constantemente por las diferentes instituciones, lo cual se vuelve aún más problemático en el contexto sanitario actual, cuando las medidas deberían ser de resguardo de la población y no de mayor exposición.

Como ya hemos expuesto, en el margen de esta coyuntura socio sanitaria, las condiciones necesarias para cumplir con el aislamiento para aquellas personas que no pueden acceder a una vivienda digna se ven altamente obstaculizadas.

El slogan “Quédate en casa” como única estrategia de autocuidado frente a la pandemia, pone en manifiesto la importancia que tiene el acceso a la vivienda como determinante y factor imponderante en nuestra salud, “dimensiones tales como condiciones de hacinamiento,

servicios sanitarios, energía, precariedad, equipamiento colectivo, entre otras, son parte de la vivienda y tienen determinación en el proceso salud-enfermedad" (Aguirre, 2017 : 41)

En relación a las reflexiones expuestas, nos preguntamos ¿Qué otras alternativas se pueden pensar desde el trabajo social que trascienden la mera confección de un informe social? ¿Cómo legitimar los instrumentos que ya utilizamos? ¿El acceso a este programa garantiza el derecho a la vivienda? ¿Cómo construir prácticas instituyentes en el marco de esta pandemia? ¿Qué redes institucionales y comunitarias se pueden construir para colectivizar la demanda? En términos de Battistessa y Matusevicius (2011) *¿Cómo puede el trabajador social desde otro tipo de estrategia, desde otra identidad profesional, reconociendo los límites del dispositivo, construir una práctica que salga del círculo de la alienación?*" (Battistessa y Matusevicius, 2011:4). Creemos que como profesionales debemos darnos la tarea no solamente de problematizar nuestra práctica, sino también de disputar las políticas públicas desde nuestro lugar de intervención poner en agenda un nuevo marco normativo que contemple la totalidad

de situaciones que atraviesa la población con respecto a la vivienda.

Teniendo en cuenta todo lo expuesto en este artículo, creemos que pueden proponerse diversas propuestas para mejorar la accesibilidad al programa y aliviar la ruta crítica de lxs usuarixs. Un facilitador podría ser abrir canales de comunicación virtuales (un teléfono, un mail, y/o una página web), con el propósito de enviar la documentación que exige el programa por esa vía. Consideramos que esto es posible ya que durante la pandemia, otras políticas públicas tales como Ciudadanía Porteña adoptaron esta alternativa. Esta posibilidad virtual podría contemplar la opción de enviar los informes sociales con sello y firma de lxs profesionales escaneada en formato PDF, a fin de evitar que la población no tenga que movilizarse a los efectores de salud. Por otro lado, para superar este engorroso derrotero se podrían otorgar turnos para que las personas no tengan que exponerse a largas filas en este contexto de pandemia, en lugar del actual sistema de demanda espontánea. Este circuito de turnos podría dar prioridad a las personas que se constituyen como grupos de riesgo.

Bibliografía

- Aguirre, L. (2017) *La vivienda como determinante en la salud enfermedad. La población de los barrios del periurbano suroeste de Mar del Plata*. En Investigación + acción. Mar del Plata, N°16.
- ANÁLISIS DE SITUACIÓN DE SALUD (2016). GCABA. Argentina. Disponible en: <http://www.buenosaires.gov.ar/salud/analisis-de-situacion-de-salud>
- Auyero, J. (2016) *Pacientes del Estado*. 1a ed . Eudeba. Ciudad de Buenos Aires.
- Battistessa, O y Matucevicius, J. (2011) *Del padecimiento individual a la participación y organización vecinal en torno al derecho a la vivienda. Una experiencia desde el sector salud*. Trabajo presentado en las IV Encuentro Internacional, "Políticas Públicas y Trabajo Social. Aportes para la construcción de lo público". Buenos Aires.
- Decreto 320/2020. Boletín oficial de la República Argentina, Argentina, 29 de marzo de 2020.
- Decreto 690/2006. Ciudad Autónoma de Buenos Aires, Buenos Aires, 26 de junio de 2006.
- Grassi, E. (2020) *Neoliberalismo, desigualdad y cuestiones de legitimidad*. En *Revista Escenario*. Facultad de Trabajo social en la UNLP, N°30,-VOL.19.
- Ley N° 1408. Ciudad Autónoma de Buenos Aires, artículo N° 2, Buenos Aires, 29 de julio de 2004.

Artículos seleccionados

Gestión local de la pandemia de COVID 19: Aportes desde el Trabajo Social

Sasha Acerbo^a y Carolina Larrache^b

Fecha de recepción:	31 de agosto de 2020
Fecha de aceptación:	16 de noviembre de 2020
Correspondencia a:	Sasha Acerbo
Correo electrónico:	acerbosasha@gmail.com

- Lic. Trabajo Social. Residencia de Trabajo Social en Salud de la Ciudad Autónoma de Buenos Aires.
- Lic. Trabajo Social. Residencia de Trabajo Social en Salud de la Ciudad Autónoma de Buenos Aires.

Resumen:

El presente artículo intenta compartir aspectos relevantes del proceso de gestión local de la pandemia construido desde un Centro de Salud y Acción Comunitaria de la zona sur de la Ciudad Autónoma de Buenos Aires, en el periodo de marzo a septiembre 2020. El mismo ha sido producido por trabajadoras de la Residencia de Trabajo Social en Salud de CABA¹, resultado de diálogos sostenidos junto con compañeros residentes, colegas referentes del Servicio Social y otros profesionales que forman parte del equipo de salud.

1. La Residencia es una capacitación profesional de postgrado en servicio que forma parte del Sistema de Salud de la Ciudad de Buenos Aires. Dura tres años, y apunta a la formación de profesionales en el campo de la salud. Les Residentes somos trabajadores rentados, que nos integramos al trabajo en equipos disciplinares e interdisciplinares aportando, desde la intervención y la producción de conocimientos, a la planificación, ejecución y evaluación de acciones tendientes a la promoción y acceso a los derechos.

Escribir en tiempos de emergencia socio sanitaria sobre los procesos de trabajo y sobre los procesos de intervención profesional, implica hablar sobre los conocimientos, los derechos y los deseos. En ellos se juegan tres temporalidades: lo que ya se hizo y se decidió. Lo que estamos siendo, haciendo y deshaciendo en el marco de las condiciones de posibilidades y derechos exigibles y vigentes. Y lo que aún falta por conocer, hacer y desear; aquello por lo que todavía resta construir. En este sentido, dicho escrito se constituye como territorio de conceptos, argumentos, pensamientos y sentimientos, del cual invitamos a los lectores a ser parte.

Para iniciar, definiremos la pandemia de COVID 19 como una expresión de la cuestión social. Sobre ello, describiremos el recorrido territorial e institucional y las estrategias de intervención profesional asociadas a la gestión local de la pandemia. Finalmente, ahondaremos en la relevancia y el alcance de los aporte del Trabajo Social, en tanto disciplina de las Ciencias Sociales, en el campo de la salud en general, y en los procesos de atención y cuidado en particular; para lo cual se recuperarán algunos debates sanitarios.

Palabras clave: Pandemia - Gestión local - Trabajo Social.

Summary

This article proposes to share relevant aspects of the local management process of the pandemic, recently built by a Community Health and Action Center in the southern area of the Autonomous City of Buenos Aires. It has been produced by workers from the Residence for Social Work in Health, the result of dialogues held together with fellow residents, colleagues from the Social Service and other professionals who are part of the health team.

Writing in times of socio-sanitary emergency about work processes and professional intervention processes implies talking about knowledge, rights and wishes. In them three temporalities are played: what has already been done and what has been decided. What we are being, doing and undoing within the framework of the conditions of possibilities and enforceable and current rights. And what is yet to be known, done and desired; that for which we still have to build. In this sense, said writing is constituted as a territory of concepts, arguments, thoughts and feelings, of which we invite readers to be a part. To begin, we will define the pandemic as an expression of the social question. On this, we will describe the institutional journey and the professional intervention strategies associated with local management. Finally, we will delve into the relevance and scope of the contributions of Social Work, as a discipline of Social Sciences, in the field of health in general, and in the care and care processes in particular; for which we recovered some health debates, as well as disputes about professional projects.

Key words: Pandemic; Local Management; Social Work.

Introducción

Tras ser declarada la pandemia de COVID 19 por la Organización Mundial de la Salud (OMS), la misma ha alterado todos los aspectos de nuestra vida cotidiana, como así también los límites entre lo público y lo privado. Por mencionar, hemos visto interpelada nuestra concepción sobre el contacto, el encierro, el encuentro, la comunicación; e inclusive las definiciones de Estado, Política Social, asistencia, salud, cuidado, seguimiento, control, vigilancia y comunidad. Categorías que no son para siempre únicas, sino por el contrario, lo suficientemente dinámicas y polisémicas como para moverse al ritmo de los procesos sociales. Al mismo tiempo, se ha incorporado al lenguaje cotidiano de gran parte de la población, conceptos como mortalidad, letalidad, población de riesgo, curva de contagio, contacto estrecho, test serológico, PCR, inmunidad, rebrote, etc. Mayormente atravesados por el discurso mediático hegemónico.

Se argumentará en este trabajo cómo la pandemia de COVID 19 se presenta como una manifestación de la cuestión social, expresando las desigualdades propias del sistema capitalista, patriarcal y neocolonial (Iamamoto, 2012) en los modos de enfermar, cuidar, atender, prevenir, sanar y morir, que transitan las personas en sus vidas cotidianas (Menéndez, 1988).

Esto explica cómo la Ciudad Autónoma de Buenos Aires (CABA), donde se concentra la mayor riqueza, tiene la mayor incidencia de contagio (es decir, con más cantidad de contagios cada 100.000 habitantes) y la tasa de mortalidad por infección de COVID 19 más alta del país. Sin ser propósito de este trabajo, el análisis de los "factores de riesgo" que presenta cada conjunto poblacional de la CABA, nos interesa aquí destacar los efectos de los altos niveles de desigualdad y profundización de la pobreza, en un contexto de exacerbación de los procesos de gentrificación que caracterizan dicha metrópolis de gran densidad poblacional. Evidenciando una distribución espacial violentamente desigual respecto de esperanza de vida, de la prevalencia de enfermedades crónicas e infecciosas, de la inseguridad alimentaria y

nutricional, de la higiene ambiental, del acceso al agua², de las disposición de las redes de cuidado, etc.

Bajo este carácter, se resaltan las competencias y atribuciones de las Ciencias Sociales en general, y el Trabajo Social en particular, para comprender y abordar la complejidad que conlleva dicho fenómeno.

Está claro que como argumenta Emerson Merhy (2020), el COVID 19 se ha constituido como un hecho social total. Asumiendo lo anterior, en el presente artículo nos centraremos en reflexionar específicamente sobre el proceso de gestión local de la pandemia a partir de la inserción en el campo de la salud, recuperando la experiencia de trabajo de un Centro de Salud y Acción Comunitaria (CeSAC) de la zona sur de la Ciudad Autónoma de Buenos Aires.

Algunas consideraciones

Para comenzar atañe destacar que, siguiendo a Floreal Ferrara (1975), se entiende por salud a la posibilidad que tenemos los sujetos de enfrentar y resolver los conflictos que la interacción con nuestro mundo físico, mental y social nos imponen. De este modo, abogamos por las concepciones que enfatizan en la salud como procesos de construcción históricos, sociales y culturales; en los cuales se integran las particularidades biológicas de los colectivos y sus respuestas organizadas para enfrentarlos. Oponiéndonos críticamente a las concepciones de la salud como un estado (algo estanco, quieto, establecido) y de las enfermedades como una problemática individual. Al contrario, las pensamos como proceso, atravesada por distintas relaciones de opresión étnicas, raciales, etarias, de clase, de género, territoriales, etc. Lo que fundamenta la importancia de la intervención de los Trabajadores Sociales en los procesos de salud, enfermedad, atención, cuidado (PSEAC) de las personas y las poblaciones en su conjunto (Laurell, 1986)³.

En este contexto, nos reconocemos y asumimos como profesionales trabajadores de la salud, comprometidos

2. Ver <https://www.nodal.am/2020/05/argentina-que-pasa-con-el-agua-potable-en-las-villas-de-la-ciudad-de-buenos-aires-por-melina-tobias/> Última fecha de consulta: 29 de agosto de 2020.

3. La denominada corriente de Medicina Social Latinoamericana ha acuñado la categoría proceso salud-enfermedad-atención-cuidado como herramienta analítica que sitúa a lo social en un plano de preeminencia, frente a los fenómenos de carácter biológico y físico-químico que pudieran reconocerse en el mundo de la naturaleza, al subrayar el carácter social del mundo humano y del aspecto biológico que en él puede reconocerse (Laurell, 1986).

con la lucha por la producción de condiciones y de prácticas saludables, en el marco de los derechos reconocidos y exigibles, y en diálogo con las políticas vigentes y con los procesos de organización comunitarios. Desde esta posición, las trabajadoras sociales procuramos intervenir críticamente en los PSEAC, con sustento teórico metodológico de las Ciencias Sociales y del trabajo interdisciplinario. Resaltando el carácter crítico y científico que supone esto último. Interpretar y abordar la pandemia nos obliga a conceptualizar la práctica, es decir a crear categorías, proponerlas, integrarlas entre sí, inscribirlas en territorios, instituciones, etc. Asumir tamaño desafío, como parte de nuestros procesos de trabajo y de intervención profesional, implica el ejercicio de nuestra capacidad de autonomía relativa.

A propósito de ello, atañe recuperar el carácter situado de las dimensiones de nuestro ejercicio profesional: quienes adherimos al denominado paradigma de la "salud colectiva", sabemos que el modelo civilizatorio actual de aceleración económica y despojo que sostiene el sistema capitalista extractivista en el cual vivimos, son el gran eje de determinación social de la salud de las personas y las poblaciones (Breilh, 2012). Pensar en los determinantes sociales de la salud recuperando un pensamiento situado, nos obliga a indagar y reconocer cómo influyen las condiciones sociales y económicas en la salud y la vida cotidiana de las personas; involucrando los riesgos asociados a las condiciones de hábitat, de trabajo, de alimentación, de educación, etc. Dichos determinantes se oponen a la noción de factores individuales, y aluden al diferenciado capital económico, social, simbólico, cultural, geográfico, etc, el cual porta cada persona para "decidir" relativamente sobre las condiciones en las que transcurre su vida cotidiana y comunitaria y afrontar las contradicciones del sistema.

Reconocer la particularidad política, histórica y territorial de nuestros procesos de trabajo (inscritos en determinadas instituciones y contextos), se torna una estrategia necesaria para superar la pseudo concreción con la que se nos presentan las demandas; y la enajenación a la cual la división social del trabajo nos tiene acostumbrados: donde pareciera ser que unos (funcionarios) piensan y diseñan; y otros (trabajadores profesionales) operan e implementan (como si fueran procesos seculares y abstractos).

Epidemiología comunitaria y Trabajo Social

¿Cuántas veces al día escuchamos hablar de "epidemiólogos", "tasas", "cantidad de personas muertas en el mundo", "cantidad de personas muertas en nuestro país", "cantidad de personas recuperadas"? Probablemente estos conceptos nunca hayan estado tan vigentes en la agenda mediática como en la actualidad.

La epidemiología, tal como lo indica su etimología, se dedica al estudio de las poblaciones. Conviene considerar que como disciplina científica, históricamente se le han asignado y atribuido diferentes representaciones y visiones. La misma se fundó bajo el paradigma de la teoría miasmática, la cual sostenía que las enfermedades se contraían de las emanaciones impuras del suelo, aire y agua. El modelo de análisis se basaba en evidenciar, a través de las estadísticas vitales, los diferenciales de mortalidad por regiones según la sanidad de su ambiente. Se atribuía a las condiciones de vida, especialmente a las relacionadas con la pobreza, un peso importante en la diseminación de las enfermedades. Las intervenciones que impulsaba este pensamiento estaban principalmente orientadas hacia las obras públicas a nivel societal: construcción de drenajes y cloacas, redes de agua, acompañadas por recolección periódica de basura y mejoras en la infraestructura urbana y de las viviendas (Urquía, 2019).

Es interesante recuperar como estas corrientes se van articulando con los fundamentos de la inserción del Trabajo Social en la división social del trabajo, y con los modos de definir y abordar la cuestión social. Sucesivamente, inaugurando la era de la epidemiología de las enfermedades infecciosas, se impuso el paradigma de la teoría del germen. Relegando las cuestiones sociales, se focalizó en la investigación y las intervenciones en torno del germen como responsable de la enfermedad. El modelo de análisis era laboratorio y las medidas de acción que se generaron a partir de este paradigma fueron el combate a las enfermedades a través de la interrupción de la transmisión usando vacunas y aislando a los afectados a través de la cuarentena y en hospitales para infecciosos (Urquía, 2019).

Luego, a partir de la segunda mitad del siglo XX, se desarrolló un paradigma conocido como el de la caja negra, centrado en el estudio de las enfermedades crónicas; buscando establecer medidas de riesgo a nivel individual en las poblaciones, relacionando ex-

posiciones a factores de riesgo con la producción de enfermedades (Urquía, 2019). Es notorio cómo coexisten aspectos de los distintos enfoques en los modos de interpretar (y por lo tanto abordar) de la pandemia de COVID 19. Reconocerlo es fundamental para poder construir una propuesta superadora, sabiendo que es a partir de estas construcciones teórico políticas que se toman decisiones de gestión de la salud (Basile, 2020).

Referida a la escala local, desde donde se referencia nuestra narrativa, a continuación, se compartirá la construcción de un equipo epidemiológico comunitario anclado en el primer nivel de atención. Presentándose como una propuesta superadora ante los modelos clásicos de vigilancia epidemiológica, que profundizan el fetichismo de los números, basados en la medición cuantitativa de tasas.

De este modo, dicha estrategia de monitoreo cualitativo, se centra en la reconstrucción de los PSEAC en la trayectoria de vida y la visibilización de las corresponsabilidades políticas; proponiendo un modo desburocratizador e integrador de la atención de la salud.

Basile (2020) advierte la importancia de recuperar los procesos historicidad y territorialidad frente a la imposición del fetichismo de los números, de la muerte y de la geografía de la culpa. La elaboración de boletines epidemiológicos semanales por parte del equipo epidemiológico del CeSAC, han permitido reevaluar sistemáticamente las estrategias de atención. Enmarcado al contagio en la conflictividad social estructural. Esto adquiere un gran valor simbólico, fundamentalmente en un contexto global de subyugación de la vida al poder de la muerte (cómo si la muerte fuera algo abstracto y aislado...).

La realización de entrevistas en profundidad (telefónicas), a cada una de las personas diagnosticadas, amerita un valor positivo, en términos de reconocimiento del capital económico y social, la trayectoria institucional, laboral, educativa, las posibilidades de redes de contención social que les sujetos disponen. Viabilizando la adecuación del proceso de atención y cuidados de la salud a las condiciones reales y locales; y al marco de los derechos y obligaciones establecidos. Y propiciando nuevas formas relacionales, integrales y soberanas de salud, atención y cuidado (muchas veces opuestas a la que el Modelo Médico Hegemónico nos tiene acostumbrados).

Al priorizar la noción de trayectorias, se visibiliza cómo las personas van construyendo sus propias estrategias de autocuidado, más allá de las indicaciones de los profesionales y la información científica al alcance. Cabe al equipo de salud la responsabilidad de construir procesos de comunicación participativos, democráticos e interculturales en la construcción de la inteligencia popular de la salud y el cuidado, que eviten reforzar representaciones del cuerpo y de la vida de las personas en condiciones de vulnerabilidad como territorios en disputa, lugares controlables. Desde ya que si se pretende trabajar en la promoción, en la prevención y mitigación de la pandemia, resulta perentorio construir políticas, prácticas y sentidos que se opongan a la rutinización del sufrimiento cotidiano y a la normalización de la violencia en la vida diaria (Otegui Pascual, 2009).

En este marco, el concepto de infodemia nos invita a cuestionar la forma de producir y circular información. Como parte de este proceso, fue sustancial la comunicación en tanto proceso participativo académico, científico y comunitario para explicar y entender la complejidad (recuperando lo que los sujetos sienten, piensan, dicen, saben y escuchan). A través de los llamados telefónicos, fue posible establecer consensos y pautas de cuidado. Presentándose así una oportunidad y desafío en el ejercicio de descolonización y despatriarcalización de nuestras miradas territoriales, evitando reactivar mitologías dominantes de la construcción del Estado Argentino y de la historia de la salud pública y orígenes de nuestra profesión vinculadas al higienismo.

Comunicar es crear comunidades. Ha quedado en claro la importancia de repensar la comunicación en salud en sus distintos niveles, aún más identificando que los gobiernos en general no han creado políticas de información destinadas a diferentes grupos. Y que en los medios de comunicación hegemónicos y/o redes sociales la información se caracteriza por ser confusa y ecléctica.

Estos procesos nos han permitido asentar el carácter de derecho social de la comunicación. En el siglo XXI es evidente que la comunicación es una variables de acceso y permanencia en el tejido social. No debiera ser un privilegio social dependiendo de las condiciones individuales de acceso atadas a la relación de libre mercado de oferta y demanda.

Reorganización de la vida cotidiana

Los Centros de Salud y Acción Comunitaria (CeSAC) responden al Área Programática de los Hospitales Ge-

nerales de Agudos y a la Subsecretaría de Atención Primaria, Ambulatoria y Comunitaria. Todo esto a su vez depende del Ministerio de Salud del Gobierno de la Ciudad de Buenos Aires (GCBA). Los CeSAC forman parte de lo que se define como primer nivel de atención. Según la Ley Básica de Salud N° 153 (1999), *"el primer nivel comprende todas las acciones y servicios destinados a la promoción, prevención, diagnóstico, tratamiento y rehabilitación, en especialidades básicas y modalidades ambulatorias"*.

Bajo este encuadre, y dado el entramado territorial, las redes interinstitucionales y las experiencias comunitarias acumuladas, los Trabajadores Sociales (inscriptos en una relación laboral de dependencia) llevamos adelante tareas relacionadas con el acceso a recursos y con la prevención de enfermedades y promoción de la salud, entendida en los términos que ya se han desarrollado.

Geográficamente, el CeSAC protagonista de este escrito se encuentra ubicado en la Comuna 8, al sur de la CABA. Respecto de este territorio, los indicadores sociodemográficos evidencian una gran concentración de precariedad y pobreza. Este se caracteriza por una alta densidad poblacional, una elevada tasa de desocupación y subocupación (con más de 5 puntos porcentuales mayor a la de la Ciudad)⁴. Según la Encuesta Anual de Hogares de la Dirección de Estadística y Censos del GCABA y proyecciones de población del INDEC (2018), 2 de cada 5 personas de entre 3 y 17 años de la Comuna 8, residen en villas o asentamientos precarios, valor que casi triplica al observado para el conjunto de la Ciudad. Además, el porcentaje de hogares con régimen de tenencia de la vivienda precario es mayor al doble de la Ciudad, lo que retrata a una de las comunas con mayores vulnerabilidades habitacionales.

La mayoría de los residentes no poseen inscripción formal en el mercado del trabajo. Sus ingresos económicos no suelen ser fijos y dependen de su realización en el mercado informal sin garantías contractuales y, en consecuencia, con escasa capacidad de ahorro. En general trabajan en talleres textiles, en construcción, trabajo doméstico o de cuidado y en la venta de comida en la feria del barrio. La mayoría de ellos en condiciones de sobreexplotación. Tras la implementación de la medida de Aislamiento Social Preventivo Obligatorio (ASPO),

y el control de su cumplimiento asignado a las fuerzas de seguridad, estas actividades debieron cesar lo que generó un empeoramiento en las condiciones de vida de la población y un incremento en la demanda de asistencia (además de un deterioro significativo de la salud de quienes ante la necesidad de subsistencia, y falta de respuestas desmercantilizantes, continuaban trabajando "en clandestinidad").

Un informe de la Defensoría del Pueblo refiere que a partir de marzo del 2020 en los barrios populares de CABA hubo un incremento del 60% de la demanda de asistencia alimentaria en comedores y merenderos. Actualmente, desde la Red Lugano (la cual el CeSAC integra junto con otras instituciones estatales insertas en el territorio) se ha puesto en marcha un proceso de relevamiento de la demanda y de la política alimentaria implementada localmente por parte del Gobierno de la Ciudad de Buenos Aires para diagnosticar la situación local.

En cuanto al acceso de esta población a las políticas de asistencia vigentes, se identifican distintas barreras, asociadas a la dificultad de acceso a plataformas digitales o la no disponibilidad de cuentas bancarias. Requisitos indispensables, por ejemplo, para el ingreso al Ingreso Familiar de Emergencia (IFE), dependiente de ANSES. Esta condición se ha agravado con el cierre de oficinas y el colapso de operativos territoriales (y de los trabajadores ocupados de ello). Asimismo, por parte del gobierno municipal, al momento, no se han implementado políticas de transferencias de recursos que respondan a la particularidad de la población en el contexto de pandemia.

Continuando con la caracterización de los habitantes, el 43% de quienes viven en la Comuna 8, tienen entre 0 y 19 años, mientras que el 37% de la población tiene entre 0 y 19 años. En suma, la pertenencia a grupo etario asociado a un riesgo no es suficiente para explicar el desarrollo del virus en dicho territorio.⁵ El 18% de los NNyA de la Comuna 8 viven en una villa. De esta población podemos mencionar vulneraciones referidas a su derecho a la educación ante la falta de conectividad, los que imposibilita sostener sus trayectorias educativas. En el propio CeSAC se ha registrado una exacerbación de la demanda ante situaciones de violencia machista en

4. Datos recolectados de la Encuesta Anual de Hogares de la Dirección de Estadística y Censos del GCABA y proyecciones de población del INDEC. Disponible en https://www.estadisticaciudad.gob.ar/eyc/?page_id=702 Última fecha de consulta: 28 de agosto de 2020

5. Datos recolectados del Informe Final CENSO 2016 Villa 20. Disponible en <https://vivienda.buenosaires.gob.ar/censo-villa-20> Última fecha de consulta: 28 de agosto de 2020.

contexto de confinamiento (ya sea vinculadas a la sobrecarga de tareas; violencia sexual, violencia económica, violencia psicológica por parte de parejas convivientes; violencia obstétrica; institucional; y otras). Respecto a la violencia institucional, se puede señalar que el cierre de los Centros Integrales de las Mujeres dependientes del GCBA al inicio de la pandemia, constituye una forma de ellas.⁶

El acceso a los servicios es otro de los determinantes que reflejan la particularidad de la pandemia en estos “barrios populares”⁷. Para dimensionar, en el año 2016 el 95% de las viviendas de la Villa 20 no disponía de conexiones informales de agua y no daban cuenta de la calidad de la misma. El 91% de las viviendas acceden al gas a través de garrafa. El 45% de las viviendas tenían un estado de construcción entre regular y malo. El 6% de las viviendas no tenían ningún cuarto. Al 55% de las viviendas se accedía sobre el pasillo. Y otro dato relevante es que 24% de las familias que residían en dicha villa eran inquilinas. A pesar de que en el contexto de la pandemia los desalojos se hayan prohibido por decreto, muchas familias han sido forzadas a abandonar sus viviendas por la falta de pago; aumentando el número de personas en situación de calle.

Ergo, considerando todas las variables mencionadas, se desvela la incongruencia de política “*quédate en casa*” como estrategia universal de mitigación de los riesgos, con las necesidades y posibilidades concretas de los sujetos. Es notorio que las condiciones de vida en las viviendas y en la urbanidad consolidada son determinantes estructurales de los PSEAC que transita la población. Pues, sin ir tan lejos entre finales del año 2019 y principios del 2020, el 16% de los casos confirmados de dengue en la Nación ha sido registrado en este mismo territorio.⁸

Cabe señalar que en el territorio aludido, la envergadura del déficit habitacional coexiste con el Programa Integral de Reurbanización (PRIRU) dependiente del Instituto de Vivienda de la Ciudad (IVC) iniciado desde el año 2026. Dicho proceso estructura la vida cotidiana del barrio, obligando al CeSAC a revisar permanentemente sus estrategias de atención. En este sentido (respondiendo a la lógica de Atención Primaria a la Salud), tanto la pandemia de COVID 19 como la proliferación y concentración de casos de Dengue, han comprometido al CeSAC en el desarrollo de dispositivos que atiendan la particularidad de los procesos de salud-enfermedad de la población.

Más aún admitiendo que el 64% de la población que reside en dicho territorio refiere atender su salud en hospitales públicos, mientras que el 14% en Centros de Salud públicos, siendo que solo un 22% cuenta con cobertura de obra social.⁹ Sumado que (a pesar de los procesos de organización colectiva y reclamos que desde hace 34 años protagonizan de les vecines junto a trabajadores y organizaciones territoriales) dicha comuna no cuenta con un hospital de referencia que pueda albergar internaciones de pacientes agudos, entre otros.

En este marco, más allá del dispositivo DETECTAR y el financiamiento de hoteles que realiza el GCBA para garantizar el cumplimiento del aislamiento de la población de barrios populares y así mitigar el contagio, desde el equipo de salud en general, y desde el Servicio Social en particular, nos preguntamos ¿qué tecnologías de producción de salud se pueden disponer en estos territorios a fin de promover la autonomía y el cuidado de los mismos?

6. Por otra parte, se observa que pese a que la ONU haya advertido un incremento en las situaciones de violencia intrafamiliar y abuso contra NNyA asociado al confinamiento y la convivencia con agresores; no se ha registrado incrementos significativos en la demanda. Entendemos que esto podría explicarse por la ausencia de las instituciones educativas en la dinámica cotidiana de los territorios. Son los funcionaries de estas instituciones quienes mayormente suelen relevar y reportar estas situaciones. Ver <https://www.onu.org.ar/stuff/Informe-COVID-19-Argentina.pdf> Ultima fecha de consulta: 28 de agosto de 2020.

7. Datos recolectados del Informe Final CENSO 2016 Villa 20. Disponible en <https://vivienda.buenosaires.gob.ar/censo-villa-20> Ultima fecha de consulta: 28 de agosto de 2020.

8. Datos recolectados del Boletín Integrado de Vigilancia Semanal N°487, SE 9/2020, de la Dirección Nacional de Epidemiología y Análisis de Situación de Salud, del Ministerio de Salud de la Nación. Disponible en https://www.argentina.gob.ar/sites/default/files/biv_487.pdf Ultima fecha de consulta: 28 de agosto de 2020.

9. Datos recolectados del Informe Final CENSO 2016 Villa 20. Disponible en <https://vivienda.buenosaires.gob.ar/censo-villa-20> Ultima fecha de consulta: 28 de agosto de 2020.

Reorganización de los procesos de trabajo en salud

Nuestro proceso de trabajo se funda a partir de la intervención en la vida cotidiana de los sujetos. De ahí que ante la declaración de la emergencia sociosanitaria por pandemia, fuera necesario reorganizar el proceso de trabajo y de intervención acorde a la nueva reconfiguración del territorio y sus demandas.

Para quienes desconocen, el campo de la salud en Argentina se encuentra atravesado por el proceso de descentralización de la política sanitaria iniciado a finales del siglo XX. No obstante la declaración de la emergencia fue común a todos los distritos y regiones del país.¹⁰ Es interesante recuperar que, a diferencia de otros países, en el nuestro se decretó primero el aislamiento y luego la organización de los sistemas de salud, lo cual quedó a merced de los Ministerios de Salud de cada provincia o bien municipio en el caso de CABA. En este marco los trabajadores, y por supuesto los usuarios, han quedado expuestos a condiciones inseguras de trabajo/de atención, no solo en alusión a la falta de elementos de protección personal (como máscaras y barbijos) sino por la falta de capacitación oportuna, y de recursos e instructivos para adecuar los procesos de trabajo.

La publicación asidua de protocolos por parte del Ministerio de Salud de GCBA, en tanto respuesta institucional a la emergencia, impuso abordajes burocráticos normativos con escasa perspectiva social y territorial, invisibilizando las necesidades y posibilidades concretas de los trabajadores, los usuarios y las organizaciones (quienes verdaderamente día a día enfrentan y organizan la realidad en los efectores y en los territorios).

A través de estos protocolos se ha modificado, reiteradas veces, la definición de caso sospechoso, contacto estrecho; como así también el procedimiento a desarrollar en cada intervención. Dichos instrumentos han sido elaborados por un comité de Infectólogos y funcionarios del GCBA, con el objetivo de organizar la atención de la población distinguiendo únicamente

“factores de riesgo” asociados a enfermedades previas (no así género, edad, territorio, condición habitacional, etc, de las mismas). Focalizando en el estado biológico e individual de las personas, se omite la discusión acerca de los precarios recursos disponibles (trabajadores, condiciones edilicias, insumos, elementos de protección, etc.) en los distintos efectores del sistema público de salud.

Evidenciando cierta desarticulación entre los distintos niveles de atención (primer, segundo y tercer nivel) y subsectores (público, obras sociales, privado). Esto suscitó la descoordinación de la estrategia de Atención Primaria de la Salud (APS). Entendiendo por APS la estrategia de coordinación intersectorial que permite la atención integral e integrada, desde la salud pública, la promoción de la salud, la prevención de la enfermedad, el diagnóstico, el tratamiento, la rehabilitación de las personas en todos los niveles de complejidad, a fin de garantizar un mayor nivel de bienestar en los usuarios.

En este marco, cada hospital (sea especializado o general) y cada centro de salud decidió, a través de su Comité de Crisis (en la mayoría de los casos, sin participación de los trabajadores), la forma en la que se implementarían los protocolos y se reorganizará la atención. Operacionalizando de forma heterogénea los criterios de acceso y atención de usuarios. La mayor parte de los hospitales generales se dedicaron a la atención de “pacientes COVID” y episodios agudos; suspendiendo atención de consultorios externos y consultas programadas.

No se puede perder de vista que, en un contexto de hiperespecialización de los procesos de atención, gran cantidad de personas vieron suspendidos sus diagnósticos y tratamiento asociados a enfermedades crónicas (como VIH, diabetes, cáncer), y a controles de embarazo y de niño sano; en la medida que estos no se vinculaban directamente con el Coronavirus.¹¹ Estas últimas comenzaron a acercarse a consultar al CeSAC, ya no solo porque los servicios hospitalarios habían suspen-

10. La crisis de emergencia sanitaria se ha acelerado y agudizado con la pandemia; no obstante la misma es resultado de años de precarización y ajuste en el presupuesto público. Caracterizado por la falta de personal de salud, precarización de los trabajadores, insuficiencia de materiales necesarios para tratar con eficacia los pacientes, estructuras edilicias que muchas veces no garantizan condiciones de seguridad, etc. Sin dejar de mencionar la eliminación del Ministerio de Salud de la Nación ocurrida en el año 2018, hasta su reciente “reinauguración”.

11. El diagnóstico aislado de los sujetos, promulgado por los protocolos vigentes (limitado exclusivamente al estado clínico biológico), resulta en la clasificación binaria entre “sanos” y “enfermos”, reproduciendo lógicas positivistas, y reforzando narrativas que promueven la historia natural del virus (desconociendo los determinantes de género, edad, territorio, etc.).

dido su funcionamiento sino, porque tampoco poseían permisos para circular o bien medios de transporte seguros para acercarse. Y de allí en adelante, toda la artesanía por parte del equipo de salud para construir respuestas (generalmente a través de redes personales) en pos de viabilizar el derecho a la salud, dado que formalmente no se había garantizado una red de atención ni de derivación.

En conclusión, en este contexto los profesionales del equipo de salud del CeSAC han decidido asumir (inicialmente de manera autogestiva) el desafío de la gestión local de la pandemia. Entendiendo por gestión: la acción integral, entendida como un proceso de trabajo y organización en el que se coordinan diferentes miradas, perspectivas y esfuerzos, para avanzar eficazmente hacia objetivos asumidos institucionalmente y que deseáramos que fueran adoptados de manera participativa y democrática (Villamayor y Lamas, 1998). En efecto, se ratifica que los procesos de las políticas públicas no son lineales y verticales (aún cuando se pretendan verticalistas) sino que transcurren en diversas escalas, y abierto a la disputa de lo que puedan construir/exigir/proponer/impugnar los distintos actores.

Concierne distinguir las implicancias simbólicas y objetivas que generó la implementación del Dispositivo Estratégico de Testeo para Coronavirus en Territorio Argentino (DETECTAR)¹². En cuanto a lo simbólico: significó el reconocimiento e involucramiento por parte del Estado en la necesidad de establecer estrategias especiales para el abordaje territorial en los denominados “barrios populares”. Respecto de lo objetivo: nuevamente obligó a actualizar los procesos de trabajo y reorganizar las modalidades de atención.

No es un detalle menor que recién cien días después de haber sido declarada la emergencia sociosanitaria, tras la muerte por Coronavirus de Ramona Medina (referente comunitaria de la Villa 31 que denunciaba la inviabilidad del aislamiento tras falta de agua), el Ministerio de Salud del GCBA emitió un “Protocolo de Actuación Frente a la Propagación del COVID 19 en

Barrios Populares de CABA”¹³. A partir de esto, se estableció una campaña de concientización para prevenir contagios a través de los referentes de cooperativas barriales y las Juntas Vecinales, sms, llamados telefónicos, radios comunitarias y a través de instituciones religiosas. Se declaró un refuerzo en comedores, merenderos y centros de primera infancia en donde se retira la comida por turnos para evitar aglomeraciones; se organizó la entrega de kit de limpieza y cajas de alimentos a través del IVC. Se comenzaron a realizar operativos de limpieza y desinfección. Se intensificó un programa especial para el cuidado de adultos mayores de 65 años. Además se formalizó el funcionamiento (horarios, criterios y modalidades de atención) de los CeSAC, CIM; sistematizado las estrategias que los mismos ya venían consolidando en articulación con las organizaciones territoriales.

Gestión local de la pandemia

De este modo, desde el CeSAC se han consolidado dos líneas de acción frente a la pandemia:

- La construcción de acciones de mitigación del contagio de COVID 19 a través del acompañamiento de las personas que han sido clasificadas como “casos confirmados”/”descartados”/”contactos estrechos”. Inscribiendo a los sujetos de los protocolos en sus barrios e historias de vida; y recuperando los modos particulares de trabajar, vivir, alimentarse, estudiar, recrearse, etc; en pos de fortalecer las estrategias de cuidado y autocuidado.
- La construcción de acciones de transformación, a través de articulaciones interinstitucionales e intersectoriales y la participación en redes, en las cuales abordar las corresponsabilidades respecto de las necesidades y demandas comunitarias vigentes.

Estas modalidades están estrechamente relacionadas con el proceso institucional del CeSAC y sus históricas formas de vinculación con el territorio caracterizadas por la horizontalidad, la participación y la organización

12. Se trata de una política del Gobierno de la Ciudad en coordinación con el Gobierno Nacional, que inició de mayo de 2020, con el propósito de realizar una búsqueda activa de personas con síntomas y seguimiento a contactos estrechos de los casos positivos para Coronavirus.

13. Disponible en <http://www.defensoria.org.ar/wp-content/uploads/2020/06/PROTOCOLO-BARRIOS-POPULARES-EN-COVID-V28-6-20.pdf> Última fecha de consulta: 29 de agosto de 2020.

comunitaria.¹⁴ Para su concreción (procurando actuar en contra de los procesos destructivos y a favor de los procesos protectores), se han consolidado distintos equipos de trabajo: se originó un equipo epidemiológico; y se reorganizó el conjunto de equipos territoriales preexistentes.¹⁵ Ambos equipos son interdisciplinarios y permanecen en continua comunicación.

El equipo epidemiológico se compuso por tres profesionales (dos Lic. en Trabajo Social y una Lic. en Nutrición), siendo responsables de identificar y georreferenciar todos los casos notificados en el Sistema Informático de Salud Argentina (SISA), domiciliados en el área de influencia del CeSAC. Además de efectuar la primera entrevista telefónica con los casos índices para identificar contactos estrechos y establecer articulaciones con otras instituciones en caso de que la situación lo requiera.

Mientras que los cinco equipos territoriales (integrados por cinco Lic. en Trabajo Social, cuatro Lic. en Psicología, cuatro Pediatras, tres Médicas Generalistas, dos Lic. Psicopedagogía, dos Médicas Clínicas y un Lic. Kinesiólogía) quedaron comprometidos en el acompañamiento telefónico e integral de todos los casos índices (desde la primera entrevista del equipo epidemiológico hasta el momento de su alta). Y lo mismo respecto de sus contactos estrechos (CE) a fin de garantizar su atención. Entre las tareas del equipo territorial se incluye la transmisión de medidas de cuidado e información sanitaria; y la indicación y derivación a CE para la realización de hisopados en el DETECTAR. Abarca también aquellas cuestiones que surgen por ejemplo, cuando esto últimos (que generalmente son grupos familiares convivientes) deciden no realizar el hisopado, dificultades que surgen

ante el hecho de tener que realizar el aislamiento, situaciones de maltrato institucional (o destrato), desorientación ante directivas contradictorias entre distintos referentes de distintos niveles de atención y dependencias de salud, etc. La singularidad de cada acompañamiento, muchas veces vinculada al acceso o la vulneración de otros derechos, se registra en instrumentos de registro confeccionados por el equipo epidemiológico; además de volcarlo en la historia clínica de cada persona.

Conclusiones

Hasta aquí se ha demostrado la relevancia e implicancia del carácter participativo, intercultural, interdisciplinario e intersectorial en la construcción de los PSEAC (aún en contexto de pandemia). Reconociendo a estos, como los principales atributos de la APS, perspectiva desde la cual se fundan nuestros procesos de intervención.

Tal como se ha establecido por la OMS en la Declaración de Alma-Ata en 1978, la calidad y eficiencia de la APS se funda en la accesibilidad, la coordinación, la integralidad y la longitudinalidad.

- La accesibilidad implica la organización eficiente y adecuada de servicios sanitarios trabajando sobre las barreras organizacionales económicas, culturales y sociales.
- La coordinación es la suma de las acciones y de los esfuerzos junto con los otros actores que forman parte de la política y de la comunidad, en este caso en la escala local.

14. Es interesante recuperar el surgimiento del centro de salud vinculado a la participación y a la organización de la comunidad, para dar respuesta a necesidades sentidas del barrio. En los '70, vecinos preocupados por la salud del barrio, construyeron una posta de salud, que luego el Estado reconoció, legitimó y dotó de personal, pudiendo decir que se logró instalar la problemática en la agenda pública y estatal. Mucho más recientemente, ya en el año 2008, desde el equipo de salud del Cesac junto con un conjunto de organizaciones sociales y organismos estatales, comienza a darse lugar a lo que es hoy el "Espacio de los jueves".

El Espacio surge como una mesa semanal de trabajo para el abordaje de los problemas ambientales que afectan la salud en Villa 20, acompañando los procesos sociales existentes en el barrio. En un comienzo se trabajó respecto a un estudio de plumbemia por la presencia del cementerio de autos, elaborando "medidas estructurales elaboradas con referentes comunitarios para ser adjuntadas en el informe al juzgado sobre plumbemia: erradicación del cementerio de autos, remediación y saneamiento del suelo, construcción de viviendas, etc." (Espacio de los Jueves). Luego, se realiza un "Relevamiento de los problemas de salud ambiental del barrio" que surge a partir de "*las demandas...de referentes comunitarios realizadas a las máximas autoridades gubernamentales de distintos niveles (nacional-municipal) respecto a cloacas, agua potable, basura, existencia de plagas, guardias para los fines de semana... Se evaluó que si bien dichas problemáticas impactan directamente en la salud comunitaria, le exceden en la capacidad de resolución operativa de las mismas*" (Informe Socio Ambiental, 2008).

15. A partir de una normativa del Ministerio de Salud de GCBA, desde el 2016 se ha establecido la implementación de los Equipos Básicos de Salud en los CeSAC. Según esta, los territorios se subdividen en áreas de referencia por equipos. Desde entonces todo el equipo de salud de nuestro CeSAC quedó subdividido en cinco equipos territoriales, responsables por ejemplo de la ejecución del control de foco de enfermedades de vigilancia epidemiológica, entre otras tareas de prevención y promoción de la salud.

- La integralidad es la capacidad de atender con perspectiva de totalidad la situación de salud de las personas.
- La longitudinalidad es el seguimiento de los distintos problemas de salud de un paciente por parte del mismo equipo.

Bajo estos preceptos se propone considerar la experiencia de gestión local de la pandemia descrita.

Se resalta el valor en la participación en la “Red Lugano” y el “Espacio de organizaciones” donde confluyen referentes de otros CeSACs y de organismos estatales como ATAJO, Dirección de Orientación al Habitante, Centro Integral de la Mujer, Hospital Grierson, Defensoría, entre otros, y referentes de organizaciones comunitarias. En ambos espacios últimamente se está trabajando en la elaboración de reclamos colectivos al GCBA, referidos a la emergencia habitacional y alimentaria. Dando cuenta de la tensión que hay entre las escalas y niveles de institucionalidad de las políticas y lo que sucede en el territorio. Proponemos también recuperar estas disputas (donde el CeSAC participa cediendo, negociando, resistiendo, ejecutando) como parte del proceso de gestión local.

El territorio atravesado por la política de urbanización de la Ciudad Autónoma de Buenos Aires (mas no exento de los procesos de gentrificación), evidencia la reconfiguración de las relaciones de poder entre los actores del territorio. Se destaca la acumulación de poder político, económico y simbólico por parte del IVC en la escala local, quien es convocado a coordinar todas las acciones estatales que se despliegan en el barrio (desde la entrega de la mercadería, relocalización de familias, hasta las mesas de negociación con las organizaciones sociales, etc.). Esto tiene un impacto directo en la vida cotidiana de las personas y colectivos que habitan el territorio, ergo también en los procesos de gestión que resuelva el CeSAC (que no deja de ser un actor estatal).

En este contexto cabe resaltar la riqueza que suscita el trabajo de epidemiología comunitaria en pos de cuantificar y calificar el estado de situación de la pandemia en/desde el territorio. Dicha propuesta originada por parte del equipo del CeSAC, invierte la lógica de “control y vigilancia” por la de “acompañamiento, atención y cuidado”.

Todas estas cuestiones ponen de relieve la necesaria reflexión sobre nociones como las de agencia y autonomía, la perspectiva de derechos y la democratización de los PSEAC, reconociéndonos inscriptos en dispositivos de biopoder, que imponen clasificaciones de lo i/legítimo a través del discurso con el que se diagnostica, interviene, expresa y comunica.

Por nuestra parte, continuaremos preguntándonos por qué estamos haciendo lo que hacemos. Solo a través de la pregunta podemos escapar de la tendencia de dependencia colonial hegemónica, y del encierro frente a un otro que nos dicta un saber que se pretende certero y universal. Evitando así, ser acríques de ese control conceptual y biográfico; y meros reproductores una práctica profesional desarticulada de sus principios y valores. Por supuesto, como se ha demostrado, esto implica un desafío respecto nuestra capacidad de diálogo con otras disciplinas y actores partícipes del campo de la salud.

Freire (1986) nos advierte la importancia de las preguntas, agregando que la pedagogía de la respuesta es una pedagogía de la adaptación y no de la creatividad. No estimula el riesgo de la invención y de la reinención, y tampoco reivindica derechos, en la medida que no transforma. De manera que, si el horizonte de nuestras prácticas y pensamientos es la transformación y la emancipación, debemos ahondar en ser creativos y propositivos. La gestión local aparece como un instrumento propicio para ello, en el que se actualizan y acontecen los debates sobre nuestra incumbencia profesional.

No se trata entonces simplemente de oponernos a los lineamientos generales de abordaje de la pandemia de COVID 19, focalizados en el seguimiento/control/vigilancia/del caso confirmado/del CE y su aislamiento. Sino de hacer emerger preguntas y versiones que cambien no solo las formas lingüísticas de nominar, sino los modos de pensar y hacer, de hacer y pensar, más allá de las estipuladas por los dispositivos jurídico-sanitarios (Touzé, 2001) que muchas veces contribuyen y refuerzan los procesos de estigmatización, individualización, biomedicalización y mercantilización.

Se constituye así una estrategia de disputa respecto de la imposición de las visiones legítimas de cómo son las cosas, de la estructuración de la percepción del mundo social; y en consecuencia, en la lucha por la estructuración del mundo social. Disputar estos sentidos significa poner en cuestión la burbuja bio-farmaco-médica que sólo actúa sobre los individuos fragmentados sin reconocer sus condiciones de vida, en un sistema que nos enferma y nos mata...

Todes nosotres debemos asumir nuestra participación y protagonismo en ese debate. En especial les profesionales trabajadores de salud, ya que estos no somos receptores y reproductores de protocolos o políticas, sino creadores y constructores de los mismos.

Lo anterior, nos obliga a pensar simultáneamente en nuestros procesos de intervención, en los procesos de trabajo, y en los procesos de ciudadanía de la sociedad en la que estamos incluidos. Por supuesto que esto implica decisiones y compromisos éticos, en la medida que conlleva la necesidad de posicionarse y responsabilizarse ante el significado y las implicancias de la intervención profesional. Por nuestra parte podríamos dedicarnos exclusivamente a realización de informes o gestión de recursos, pero siguiendo nuestros principios ético políticos, intentamos mucho más que ello...

En fin, ha quedado instalada la necesidad de convalidar los procesos históricos y el capital simbólico acumulado por las instituciones y los actores insertes en cada territorio con sus particularidades.

Bibliografía

- Breilh, J. (2012). *Ciencia crítica por la vida en tiempos de una sociedad de la muerte*. Disponible en <http://hdl.handle.net/10644/3570> Última fecha de consulta: 31 de agosto de 2020.
- Basile, G. (2020). *Coronavirus en América Latina y Caribe: entre la terapia de shock de la enfermología pública y la respuesta de la salud colectiva/salud internacional Sur Sur*. En IV Dossier de Salud Internacional Sur Sur, Ediciones GT Salud Internacional CLACSO.
- Ferrara, F (1975). *En torno al concepto de salud*. En Revista Salud Pública. La Plata, Argentina.
- Freire, P (1986). *Por una pedagogía de la pregunta*. Crítica a una educación basada en respuestas a preguntas inexistentes. Editorial Siglo Veintiuno.
- Iamamoto, M. (2012). *El debate contemporáneo del Servicio Social y la ética profesional*. En: Servicio Social crítico. Hacia la construcción del nuevo proyecto ético-político profesional. Elisabete Borgianni, Yolanda Guerra, Carlos Montañó (Orgs.). San Pablo, Editora Cortez.
- Laurell, Asa C. (1986). *La Salud-Enfermedad como proceso social*. Cuadernos Médico Sociales N°19. Disponible en <http://capacitasalud.com/biblioteca/wp-content/uploads/2016/02/Cuadernos-Medico-Sociales-19.pdf> Última fecha de consulta: 31 de agosto de 2020.
- Menéndez, E. (1988). *Modelo Médico Hegemónico y Atención Primaria*. Segunda Jornada de Atención Primaria de la Salud. Pp 451-464. Buenos Aires, Argentina.
- Merhy, E. (2020). *COVID 19: Analizador de las disputas e intersecciones entre redes de cuidados formales e informales en salud*. Ciclo de diálogos organizado por Grupos de Estudios sobre Salud Mental y Derechos Humanos IGG. Disponible en <https://www.facebook.com/GESMyDH/> Última fecha de consulta: 31 de agosto de 2020.
- Otegui Pascual, R (2009). *El sufrimiento: la forma sociocultural del dolor*. En Grimberg, M. (ed.). Experiencias y narrativas de padecimientos cotidianos: miradas antropológicas sobre la salud, la enfermedad y el dolor crónico. Buenos Aires: Aires: Editorial Antropofagia. pp. 147-166.
- Touzé, G. (2001). *Uso de drogas y VIH/sida*. De la medicalización a la ciudadanía. Revista Encrucijadas. Año 1 N° 8. Buenos Aires. UBA.
- Villamayor, C.; Lamas, E. (1998). *Manual de gestión de la radio comunitaria y ciudadana*. FES/AMARC. Disponible en http://www.vivalaradio.org/comunicacion-alternativa/PDFs/COM_manualdegestion_mod4.pdf Última fecha de consulta: 32 de agosto de 2020
- Urquía, M. (2019). *Teorías dominantes y alternativas en epidemiología*. EdunLA. Cuadernos del ISCo. Universidad Nacional de Lanús.

Artículos seleccionados

Repensando la práctica profesional durante la emergencia sanitaria: Consideraciones acerca de la categoría de cuidado y la gestión de riesgos.

Paula Ricciardi^a y Gisela Scelzo^b

Fecha de recepción:	26 de agosto de 2020
Fecha de aceptación:	4 de octubre de 2020
Correspondencia a:	Paula Ricciardi
Correo electrónico:	paula.ricciardi95@gmail.com

- a. Licenciatura en Trabajo Social, Universidad Nacional de la Matanza (UNLaM). Residencia de Trabajo Social, CABA. Hospital General de Agudos Parmenio Piñero.
- b. Licenciatura en Trabajo Social. Universidad Nacional de la Matanza (UNLaM). Residencia de Trabajo Social, CABA. Hospital Donación Francisco Santojanni.

Resumen:

El presente artículo reflexiona sobre la intervención profesional del Trabajo Social en el contexto de la emergencia sanitaria a partir del COVID-19, analizando las transformaciones sucedidas en las modalidades de atención de dos CeSACs (Centros de Salud y Acción Comunitaria) ubicados en la zona sur de CABA. En su desarrollo se reconocen las limitaciones institucionales y estructurales que determinan los propios procesos de trabajo, producto tanto de las relaciones intra-institucionales como de las políticas públicas y el contexto barrial, destacando la fortaleza que implica la integración de los corpus teóricos a partir de la interdisciplina. Asimismo, incorpora desarrollos teóricos de la gestión de riesgos y de la categoría de cuidado como ejes transversales a la inter-

vención profesional, alentando a complejizar los marcos conceptuales de las prácticas profesionales con el objetivo de contribuir a mejorar la atención sanitaria y fortalecer la autonomía de las/os usuarias/os.

Palabras clave: Gestión de Riesgos - Cuidado - Emergencia sanitaria.

Summary

This article explores professional interventions of Social Workers in the context of the COVID-19 health emergency, by analyzing all transformations occurred in the care modalities of two CeSACs (Health and Community Action Center) located in southern City of Buenos Aires. Throughout this analysis, it is easy to acknowledge institutional and structural limitations that make up working procedures, as a product of both intra-institutional relations and public policies and the neighborhood context, highlighting the potential of the interdisciplinary work where the interdisciplinary characteristics are combined and integrated. To do this, risk management concepts and the care category are considered cross-cutting in the professional intervention, encouraging to make conceptual frameworks on professional practices more complex, with the objective to improve health attention and promote the autonomy of users.

Key words: Risk management - Care - Health emergency.

Introducción

En el marco de la pandemia COVID-19, varias fueron las preguntas y reflexiones que surgieron dentro del colectivo profesional de Trabajo Social sobre cómo formular estrategias de intervención frente a un contexto de incertidumbre. Encontrarnos transitando dicha coyuntura como residentes de Trabajo Social en dos centros de salud y acción comunitaria (CeSAC) ubicados en la zona sur de la CABA, ha permitido que elaboremos ciertas reflexiones sobre cómo pensar la intervención profesional en un contexto de emergencia sanitaria, donde se agudizaron aún más las situaciones de pobreza estructural preexistentes a ella.

Creemos necesario profundizar, (re)construir y convalidar conocimiento reflexivo sobre la intervención profesional en el campo de la salud a fin de continuar fortaleciendo al colectivo de Trabajo Social en sus marcos teóricos y de poner en valor el trabajo que se realiza cotidianamente desde los servicios sociales pertenecientes a efectores sanitarios.

Abordaremos a la salud desde una perspectiva integral, reconociendo que la misma se configura como un

proceso de interacción entre la salud, la enfermedad y las modalidades de atención y cuidado (PSEAC). Asimismo, proponemos iniciar una aproximación analítica sobre la emergencia sanitaria y la atención social en contexto de emergencia/desastre, utilizando los aportes de una temática poco visibilizada desde el campo profesional como lo es la gestión de riesgos, incorporando de manera dialógica la categoría de cuidado como eje transversal a la intervención profesional. Para esto iremos recuperando las transformaciones que se fueron sucediendo en las modalidades de atención de los CeSACs a lo largo de estos meses, lo cual habilitará el diálogo con los campos teóricos mencionados.

Geográficamente, la zona sur de la Ciudad Autónoma de Buenos Aires representa un territorio donde el acceso a los servicios esenciales para la vida se convierte en un terreno de disputa social, económica y política. Esto hizo que la emergencia sanitaria adquiriera una particularidad de desafío y complejidad en este territorio, lo cual nos llevó a repensar nuestra práctica profesional. Consideramos pertinente poner en diálogo las experiencias vividas con la gestión de riesgos, para problematizar las respuestas institucionales -que se confeccionaron bajo la modalidad de protocolos- conjugadas con la toma de

decisiones locales por parte de los equipos de trabajo. Convalidamos la idea de que el concepto de cuidado debe ser incorporado dentro de las dimensiones de la intervención profesional para abrir camino a aproximaciones reflexivas sobre las posibilidades de reinención crítica de la acción frente a la urgencia.

Algunas consideraciones conceptuales sobre la gestión de riesgos de desastres

Hablar de la gestión de riesgos implica un posicionamiento y una manera integral de pensar las situaciones de emergencias y/o desastres. Entendemos a dicha perspectiva como “un proceso por medio del cual un grupo humano toma conciencia del riesgo que enfrenta, lo analiza, lo entiende y considera las opciones y prioridades en términos de su reducción, mitigación y considera los recursos disponibles para enfrentarlo” (Lavell, 2002:9)

Tomando estas palabras se adjudica en este escenario analítico un concepto intrínseco: el riesgo. Lavell (2002) desarrolla que el riesgo es una construcción social que refiere a la posibilidad de daño o pérdida tanto material como humana ante un evento adverso, adquiriendo contundencia cualitativa cuando dicho evento entra en contacto con sociedades o sectores de la sociedad previamente estructurados social, cultural y económicamente.

Es decir, entendemos al riesgo no como un hecho objetivo y aislado, sino como una categoría potencial estructurada por un contexto social, que se explica por la interrelación de condiciones preexistentes: amenazas y vulnerabilidades. La amenaza es la posibilidad de que ocurra un evento adverso, mientras que la vulnerabilidad es la propensión de una comunidad a sufrir daños ante el evento (Lavell, 2002). Estos conceptos se relacionan de forma dialéctica, ya que no existe amenaza sin la preexistencia de una sociedad vulnerabilizada y viceversa.

Es por esto que Lavell (2002) afirma que tanto la amenaza, como la toma de conciencia de los riesgos posibles, solo se pueden entender en términos relacionales entre el potencial evento adverso (en tanto amenaza) y los componentes organizacionales, tanto macro como micro sociales, que implican vulnerabilidades -o fortalezas- en las comunidades afectadas.

La manera en que se definen los riesgos sanitarios, -o socio sanitarios- va a dar curso a diferentes acciones

(tanto desde el estado, como desde la sociedad civil) para encarar la problemática. Es decir que se ponen en disputa distintas formas de elaborar respuestas a las necesidades de la población y cómo éstas interferirán en los PSEAC.

Las amenazas epidemiológicas pueden ser abordadas estrictamente bajo la perspectiva lineal del modelo médico hegemónico o desde una perspectiva integral de la salud que incorpore la gestión de riesgos. El primer modelo, sesga las lógicas de cuidado bajo pedagogías normativas y de control social, ancladas en la atención estrictamente biomédica de los cuerpos y en la reducción de la curva de contagios como forma prioritaria -y a menudo, única- de abordar la situación. Mientras que, por otro lado, desde el paradigma de la salud integral se tiene en cuenta la complejidad de la situación socio sanitaria y el contexto en el que se desarrolla.

Al incorporar la gestión de riesgo a la perspectiva de la salud integral, toman un rol preponderante tanto el acontecimiento adverso, como las características propias de las comunidades (económicas, sociales, políticas, técnicas, institucionales, organizativas, etc.) en el que el mismo se desarrolla. Estas características funcionarán como fortalezas de la comunidad para superar la adversidad, o como vulnerabilidades que la tornen propensa a sufrir daños en el interjuego de relaciones y toma de decisiones.

Contextualizar la gestión de riesgos en el ámbito local reviste una importancia estratégica ya que es en esta geografía particularizada donde se siente el impacto de la situación adversa y se estructuran los modos de vida que delimitan las potencialidades colectivas. También es en este nivel donde se da efectivamente la participación de las actrices y los actores estatales y de la sociedad civil (Alva Hart y otros, 2016).

En la misma línea entendemos los PSEAC como “la expresión final de las equidades o inequidades sociales, ecológicas, económicas y de género” (Solíz Torres y otros, 2020:19). Esto implica que no todas/os estamos expuestas/os a transitar la situación de pandemia de la misma manera. Solíz Torres (2020) desarrolla que la enfermedad por sí sola no define nada en concreto, sino que se requiere leerla en interacción con los distintos territorios y poblaciones locales, así como también con la capacidad institucional sanitaria. En este caso, el COVID-19 demuestra ser un virus de alta tasa de transmisibilidad, pero para interpretar su mortalidad se necesita

vincularlo triangularmente con la composición demográfica de las distintas sociedades y con la capacidad de infraestructura sanitaria (pre)existente para dar respuesta tanto desde la logística, como desde las estrategias terapéuticas que se gestionen.

Identificamos que la pandemia expuso la situación macro social de precarización de los servicios públicos de salud en nuestro país y agudizó aún más las situaciones de pobreza estructural preexistentes a ella, tales como la vulneración del derecho a la vivienda digna (que sufre una amplia franja de la población), la falta de agua y servicios de saneamiento, la precariedad de las condiciones laborales o el abuso de las fuerzas policiales. Estas situaciones, que son expresiones de la determinación social de la salud (Breilh, 2010) convirtieron a la población de barrios populares -sistemáticamente postergada en la agenda pública- en población de riesgo epidemiológico. Asimismo, desde el boletín epidemiológico expedido por CABA se ha podido dar cuenta que los barrios ubicados en la zona sur de la ciudad presentan los números más elevados de contagios. Es necesario trabajar teniendo en cuenta el mayor riesgo al que están expuestas estas comunidades a causa de las vulneraciones de derechos que sufren. Las precarias condiciones materiales de existencia en los barrios convalidan vulnerabilidades de una trama sanitaria particular y compleja, demandando desde un posicionamiento ético, respuestas diferenciales respecto a otros sectores del área metropolitana. En otras palabras, "las formas en que reconocemos la precariedad de las vidas, adoptará de forma a la política social concreta respecto a cuestiones tales como el cobijo (...) la atención médica, el estatus jurídico, etc." (Butler, 2010:30).

Por ello consideramos que el enfoque de PSEAC sesgado desde la lógica biologicista resulta de una mirada de corto alcance, insuficiente para abordar la complejidad que demanda el cuidado de la vida y de las personas desde la particularidad de estos sectores. A nivel macro social, necesitamos poder asegurar las condiciones para que las personas puedan aislarse, y a nivel local, desde los equipos de salud debemos acompañar la complejidad del PSEAC y el padecimiento subjetivo que implica la pandemia y el aislamiento social preventivo obligatorio, que permean todas las dimensiones de la vida cotidiana.

Las estadísticas de la ciudad manifiestan que las comorbilidades que potencian la letalidad de una infección por COVID-19, se vinculan con las patologías de diabetes,

hipertensión arterial y problemáticas respiratorias. Teniendo en cuenta estos datos identificamos otra vulnerabilidad que incrementa el riesgo epidemiológico en los barrios que integran el área programática de los centros de salud en cuestión. Los mismos se caracterizan por presentar elevados índices de problemas nutricionales y en consecuencia de diabetes (vinculado directamente con la situación económica precaria en la que se encuentran las familias), así como también, manifiestan desde hace tiempo los índices más altos de tuberculosis en la capital, producto del hacinamiento y la vulnerabilidad habitacional en la que están inmersos.

Las malas condiciones habitacionales incrementan las posibilidades de transmisión del virus por no contar con recursos para mantener las medidas profilácticas de higiene y distanciamiento social. En esa misma línea, la alta tasa de precariedad laboral- trabajo no registrado o cuentapropista- que caracteriza las relaciones de trabajo en los barrios populares, obtura la posibilidad tanto de exigir equipos de protección personal adecuados en el ámbito laboral (incrementando el riesgo de transmisión en espacios de trabajo inseguros) como de gozar de remuneraciones económicas estables sin tener que dirigirse hacia sus espacios laborales.

No obstante, también reconocemos las fortalezas con las que cuentan dichas comunidades: las tramas comunitarias de apoyo social que se dan en los barrios para acompañar el impacto social y económico que implica una medida de aislamiento social preventivo y los procesos de lucha que desarrollan las organizaciones sociales barriales en pos de transformar estructuralmente sus condiciones de vida y de trabajo.

Con respecto a la relación de las condiciones de vida y de trabajo de las comunidades y sus PSEAC, Breilh (2010) sostiene que hay una "historicidad de lo biológico". Es decir que no existen espacios determinados por procesos puramente biológicos, sino que lo biológico se desenvuelve a partir de un condicionamiento estructurado por lo social, en un proceso dialéctico. Esta determinación social de la salud se refleja en los modos de vida -grupales y colectivos- y delinea los patrones epidemiológicos de exposición y vulnerabilidad. En la misma línea teórica, Laurell (1981) señala que el análisis a nivel colectivo de las maneras de enfermar y morir de las personas permite comprender los procesos singulares, ya que la historia social de cada una/o condiciona su biología y determina cierta probabilidad -no lineal, ni inmutable- de que enferme de una forma particular.

Si bien ahondar en aspectos epidemiológicos no es el objetivo de este trabajo, consideramos importante destacar que la epidemiología no es una ciencia objetivamente neutra, sino que está al servicio de intereses estratégicos y determinada por las relaciones de poder (Breilh, 2010). La investigación epidemiológica manifiesta una intencionalidad política al elegir qué aspectos poblacionales destacar, y en base a ellos construir información para diseñar políticas públicas.

Por ello, pensar desde la perspectiva de gestión de riesgos nos exige problematizar la construcción del riesgo desde la mirada de la política pública sanitaria, ya que a partir del contenido del que se cargue dicho concepto -como categoría aislada y objetiva o como construcción social contextualizada- partirán diferentes intervenciones en lo social: decidiendo qué acciones priorizar u omitiendo el contexto diferencial en el que se encuentran las poblaciones afectadas. Las decisiones políticas de los gobiernos responden a formas interpretativas de un proyecto social, encarnado en los modos de organizar las relaciones sociales y económicas. Esto determina las distintas formas de vivir, transitar las enfermedades, cuidar a las personas e incluso de morir.

Por otro lado, la gestión de riesgos exige incorporar el concepto de cuidado, el cual condensa todas las medidas necesarias a tomar por parte del Estado y de los demás actores intervinientes (comunitarios e institucionales) en pos de preservar la salud de toda la comunidad afectada. La complejidad de esta tarea reside en la diversidad de sentidos implicados en torno al cuidado de las personas y se agudiza por el contexto de un sistema sanitario fragmentado y en constante proceso de precarización.

Acordamos con Michalewicz (2014) que el cuidado de la salud supera lo que entendemos por atención, enfatizando la integralidad del PSEAC. Este enfoque, recupera la dimensión subjetiva de los/as usuarios/as y los reconoce como sujetas/os de derechos. Asimismo, promueve la participación de la comunidad en el PSEAC, diferenciándose del rol pasivo que se le adjudica a los/as usuarios/as desde el modelo médico hegemónico. Trabajar desde esta perspectiva implica generar un vínculo afectivo y horizontal con los/as usuarios/as, caracterizado por el buen trato, el miramiento y la empatía (Michalewicz y otros, 2014).

Frente a un contexto de multiplicación de casos de COVID-19 es entendible- incluso deseable- que el foco

de los servicios de salud esté puesto en la detección, atención y control de esta nueva enfermedad. Pero situándonos desde la lógica del cuidado, esto no debiera implicar que se deje de lado el acompañamiento psicosocial de las personas diagnosticadas con COVID-19 y sus familias o que no se contemple la situación individual-contextual de cada persona en su PSEAC.

Reorganización de las modalidades de trabajo en el primer nivel de atención

Los servicios de salud se organizan de forma escalonada en niveles ascendentes de complejidad, complementarios entre sí, con el objetivo de cubrir la atención de todas las necesidades de la comunidad (Ase y Burijovich, 2009). En este sentido, los CeSACs resultan un lugar privilegiado para construir intervenciones interdisciplinarias desde la estrategia de la atención primaria de la salud (APS), la cual pone énfasis “en una multidimensionalidad de la salud como también en la intersectorialidad, la integralidad, la equidad y la participación en salud que superan ampliamente las directrices de un modelo de atención basado en la enfermedad” (Lafit, 2016:7).

A partir de este entramado organizacional, los CeSACs aspiran a satisfacer las necesidades más frecuentes de la población, siendo el primer nivel de atención de una trama conformada por todos los servicios de salud, interconectados a partir de procedimientos de referencia y transmisión de información que posibilitan la circulación de los usuarios (Muntaabski y otros, s/f). Esto posiciona a dichas instituciones como los servicios sanitarios más próximos a la comunidad, emplazados en los propios barrios populares, lo que los hace actores clave en la gestión local del riesgo.

La medida preventiva de aislamiento social obligatorio declarada en el mes de marzo, implicó una seguidilla de protocolos para reorganizar las modalidades de trabajo dentro de los efectores de salud. A la exacerbada circulación de información y las dudas que nos encontrábamos atravesando como trabajadores esenciales, el recurso con el cual nos referenciamos para discutir cómo continuar la atención dentro de los CeSACs fueron los protocolos. El miedo y la incertidumbre parecía que podían ser contenidos a través de estas guías orientativas sobre cómo proceder ante este nuevo escenario desconocido que cuestionaba y demandaba atención en la inmediatez de lo cotidiano.

No obstante, frente a la protocolización del cotidiano, la población se encontró con un nuevo elemento a la entrada: los triages, dispositivos que podían funcionar como barreras de accesibilidad, o como espacios de orientación y acompañamiento. Definiendo a la accesibilidad como "el complejo de circunstancias de todo tipo que viabilizan la entrada y circulación de cada paciente dentro de la red interconectada de los servicios en sus diferentes niveles de complejidad" (Testa, 1996:12), entendemos que en los equipos de salud conviven diferentes interpretaciones respecto al cuidado de la salud y la concepción de urgencia. Por consiguiente, los debates en torno a cómo interpretar -y disputar- los triages adquirieron protagonismo y exigieron el fortalecimiento de los acuerdos internos para garantizar la accesibilidad respetando el protocolo, pero problematizando así, la importancia de que los triages no se convirtieran implícitamente en técnicas expulsatorias de la demanda.

Asimismo, frente a un sistema sanitario que previo a la pandemia ya se encontraba atravesado sistemáticamente por una política de fragmentación, desabastecimiento y precarización de sus trabajadores, los protocolos nos sirvieron para exigir las medidas de protección necesarias para todo el personal de salud, sin distinciones jerárquicas. Aunque suene obvio - y sensato decirlo-, sin los equipos de protección personal suficientes, las posibilidades de intervención entran en conflicto con la realidad, generando dudas y disputas al momento de acompañar a la población. Incorporar como dimensión en la intervención profesional la categoría de cuidado, implicó no sólo problematizar las acciones orientadas al cuidado de la población usuaria de los servicios de salud, sino también la importancia del autocuidado de los equipos, revalidando la noción del cuidado desde la retórica de lo relacional.

Además de la irrupción del triage en la entrada de las instituciones, otras modificaciones que debimos de realizar fueron la suspensión de espacios grupales y/o comunitarios y la continuación de manera telefónica de acompañamientos que realizábamos desde los equipos de trabajo. Ante todas estas transformaciones que el contexto demandaba, preguntas similares surgían en ambos centros: ¿Quiénes debían usar los equipos de protección personal? ¿Qué equipos se usaban en triage? ¿Cuáles para realizar entrevistas? ¿Resultaría estratégico que Trabajo Social participara del triage? ¿Cómo definimos las urgencias? ¿Cómo continúa la atención de aquellas personas con enfermedades crónicas cuyos tratamientos se vieron suspendidos? ¿De qué forma

pensar intervenciones desde la prevención de la enfermedad y la promoción de la salud frente a un contexto de emergencia sanitaria en curso?

A partir de la discontinuidad de las actividades grupales y extramurales, se resignificaron las tareas cotidianas de todos los equipos profesionales. Las posibilidades de abordaje en dicho contexto oscilaban entre fortalecer un modelo de atención que prioriza el trinomio enfermedad - urgencia - contagio o profundizar debates y preguntas operativas desde una perspectiva integral de la salud, recuperando los principios de la estrategia de la APS. Esta segunda aproximación es la que contribuye a poder reorganizar las tareas en clave de fortalecimiento de lazos para el trabajo interdisciplinario.

Asumiendo que las instituciones sanitarias debieron responder a una forma protocolar de atención dentro de la particularidad de cada territorio, la gestión local materializada en la organización de los equipos de trabajo gozó - y goza- de cierta autonomía relativa. Crear nuevas modalidades de atención que respetasen los protocolos, pero que a su vez no se limitaran a responder únicamente demandas vinculadas al COVID-19 nos situó frente a un desafío ético-político como profesionales de la salud. Pensar las nuevas modalidades de atención y viabilizar acuerdos en los equipos de trabajo, implicó explicitar posturas sobre cómo se reconoce a una/un otra/o, en tanto sujeta/o de intervención y/o de cuidado.

Es importante destacar que frente a la pandemia los posicionamientos profesionales están mediatizados no sólo por una mirada técnica y/o ético política, sino también por un sentir propio a partir de un contexto que nos avasalla a todas/os, tanto profesionalmente como desde lo personal. Aquí es cuando se ponen en valor las capacidades argumentativas y las convicciones profesionales para poder viabilizar acuerdos en los procesos de trabajo y capitalizar aquellas dudas y miedos para el fortalecimiento del trabajo interdisciplinario. Construir la categoría de riesgos para pensar respuestas locales sobre cómo cuidar a la población junto a la que intervenimos, suscitó debates en los equipos de trabajo frente a las diferentes interpretaciones de dicho concepto. Estos debates nos posibilitaron reconocer la complejidad del contexto y las contradicciones anidadas en las prácticas de cuidado llevadas adelante.

Al transitar este tiempo, el miedo y las sensaciones de desborde son variables preponderantes a la hora de pensar la reorganización de la atención. Los llamados

telefónicos de seguimiento (tanto a personas diagnosticadas con COVID-19, como atravesadas por otras problemáticas) comenzaron a superar las jornadas laborales y los encuadres institucionales, generando desgaste emocional y corporal. Es por esto que las prácticas del cuidar deben ser comprendidas como acciones que siguen “cierta lógica u organización que incluye e intenta visibilizar tensiones, disrupciones y superposiciones con otras estructuras de significación de la vida cotidiana” (De Ieso, 2015:93). La capacidad de respuesta que como equipo de trabajo proyectamos en el horizonte ético, comenzó a conflictuarse con una realidad: el cansancio y la sobrecarga laboral. Para hacer frente a estos desbordes fueron fundamentales los espacios de reunión de equipo en los que pudiéramos organizar las tareas y la supervisión de las intervenciones. Asimismo, ante los eventuales contagios entre las/os profesionales, nos organizamos en cohortes. Esta medida de cuidado a los equipos, también nos sirvió para distribuir eficientemente las tareas y poder mantener los centros de salud funcionando a pesar de tener compañeros/as aislados/as por COVID-19.

Generamos nuevas modalidades de trabajo, las cuales con el pasar de los días se fueron organizando de forma superadora. Para ello debimos interiorizarnos sobre el funcionamiento de los dispositivos específicos para la atención del COVID-19, articulando con las unidades febriles de urgencia (UFUs) de los hospitales del área programática y los dispositivos del operativo Detectar del territorio. Estas acciones revalidaron la importancia de la comunicación al interior de los equipos de trabajo, con otros efectores y también con la comunidad.

Ante la abrumadora crecida de casos positivos de COVID-19 nos encontramos frente a la disyuntiva de cómo acompañar la singularidad de las familias del barrio, ya que si bien existían protocolos de atención de COVID-19 en barrios populares (confeccionados por el Ministerio de Salud), la particularidad de cada situación que llegaba a los CeSACs presentaba matices locales que escapaban a las generalidades que puede abordar un protocolo.

Frente a las demandas de la población se conformaron grupos interdisciplinarios para el acompañamiento de personas y de familias con miembros diagnosticados con COVID-19. Estos equipos llevaron adelante tareas de acompañamiento y contención psicosocial, principalmente a través de llamadas telefónicas a las familias

aisladas (en domicilio, internaciones hospitalarias o en hoteles de la ciudad). También, de acuerdo a la organización de los CeSACs, en casos específicos se han realizado atenciones domiciliarias, tomando los recaudos necesarios para proteger la salud de las/os usuarias/os y de las/os profesionales.

Los equipos construyeron un vínculo con las/os usuarias/os mediante la escucha activa y el ejercicio de la empatía. Este vínculo funcionó como una herramienta para generar alivio y acercar información a las/os usuarias/os en pos de fortalecer su autonomía al momento de afrontar la adversidad. Consideramos que la impronta de acompañamiento integral que se le dio a estas intervenciones está fuertemente influenciada por la conformación interdisciplinaria de los equipos intervinientes, lo que enriqueció la mirada aplicada a la tarea y nos permitió intentar descentrarnos de la propia disciplina (sin perderla de vista) para centrarnos en la comprensión de la totalidad compleja sobre la que intervenimos.

Aquí consideramos importante recuperar los aportes de Fuentes y López (2014) quienes argumentan que el trabajo interdisciplinario demanda realizar lecturas estratégicas tanto de los escenarios institucionales, como de los actores intervinientes para generar viabilidad frente a la diversidad de saberes, recursos y poderes en juego. Esto conlleva a reconocer que el trabajo integrado no resulta homogéneo, ni está libre de conflictos, dado que cada profesión -y cada profesional- tiene su propia perspectiva de cómo cuidar a la población. Sin embargo, para poder abordar escenarios complejos y adversos ante la fragmentación de las miradas profesionales, es necesario construir un posicionamiento epistemológico que integre los corpus teóricos de las distintas disciplinas partícipes en un equipo de salud. En otras palabras: “Requiere avanzar en acuerdos político ideológicos de base sin los cuales se torna imposible transitar la multi-referencialidad teórica en la comprensión-construcción de problemas y sus estrategias de abordaje.” (Terzagui en Fuentes y Lopez, 2014:50)

La práctica interdisciplinaria es más que la yuxtaposición de intervenciones disciplinares. Esta tarea demanda construir un discurso que incluya aspectos metodológicos o de contenido de las diferentes disciplinas involucradas, poniendo en diálogo saberes que normalmente funcionan escindidos, para producir algo nuevo (Fuentes y López, 2014).

Consideraciones desde el Trabajo Social

Asumiendo que las prácticas sociales adquieren significado a partir de las lecturas situadas temporo-espacialmente, la reorganización de tareas en los CeSACs trajo consigo la apertura a nuevas discusiones sobre el ejercicio del Trabajo Social en el ámbito sanitario. Siendo una profesión que oscila entre dos fundamentaciones de su quehacer contrapuestas: un pragmatismo inmediato y un teorismo investigativo abstracto; el tránsito vivenciado estos meses ha reivindicado la necesidad de no caer en extremismos fatalistas y de incorporar en nuestro corpus epistemológico la actitud investigativa. La realidad social no se reduce a respuestas inmediatas ante la urgencia, pero tampoco a teorismos absolutos. La retroalimentación entre la investigación y la práctica permite formular nuevas concepciones para comprender la realidad, y así desarrollar nuevas estrategias de acción.

Muchos fueron los debates dentro de los equipos de Trabajo Social de los CeSACs frente a las modificaciones que se venían dando en la atención y en las decisiones políticas estatales en general. Los cuestionamientos sobre el rol del trabajo social han revitalizado ciertos diálogos, en clave de pensar intervenciones superadoras. Al hablar de rol profesional, coincidimos con algunos autores (Cruz, Fuentes y López, Zucherino, 2014) en que muchas veces se piensa la práctica profesional de manera estereotipada, bajo expectativas de respuestas genéricas que ocultan el potencial político de las lecturas profesionales que realizamos (dimensión investigativa de la intervención). Consideramos pertinente destacar que la rutinización de las prácticas, instala cierta matriz de conocimiento sedimentada en la experiencia profesional. Así como también, la rigidez teórica sesga las posibilidades creativas de reinención de la intervención frente a un contexto no solo adverso, sino completamente desconocido en el ámbito sanitario.

Esto implica abrir nuevamente diálogos dialécticos entre estas intervenciones históricamente pre-conceptualizadas -tanto desde otras disciplinas como desde la propia aprehensión del colectivo profesional- y la posibilidad de reconstruir lecturas estratégicas para crear nuevas intervenciones.

Los fundamentos de la práctica social adquieren su justificación en la dimensión teórica, la cual define cómo interpretar una situación problemática, adquiriendo razón de ser en la praxis operativa. No obstante, con-

sideramos que las cuatro dimensiones -teórica, práctica, metodológica y ético-política- propias del Trabajo Social, necesitan ser trazadas transversalmente con el concepto de cuidado. Esto nos lleva a cuestionarnos sobre la influencia de dicha categoría en nuestro quehacer profesional. Incorporar, consecuentemente, la gestión de riesgos dentro del debate, nos sirve para reflexionar sobre cómo interpretamos, desde el Trabajo Social, el riesgo sanitario en el que se encuentran inmersas las comunidades con las cuales trabajamos.

Para ello, consideramos pertinente destacar el bagaje político que presenta la categoría de cuidado-usualmente romantizada en prácticas nobles-, dado que desde el corpus teórico implementado atravesará implícitamente todas las dimensiones de la intervención profesional, manifestándose ulteriormente en la práctica social -o mejor dicho en prácticas del cuidar (De Ieso, 2015).

La disputa de sentido sobre qué atenciones considerábamos esenciales hizo que desde los servicios sociales debiéramos plantear(nos) qué actividades serían impostergables y qué demandas continuaríamos atendiendo. A las más identificables emergencias, como situaciones de violencia, abuso sexual o ILE, se le fueron sumando el asesoramiento para acceso a recursos, el acercamiento de métodos anticonceptivos a la comunidad, las consejerías sobre salud sexual y salud reproductiva, la difusión de información sobre medidas de autocuidado y circuitos de atención de COVID-19, el acompañamiento psicosocial en situaciones de duelo y estrés ligadas al COVID-19, entre otras acciones.

Mantener una visión integral de la salud responde a posicionamientos profesionales, así como también las formas en que se concretan estas prácticas. Esto implicó revalidar la importancia de la prevención y la promoción de la salud, como acto ontológico del cuidar la salud integral: lo que se posterga hoy, se agudizará en el futuro. Esta lectura política sanitaria no resultó de forma lineal, sino que demandó problematizar el contexto que nos atravesaba y las manifestaciones locales que estaba adquiriendo la coyuntura con el correr de los días. Algunas preguntas que nos disparaban a la reflexión-acción fueron: ¿De qué forma mantener las acciones de promoción de la salud, en conjunto con las acciones de prevención de la enfermedad, durante el aislamiento social preventivo obligatorio? ¿Por qué consideramos que las acciones promocionales deben mantenerse en este contexto?

Para abordar estos cuestionamientos es importante diferenciar los conceptos de prevención y promoción. Las actividades preventivas abarcan las medidas destinadas a evitar la aparición de la enfermedad, frenar su avance y atenuar sus consecuencias a través del diagnóstico precoz y el tratamiento temprano, a la rehabilitación y a evitar o atenuar las consecuencias de la intervención médica excesiva. Las acciones de prevención tienen por objetivo que las personas estén preparadas frente al riesgo de enfermar y puedan manejar las conductas asociadas a la aparición de la enfermedad (RIEPS, 2013).

La estrategia de promoción de la salud va más allá de la prevención de la enfermedad y el control de la misma, ya que implica el fortalecimiento de la salud por medio del desarrollo de la capacidad de elección de las personas y la utilización del conocimiento según la singularidad de cada situación y el contexto que atraviesan. Las acciones de promoción de la salud se enfocan en el fortalecimiento de la capacidad individual y colectiva para lidiar con la multiplicidad de los condicionantes de la salud, aspirando a transformar las condiciones de vida y de trabajo de las comunidades (Czeresnia, 2003). El compromiso con la promoción de la salud nos alienta a trabajar para fortalecer la autonomía de las personas, la organización social y la participación de las comunidades en el PSEAC.

Es importante señalar que estas dos perspectivas son complementarias. Consideramos que el fortalecimiento de la sociedad a través de la promoción de la salud genera que la misma pueda desarrollar hábitos protectores y capacidades para gestionar los riesgos. Esto le permite encontrarse en mejores condiciones para trabajar junto a los equipos de salud en las estrategias de prevención de las enfermedades.

Por otro lado, acordamos con la idea de que la construcción de los vínculos entre el equipo de salud y la organización de la población resulta de la tecnología principal para pensar las estrategias sanitarias (Testa, 1996). Por lo tanto, hemos tenido que repensar como equipo nuevas formas de mantener los lazos para sostener la cercanía con la población y así viabilizar el acompañamiento de situaciones de salud diferentes o complementarias al COVID-19, como la necesidad de esparcimiento en adultas/os y niñas/os, la promoción de hábitos saludables o la protección frente a la violencia de género e infantil en el contexto del aislamiento. Incluso empezamos a reinventar otras maneras de sostener los espacios grupales que no podían mantenerse, haciendo activida-

des con usuarias/os a través de grupos de WhatsApp o plataformas virtuales.

Estar con el/la otro/a sin la mediación del contacto físico conlleva sus desafíos, pero fue la forma que encontramos para mantener vivos los lazos comunitarios. Desde los llamados telefónicos de seguimiento a personas y familias con miembros con COVID, a las actividades de promoción de la salud en las redes sociales, fuimos encontrando formas de comunicación viables en este contexto, que nos permitieran acompañar sin exponer, pero a la vez sin dejar vacante la necesidad de información y de contención que expresan las/os usuarias/os de los servicios de salud cuando se acercan a los CeSACs.

Cabe destacar, por último, que el contexto de pandemia nos llevó a interpelarnos acerca del rol del Trabajo Social como promotor de los derechos de las/os usuarias/os frente a las prácticas tutelares arraigadas en las instituciones sanitarias y los lineamientos genéricos que no contemplan la realidad macro social de las familias con las que trabajamos. Si bien es fundamental promover prácticas protectoras de la salud, estas deben estar centradas en el contexto singular y en el respeto por la subjetividad de cada persona, sin aferrarse acríticamente a los protocolos existentes. De hecho, cabe señalar que los propios protocolos de intervención fueron modificándose respecto a los cambios acontecidos en la sociedad y a los recursos disponibles.

Como colectivo profesional para poder pensar intervenciones situadas y respetuosas de las/os usuarias/os frente a la rutinización de las tareas y la sobrecarga laboral, fue necesario que pudiéramos darnos el tiempo para supervisar nuestro accionar al interior de los servicios sociales, con el objetivo de afianzar una práctica crítica y reflexiva desde la perspectiva de los derechos humanos.

Elaboraciones finales

Como se ha desplegado a lo largo del presente trabajo, resulta menester como profesionales de la salud y del Trabajo Social frente a un contexto completamente incierto y complejo recuperar las transformaciones en las dinámicas institucionales, a fin de abrir debates reflexivos. El Trabajo Social es una profesión a partir de la cual nos formamos para poner en la praxis cotidiana nuestros conocimientos e interpretaciones de la realidad, materializados en estrategias operativas frente a respuestas pre formuladas, asentadas en la rutina.

Tensionar el vínculo dialéctico entre el rol del Trabajo Social y la praxis investigativa que configura a la intervención profesional amerita reflexión, recupero de la actividad diaria y debate en torno a la misma. Consideramos que la pandemia ha venido a enfatizar en el juego de las relaciones sociales la importancia del cuidado, entendido como cuidar a otras/os y a su vez cuidarnos para poder continuar ejerciendo prácticas de cuidado.

Nuestra praxis cotidiana se conjuga en la interrelación -a veces tensa y conflictiva- de distintas dimensiones que dotan de significado a la acción: la dimensión teórica, metodológica, táctica operativa y ético-política. Este cuerpo de aristas que conforman la intervención profesional están atravesadas por nuestro posicionamiento sobre el cuidado. Este concepto es intrínsecamente relacional e implica reconocer la vulnerabilidad de la vida -la cual adquiere forma en un contexto situacional-, así como también la ontología de los sustentos teóricos que enuncian la precariedad de la vida. (Butler, 2010). La misma se encuentra atravesada por una realidad coyuntural política, económica, social y cultural, que moldea las formas de transitar subjetivamente los escenarios contextuales.

Es por esto que reivindicamos la importancia de trabajar sobre la determinación social de la salud, para poder hacer frente a las problemáticas sanitarias prevalentes en nuestro país, en general, y particularmente en los barrios populares. Consideramos que es fundamental trabajar en la transformación estructural de las condiciones de vida y de trabajo de la población, ya que las mismas inciden en el riesgo de enfermar de las personas. De hecho, como hemos abordado durante el trabajo, la situación de vulnerabilidad habitacional, de saneamiento barrial deficiente y las condiciones precarias de trabajo inciden en el incremento de la transmisión comunitaria del virus. Así como la prevalencia de factores de riesgo en la población de barrios populares la coloca en una situación de mayor vulnerabilidad al momento de transitar la infección por COVID-19.

En relación a lo expuesto, la atención del COVID-19 nos hizo profundizar el compromiso con la construcción de respuestas integrales ante las problemáticas socio-sanitarias, que promuevan la organización social y la autonomía de las personas. Desde esta perspectiva el

PSEAC es abordado como un proceso integral, histórico y contextualizado que nos invita a desarrollar estrategias colectivas y situadas con la comunidad.

En esta línea, desde el comienzo de la pandemia hasta la actualidad, los equipos hemos recorrido un largo camino de organización acompañando reclamos para mejorar las condiciones de vida de la población y por nuestras propias condiciones laborales, pero también de reflexión sobre nuestros marcos teóricos y posicionamientos éticos entorno a mejorar la calidad de atención que brindamos a las/os usuarias/os.

Incorporar una perspectiva de gestión de riesgos brinda herramientas analíticas para reconocer los recorridos históricos de las comunidades y las fortalezas organizacionales que se visibilizan en sus tramas de apoyo comunitario, así como también para identificar los procesos de vulnerabilización que sufren, a consecuencia de las respuestas u omisiones estatales. En cuanto a esto último, reivindicamos la importancia del trabajo entrelazado y articulado con las organizaciones sociales del territorio y la necesidad de poner nuestros conocimientos técnico-profesionales al servicio de la población local con la que trabajamos, para potenciar las fortalezas que poseen y acompañar los procesos de lucha que llevan adelante en pos de mejorar sus condiciones estructurales de vida.

La construcción del concepto de riesgo para pensar la gestión local de emergencias/desastres requiere capitalizar los diferentes saberes disciplinares para ponerlos a dialogar entre sí, consolidando respuestas integrales. La construcción cualitativa de los riesgos, permite pensar -así como también reafirmar- la importancia de la prevención de la enfermedad y la promoción de la salud para mitigar el impacto negativo que genera un contexto de emergencia sanitaria, con todas las consecuencias que genera en la vida cotidiana de la población.

A modo de concluir con el presente trabajo, consideramos pertinente continuar revalidando posturas teóricas que fundamenten nuestra acción y que a la vez reivindiquen una actitud investigativa frente a las prácticas. Esta última motoriza inherentemente la búsqueda de nuevos marcos teóricos y filosóficos que nos permitan construir reflexiones propias desde la profesión, robusteciendo el corpus operativo y teórico del Trabajo Social.

Bibliografía

- Ase, I. y Burijovich, J. (2009). "La estrategia de Atención Primaria de la Salud: ¿progresividad o regresividad en el derecho a la salud?". En *Revista Salud Colectiva* N° 5(1):27-47.
- Alva Hart, V., Hardoy, J., Almansi, F., Amanquez, C., Cutts, A., Lacambra, S., Di Paola, V. y Celis, A. (2016). *Una mirada de la gestión de riesgo de desastres desde el nivel local en Argentina*. Banco Interamericano de Desarrollo. División de Medio Ambiente, Desarrollo Rural y Administración de Riesgos por Desastres.
- Breilh J. (2010). Las tres "s" de la determinación de la vida: 10 tesis hacia una visión crítica de la determinación social de la vida y la salud. Seminario "Rediscutiendo a questão da determinação social da saúde"; organizado por el Centro Brasileiro de Estudos de Saúde - Cebes, Salvador Bahía - Brasil, 19-20 marzo, 2010.
- Butler, J. (2010) *Marcos de guerra. Las vidas lloradas*. Buenos Aires, Argentina. Ed. Paidós.
- Czeresnia, D. (2003). El concepto de salud y la diferencia entre prevención y promoción. En: *Promoción de la Salud*. Lugar Editorial. Buenos Aires.
- De Ieso, L. (2015) "Prácticas del cuidar en entramados familiares. Aportes desde un análisis situado en un núcleo urbano segregado del Gran Buenos Aires" en *Revista Debate Público. Reflexión de Trabajo Social*. Año 5 - Nro. 10.
- Fuentes, P. y López, M. (2014) *Lo Interdisciplinar: Discusiones e implicancias de un imperativo de época para el trabajo social*. Capítulo III en: *Lo metodológico en Trabajo Social. Desafíos frente a la simplificación e instrumentalización de lo social*. Edulp, Libros de Cátedra: La Plata.
- Gobierno de la Ciudad de Buenos Aires. Boletín Epidemiológico Semanal - Ciudad Autónoma de Buenos Aires - N° 202. Año V / 3 de Julio de 2020. Información hasta SE 25. Gerencia Operativa de Epidemiología SSSPLSAN.
- Gobierno de la Ciudad de Buenos Aires. Residencia Interdisciplinaria de Educación para la Salud - RIEpS (2013). "Guía de dispositivos de intervención en Educación para la Salud. Reflexiones en torno a la práctica". Buenos Aires: Ministerio de Salud del GCABA.
- Lafit, J. (2016) "Atención Primaria de la Salud: Una estrategia aún posible y deseable en el campo de la salud". Cátedra de Medicina Social. FTS, Universidad Nacional de la Plata.
- Laurell, A. (1982) *La Salud-Enfermedad como proceso social*. Cuadernos Médico Sociales N° 19.
- Lavell, A. (2002), *Sobre la gestión de riesgo*. Apuntes hacia una definición. Documento digital.
- Michalewicz, A., Pierri, C., y Ardila-Gómez, S. (2014). "Del proceso de salud/enfermedad/atención al proceso salud/enfermedad/cuidado: elementos para su conceptualización". *Anuario de investigaciones* N° 21, 217-224.
- Mutaabski, G., Chera, S., Daverio, D. y Duré, I. (S/f). *El Plan de Atención Primaria de la Salud: un cambio en el primer nivel de atención de la salud en la Ciudad Autónoma de Buenos Aires*.
- Solíz Torres, M., Durango Cordero, J., Yépez Fuentes, M, Solano Peláez, J. (2020) *El Derecho a la Salud en el Oficio del Reciclaje. Acciones Comunitarias frente al Covid-19*. Universidad Andina Simón Bolívar, Sede Ecuador.
- Testa, M (1996) *Atención ¿Primaria o Primitiva? de salud*. Pensar en Salud. Editorial. Buenos Aires.
- Zucherino, L. y otros (2014). *Incumbencias y rol profesional: Dos nociones a problematizar en Trabajo Social*. Capítulo IV en *Lo metodológico en Trabajo Social. Desafíos frente a la simplificación e instrumentalización de lo social*. Edulp, Libros de Cátedra: La Plata.

Artículos seleccionados

Abordajes en contexto de pandemia: dispositivo grupal de mujeres. Un pasaje de lo presencial al territorio virtual

Noelia Schiro^a, Sofía Mackay^b, Paula Errasti^c

Fecha de recepción:	31 de agosto de 2020
Fecha de aceptación:	16 de noviembre de 2020
Correspondencia a:	Paula Errasti
Correo electrónico:	paulaerrastii@gmail.com

- Lic. en Trabajo Social. Trabajadora Social CeSAC N° 6 del Hospital Piñeiro - CABA.
- Lic. en Trabajo Social UBA. Docente en la UNAJ y Coordinadora de Programas en Asociación Conciencia.
- Lic. en Psicología - UNLP. Concurrente de Salud Mental CeSAC N° 6 del Hospital Piñeiro - CABA. Investigadora UBACyT. Integrante del equipo evaluador interdisciplinario del CAD Imchausti perteneciente al CDNNyA

Resumen:

El presente artículo se propone compartir la experiencia de un dispositivo territorial, grupal e interdisciplinario para mujeres atravesadas por la vulnerabilidad social, desarrollado en Villa Soldati por Instituciones Públicas y del Tercer Sector.

El mismo se llevó adelante entre los años 2018 y principios de 2020, posibilitando y sentando las bases para el armado de una red de acompañamiento en los tiempos que corren, marcados por el Covid 19 y el aislamiento social, preventivo y obligatorio.

En primer lugar, se presenta el marco conceptual a partir de las categorías de salud, vulnerabilidad social, dispositivo grupal y red.

En segundo lugar, se hace referencia al recorrido del espacio, que involucra el diagnóstico situacional inicial planificación y el diseño del dispositivo, sus principales objetivos y metas. Luego, se disponen algunos obstáculos y aprendizajes del espacio, entendiendo a los mismos como un aporte valioso a la reflexión en el abordaje comunitario de violencias.

Para cerrar, se relata cómo las mismas mujeres participantes fueron reconfigurando el espacio adaptándolo al contexto actual y haciendo de la virtualidad un recurso para seguir sosteniendo el lazo social.

Palabras clave: Mujer - Grupo - Pandemia.

Summary

The purpose of this paper is to share the experience of a group, territorial and interdisciplinary space for women which is characterized by the social vulnerability that takes place in Villa Soldati and in the third sector.

This was developed between 2018 and early 2020, and it enabled and lay the foundations for the assembly of an accompaniment network in the current times, marked by covid19 and the social, preventive and mandatory isolation.

In the first place, the theoretical framework is presented, with the following central categories: health, woman, social vulnerability, group device and network.

In the second place, the journey that involves the initial situational diagnosis, the planning and design of the device, and their main objectives are made explicit. Then some of the obstacles and information about the space are presented, these are seen as valuable contributions to the reflection on community approach to violences.

Finally, how the participating women themselves were reconfiguring the space, adapting it to the current context, and how they made use of virtual tools as a resource to continue supporting the social bond.

Key words: Woman; pandemic; group.

Introducción

El objetivo del presente artículo es recuperar y analizar las prácticas y estrategias desarrolladas en el marco de la coordinación de un grupo de mujeres. Para la construcción de las categorías analíticas partimos de un enfoque cualitativo y desarrollamos un análisis de las notas de campo y registros de los encuentros. Dicho trabajo lo llevamos adelante en un contexto atravesado por la pandemia, que reconfigura las lógicas de vida en comunidad y el dispositivo realiza un pasaje "de lo presencial al territorio virtual".

La experiencia grupal sistematizada surge y se sostiene a partir del trabajo en conjunto de profesionales de un Centro de Salud y Atención Comunitaria (Cesac) y un Centro de Primera Infancia (CPI), ambos ubicados en la zona sur de la CABA, específicamente en la localidad de Villa Soldati. Durante los años 2018, 2019 y principios del 2020 el grupo funcionó con frecuencia quincenal en el salón de usos múltiples del CPI. Actualmente, con el aislamiento social, preventivo y obligatorio, el dispositivo se sostiene principalmente a partir de un grupo de WhatsApp.

Quienes diseñamos y coordinamos el grupo somos tres mujeres, dos con formación en Trabajo Social y una en Psicología. Las mujeres que concurren al espacio, por su parte, se caracterizan por encontrarse en situación de vulnerabilidad social y sufrir sobrecarga en tareas de cuidado y/o violencia doméstica.

El objetivo general del dispositivo es brindar un espacio grupal de salud integral para las mujeres de Villa Soldati. El mismo ha sido sostenido desde sus inicios y de él se desprenden los siguientes objetivos específicos. Visibilizar, reflexionar y desnaturalizar mitos, estereotipos y roles de género. Trabajar reflexivamente sobre el registro, el reconocimiento y el acceso a derechos. Compartir información y recursos (institucionales, formales y no formales). Propiciar el pensamiento de otras sobre diversas formas y dinámicas vinculares (crianzas, cuidado, pareja, familia, paridad, etc). Visibilizar y detectar problemáticas con la finalidad de evaluar su intervención. Conformar una red entre las mujeres que concurren al espacio.

En relación a la estructura del trabajo, en primer lugar presentamos la caracterización institucional y territorial. Luego, exponemos el marco conceptual a partir del cual se realizó el análisis. A continuación presentamos una historización de la experiencia y en forma seguida la modalidad taller como un espacio reflexivo y los ejes temáticos abordados. Después desarrollamos un recorte de consideraciones en torno a lo vincular y exponemos algunos aprendizajes. Por último compartimos cómo la experiencia grupal se reconfigura ante el contexto de Covid 19 y aislamiento social, preventivo y obligatorio, adaptándose a la virtualidad. Para cerrar, con el objetivo de realizar un aporte a los abordajes grupales territoriales con perspectiva de géneros, presentamos las conclusiones acerca del espacio.

Caracterización Institucional

Antes de ahondar en la experiencia realizamos una breve caracterización de los dos dispositivos de intervención que dieron lugar a la gestación del grupo de mujeres.

El Cesac es un dispositivo creado en la Ciudad de Buenos Aires, en conjunto con los Centros Médicos Barriales, dentro de lo que se conoce como la Atención Primaria en Salud (APS). En pocas palabras podemos decir que la APS consiste en la asistencia sanitaria esencial puesta al alcance de la comunidad, mediante su plena participación y a un costo que el país puede soportar (UNICEF, 1990).

El Programa CPI es creado por el Gobierno de la Ciudad de Buenos Aires en el 2009 a partir del decreto 306/09. El objetivo general del dispositivo es garantizar el crecimiento y el desarrollo saludable de los niños y niñas de 45 días a 4 años de edad en situación de vulnerabilidad social de la Ciudad de Buenos Aires. Los CPI cuentan con una jornada completa de 8 horas donde se destaca que las/os niñas/os tienen garantizada la alimentación. El foco está puesto en los niños y niñas pero el abordaje es integral en tanto también se trabaja con la familia. La gestión de los CPI es generalmente realizada por organizaciones sociales de base. Es así que se trata de una “gestión asociada”.

Territorio de intervención

La población usuaria de ambas instituciones proviene principalmente del Complejo Habitacional Soldati, un barrio de monoblocks ubicado en la Comuna 8 de la CABA. El mismo tiene aproximadamente 3.200 departamentos donde viven alrededor de 18.000 personas. También se acercan a las instituciones familias de los barrios aledaños, como ser la Villa 1, 11, 14, y de la Provincia de Buenos Aires. Esto último se debe en gran parte a la ubicación estratégica de ambas instituciones, cercanas a metrobús y estaciones de tren.

A partir de nuestro trabajo territorial podemos decir que la población de estos barrios se encuentra en su mayoría en situación de vulnerabilidad socio económica, cuentan con trabajos informales, precarios e inestables, y redes familiares y/o sociales también inestables y en casos inexistentes.

Quienes asisten a ambas instituciones, demandando los servicios, son en su mayoría mujeres. A ellas se les ha adjudicado y han asumido el rol de cuidadoras de las/os niñas/os de las viviendas donde residen, sean madres, tías, y/o abuelas. Cabe destacar la situación de doble y múltiple jornada por la cual atraviesan esas mujeres, encargadas no sólo de las tareas domésticas y de cuidado de niñas/os, y/o personas adultas mayores; sino también realizando trabajos fuera de sus domicilios.

Marco teórico: Género y Salud Integral

El dispositivo grupal, interdisciplinario y territorial nombrado por sus propias participantes como “Mujeres Valiosas” se desarrolla desde sus orígenes a partir

de un marco conceptual referencial que entiende a las personas como sujetos de derecho, la salud en forma integral, la interdisciplina como una forma de trabajar en equipo y la perspectiva de géneros como transversal. Al mismo tiempo, el análisis del presente artículo es realizado a partir de dicho marco conceptual.

A fin de explicitar lo expuesto destacamos que entendemos a la salud a partir de los aportes de Ferrara (1975), quien sostiene que la misma se expresa cuando las personas viven comprendiendo y luchando frente a los conflictos que la interacción con el mundo físico, mental y social le imponen. Es así que la pensamos como el estado de optimismo, vitalidad que surge de la actuación frente a los conflictos y la solución de los mismos.

A la vez, comprendemos al proceso salud-enfermedad recuperando la unidad entre la enfermedad y la salud como parte de un mismo proceso, que se caracteriza por ser dinámico y cambiante, realizándose continuamente cada vez que cambien las circunstancias internas y externas de las personas. Se trata de un proceso social que inexorablemente debe ser articulado con los procesos económicos, políticos e ideológicos de la sociedad si se quiere arribar a una mirada integral de la situación de los sujetos (Laurell, 1986).

Por otra parte, la noción de dispositivo la entendemos a partir de los aportes de Foucault (1984), quien lo define como un conjunto heterogéneo de elementos, discursos, funciones, instituciones, normas, instalaciones, medidas, etc. Que pertenecen tanto a lo dicho como a lo no-dicho. Son esencialmente estratégicos, no son ingenuos sino que implican la manipulación de relaciones de fuerza y se encuentran inmersos en un juego de poder. A la vez, son abstractos, contextualizados históricamente y emergen en respuesta a algún acontecimiento.

El dispositivo analizado en el presente artículo incluye en consideración y visibiliza también las modalidades de autoatención, es decir, las representaciones y prácticas que utilizan las comunidades para operar sobre los procesos que afectan su salud (Menéndez, 2010). Esto implica no solo ubicar a las mujeres como portadoras de un saber, sino que acrecienta la integralidad dentro del dispositivo de salud, yendo además en consonancia con lo dispuesto en la Ley Básica de Salud de la Ciudad de Buenos Aires (153/99), que conceptualiza a la salud integral como derecho humano y proceso socio-histórico con una mirada que no hace foco solamente en cuestiones de orden biológica. A su vez, la Ley 26.485 de

Protección Integral a las Mujeres, sancionada en la Argentina y respaldada por la Organización Panamericana de la Salud (OPS), reconoce la violencia ejercida sobre las mujeres y sus derechos apostando a erradicarla, sancionarla y prevenirla.

El enfoque de trabajo de la coordinación del dispositivo es interdisciplinar. Esta perspectiva no refiere a la sumatoria de campos de saber sino a la interacción y la reciprocidad simétrica, a la complementariedad y la conformación de un equipo de trabajo. Ello implica sostener espacios de diálogo horizontal en los cuales cada integrante aporta desde su singularidad (Carballeda, 2001). En relación a ¿qué es la mujer?, consideramos que la mujer no es, sino que va siendo, se podría pensar que es una ilusión. Se trata entonces de una invención social recreada, compartida y configurada en y por el entrecruzamiento de mitos del imaginario social que a lo largo de la humanidad buscaron dar sentido y coherencia a prácticas, saberes, discursos, generando a su vez efectos en los procesos materiales de la sociedad (Fernandez, 1993). Esta ilusión de la mujer termina siendo o pareciendo más real que las mismas mujeres, dificultando el poder visibilizar la singularidad en cada una. Cuando hablamos de imaginarios sociales no hacemos referencia a "la imagen de", sino a una creación indeterminada e incesante de representaciones y significaciones, encarnadas por las instituciones (Castoriadis, 2013).

En este marco, resulta fundamental tener en cuenta las significaciones imaginarias sociales que se han configurado alrededor de la mujer en tanto su construcción, transmisión y manipulación asegura una influencia sobre la vida colectiva y social, "permite canalizar las energías, influir en las elecciones colectivas en situaciones cuyas salidas son tan inciertas como impredecibles" (Baczko, 1991:30).

Abordar las problemáticas actuales de las mujeres exige entonces recapacitar respecto a los modos de constitución de la subjetividad, contextualizando socio-históricamente cada noción y problematizando así lo que se ha ido instituyendo sobre cómo "ser mujeres" a lo largo del tiempo. La diferencia de los géneros, por su parte, se estructura desde la lógica atributiva, binaria y jerárquica (Fernández, 2019). En este sentido tomamos los aportes de Butler (1990) quien sostiene que "la univocidad de género, la coherencia interna del género y el marco binario para sexo y género son ficciones reguladoras que refuerzan y naturalizan los regímenes de poder convergentes de la opresión masculina y heterosexista" (p. 99).

Desde esta lógica, durante años se ha legitimado la desigualdad y la discriminación de género, dichos mecanismos no son invisibles, sino que han sido invisibilizados. En este marco, a lo largo de los encuentros del grupo de mujeres, ofrecemos un espacio que abra interrogantes y conmueva las certezas, que permita salir de la lógica de “La Una”, y de lugar a la emergencia de “cada una” en el armado grupal de un “nosotras”, que nos aloje desde nuestra singularidad y diferencia (Fernández, 2019).

Al mismo tiempo, se toman los aportes de Burin (2017) quien señala que actualmente se están gestando todo tipo de prácticas colectivas pensadas por y para las mujeres que permiten dar nuevos sentidos a los malestares. Estos espacios rechazan los criterios médico hegemónicos reivindicando los derechos de las mujeres en la toma de decisiones respecto a su salud y a “implementar colectivamente los recursos de “curación”, en un esfuerzo notable por articular la experiencia individual con la colectiva, y lograr también recursos colectivos para enfrentar su malestar” (Burin, 2017: 62).

Las mujeres con las que trabajamos se encuentran en “situación de vulnerabilidad social” que atiende a dos componentes explicativos. En primera instancia, el sentimiento de inseguridad e indefensión experimentado por las comunidades, familias e individuos en sus condiciones de vida, a consecuencia del impacto provocado por algún tipo de evento económico, social, epidemiológico de carácter traumático. En segunda, por parte del manejo de recursos y las estrategias que estos utilizan para hacerle frente a lo expuesto (Pizarro, 2001). Al mismo tiempo, tomamos los aportes de Arriagada quien redimensiona el fenómeno de la pobreza como una derivación del acceso limitado a la propiedad, los bajos ingresos y consumo, sumado a las escasas oportunidades (sociales, políticas y laborales), entre otras cuestiones. Esto último aporta a la producción de subjetividades atravesadas por el desamparo y la impotencia, construyendo identidades basadas en la inequidad y la carencia de justicia, específicamente para las mujeres en situación de pobreza estructural. Este fenómeno se expresa diferente en hombres y mujeres, como el resultado de la naturalización de los roles de género articulados socialmente de manera inequitativa aportando a la desigualdad en el ejercicio del poder y adquisición de recursos materiales (Arriagada, 2006).

Es en el sentido de lo descrito anteriormente y a partir de nuestras experiencias de intervención desde lo grupal e individual también, que podemos decir que el gru-

po poblacional con el que trabajamos no es un grupo vulnerable per se, sino un grupo poblacional vulnerado; al cual históricamente se le ha restringido el acceso a sus derechos mediante las diversas prácticas y discursos de exclusión.

A la vez, para el análisis, partimos de comprender que si bien se observa actualmente un aumento respecto al ingreso de las mujeres en el mercado laboral, dentro de los hogares las tareas no se han redistribuido, sino que continúan siendo adjudicadas a las mujeres (Fernández, 2019). Dicha cuestión implícitamente se instituye en la sociedad, lo cual puede observarse reflejado por ejemplo en la distribución de las licencias a madres, los subsidios por maternidad y la disposición de guarderías asociadas al trabajo de mujeres (Pautassi, Faur y Gherardi, 2006).

En este marco tomamos los aportes de Tajer (2012) y destacamos que aun cuando las mujeres hemos avanzado mucho en nuestra presencia en el espacio público, se espera que continuemos siendo las principales cuidadoras de la familia y las agentes del sistema de salud en los hogares, basándose en nuestra supuesta capacidad de empatía, receptiva y comprensiva. Es así que nuevamente señalamos que las mujeres trabajadoras sostienen múltiples jornadas de trabajo que se incrementan a tres si hay algún familiar enfermo o que necesita cuidados especiales.

Por otra parte, destacamos que un objetivo fundamental del grupo tiene que ver con la conformación de una red. El concepto de red se encuentra estrechamente ligado a la concepción de la persona como sujeto en interacción con otros, tan capaz de influenciar como de ser influenciado. Por ende, es fundamental la permanente reciprocidad, “el asumir que cuando se convoca a la red se debe esperar ser a la vez, convocado; cuando se solicita ayuda, saber que nuestra ayuda será también solicitada” (Dabas, 1993:5). Las redes son pensadas a partir de la “cultura de la complejidad” que toma en cuenta interacciones dinámicas y transformaciones. En su construcción “no hay ningún plan preconcebido, o una lógica que la preceda, sino que son los actores, al relacionarse, quienes la van configurando” (Mires, 1999:2). Por lo tanto, se define a la red como un sistema abierto sujeto a nuevas y continuas realimentaciones que se tra-man constantemente admitiendo “ingreso y egreso de las singularidades que la componen así como la posibilidad de cambios en las funciones que éstas desempeñan” (Dabas, 1993:5).

Para entender la categoría de "territorio", partimos de los aportes de Ocampo Marín (2005) quien lo define como "un constructo social, una valoración, una fabricación, un producto, un espacio tatuado por la historia y la cultura, que se construye a través de prácticas, estrategias, percepciones y la manera de leerlo que tienen los miembros del grupo que lo constituye". (p.3)

Pensamos que armar dispositivos territoriales implica salir al encuentro de esas personas para poder tener una mirada más integral sobre las subjetividades, siendo el espacio territorial donde se entrelazan los procesos sociales y naturales (Breilh, 2003).

Es imprescindible entonces, cuando hablamos de la aproximación entre territorio y salud, sostener una visión estructural, histórica y funcional de la población y el medio ambiente (Samaja, 2003).

Para entender la categoría de territorio virtual tomamos de los aportes de comunidad virtual de Rheingold (1993) quien lo presenta como "las agregaciones sociales que emergen de la red cuando un número suficiente de personas entablan discusiones públicas durante un tiempo lo suficientemente largo, con suficiente sentimiento humano, para formar redes de relaciones personales en el ciberespacio" (p. 5). Es así que en una comunidad virtual existe un fin común entre sus miembros que generan actividades a realizar, contenidos de información que circulan como producto de su interacción, lugares donde ir, un gobierno que regula la conducta de los miembros, etc (Powers, 1997:27).

Historización de la experiencia

En la actualidad, las intervenciones profesionales se encuentran enmarcadas en un contexto de gran complejidad, en donde intervienen múltiples variables y atravesamientos. Los recursos institucionales se vuelven escasos y obsoletos frente a las demandas y las necesidades de la población, ya sea por la gran cantidad de consultas como así también por la complejidad de las mismas. En dicho contexto nos sentimos convocadas a pensar y propiciar la construcción del dispositivo grupal y territorial, como espacio a través del cual poder dar respuestas en vistas a resolver dichas limitaciones. Sumado a ello consideramos que los dispositivos tradicionales e intervenciones individuales, como ser la atención individual en consultorio, en ocasiones limitan los objetivos profesionales de pensar a las mujeres in-

tegradas en la sociedad, insertas en espacios culturales, recreativos, laborales. Consideramos entonces, que un dispositivo grupal y territorial permite salir del espacio privado o familiar adquiriendo y visibilizando recursos que les permitan enfrentar y lograr independencia ante situaciones familiares conflictivas y violentas. Es en este marco que el grupo desde un primer momento se ofreció como un espacio de empoderamiento de las mujeres, como red de apoyo y sostén.

Fue así que en el contexto de lo anteriormente mencionado nos embarcamos en un proceso de planificación. Realizamos reuniones para pensar el dispositivo, su modalidad, frecuencia, etc. En dichos encuentros además de participar Trabajadoras Sociales y Psicóloga de las dos instituciones nombradas, se sumó una Arteterapeuta de la Subsecretaría de Hábitat e Inclusión (ex SECHI).

La modalidad taller: un espacio reflexivo

Los encuentros se desarrollan a partir de la modalidad de talleres reflexivos. "Es un dispositivo de palabra en el que se construyen grupalmente planteamientos, propuestas, respuestas, preguntas e inquietudes respecto a un tema subjetivo" (Gutiérrez, 2003: 20). Se trata de un dispositivo de trabajo grupal, limitado en el tiempo y que se realiza con determinados objetivos particulares, esto permite activar "un proceso pedagógico sustentado en la integración de teoría y práctica, el protagonismo de los participantes, el diálogo de saberes, y la producción colectiva de aprendizajes, operando una transformación en las personas participantes y en la situación de partida" (Cano, 2012:33).

A su vez, cuando el grupo se pone en funcionamiento se da una diferenciación de ciertos roles funcionales: el de líder, el de portavoz, el de chivo emisario y el de saboteador. Estos roles, definidos por Pichon-Riviere en su desarrollo teórico sobre grupo operativo, se ponen en juego y ello debe tenerse en cuenta para poder llevar a cabo los objetivos propuestos (Fumagali, 1987).

Si bien hay un equipo coordinador, la distribución de los roles es flexible, cada encuentro se planifica en función de un objetivo; el encuentro se desarrolla en tres momentos: actividad de caldeamiento o "rompehielos" y presentación, desarrollo de la actividad principal y cierre.

Hay diferentes formas de diseñar un taller: formas por ejemplo flexibles y otras estructuradas, en nuestro caso pensamos que es importante que el dispositivo propuesto cuente con una estructura, pero que a su vez tenga cierta flexibilidad y se pueda ir adaptando a lo que vaya aconteciendo. Ahora bien, el encuadre es un elemento muy importante a tener en cuenta en tanto implica un conjunto de condiciones constantes que conforman un marco dentro del cual se desarrolla el proceso (Bleger, 1966). Es así que pensamos al encuadre como la contención, el marco y el continente en donde se llevan a cabo los encuentros sostenidos. El mismo está compuesto por elementos formales, como el espacio, tiempo, funciones, tareas, y acuerdos mutuos, a los que se comprometen tanto las participantes como las coordinadoras e invitadas (Buzzaquí, 1995). Respecto al lugar, al espacio físico, consideramos valioso que sea siempre el mismo, un lugar familiar, conocido, del cual las participantes puedan irse apropiando, llegando a generar cierto sentimiento de pertenencia. Un espacio accesible y que tenga las características físicas necesarias y acordes. En nuestro caso llevamos a cabo los talleres en el SUM del CPI. En cuanto al factor temporal, se estableció una frecuencia quincenal, los días lunes a la mañana en el horario en el cual las/os niñas/os ingresan a la institución. Al dejarlas/os se les ofrece a las mujeres el espacio del taller, aprovechando el momento en el cual se encuentran exentas de tareas de cuidado de otras/os. En relación a los roles dentro del espacio grupal, podemos destacar “el rol coordinador”, cuya función es la de “co-pensador/a”, en cuanto a que trabaja “junto al grupo”; si bien el rol lo ubica de manera asimétrica en relación al grupo, porque es quien lo conduce, realiza un ejercicio democrático de éste, facilita la comunicación entre quienes participan, e interviene propiciando la resolución de obstáculos que pueden presentarse entre el grupo y los objetivos de este (García *et al*, 2008).

Las coordinadoras presentan la tarea a realizar, sus intervenciones apostarán sobre todo a incentivar la participación conduciendo al logro de los objetivos propuestos. Quien cumple dicha función podrá según lo crea pertinente, realizar señalamientos, devoluciones, plantear interrogantes, ofrecer información, interpretar aspectos implícitos. Por otro lado, el rol de observadora tendrá como finalidad prestar atención a la dinámica grupal y realizar el registro de lo acontecido durante el taller, tomando nota de manera escrita (Pichon Riviere, 1989).

Sostener el encuadre resulta crucial, no cancelar los encuentros ni modificar el marco establecido, por ejemplo,

aun habiendo pocas participantes sostener el espacio. El grupo está abierto a aquellas mujeres que deseen y puedan participar. El asistir a las instituciones coordinadoras no es un requisito excluyente, tratándose de una propuesta ofrecida a la comunidad en general. A su vez, para ser parte no se requiere asistencia continua, de hecho, podemos afirmar que por lo general el grupo va variando en cada encuentro en cuanto a participantes. Respecto a esto último nos importa más la calidad, que la cantidad, en ocasiones nos hemos encontrado con tres mujeres participando del taller y sin embargo observamos que suceden cosas maravillosas y valiosas. Entonces, un punto a destacar es que todos los encuentros programados se desarrollaron más allá del número de mujeres que asistieron.

Algo que conforma parte del encuadre y que caracterizó nuestros encuentros presenciales entre mujeres fue el disponer de algún alimento para compartir, teniéndolo preparado y dispuesto para cuando ellas van llegando, con la intención de alojarlas, de que se sientan cuidadas, contenidas, expresando un “te estábamos esperando”. A medida que se fue generando cierto sentimiento de pertenencia grupal las mujeres fueron participando también del armado de dicha escena, ayudándonos a buscar los alimentos, sirviéndose entre ellas, etc.

Es posible pensar en el encuadre como el guardián de la transferencia (Green, 1983), regula los intercambios y las relaciones entre las participantes y quienes coordinan el espacio. También oficia de terceridad, representa cuestiones del orden de la legalidad que nos engloba a todas por igual y que apacigua en ese sentido.

Ejes Temáticos: ¿Cuáles? ¿Cómo seleccionarlos?

Las temáticas trabajadas son propuestas tanto por el equipo coordinador, retomando los emergentes de cada reunión, como lo solicitado de manera explícita por las participantes, protagonistas del espacio grupal.

Cabe destacar que su abordaje fue realizado por las coordinadoras y también por invitadas/os referentes de nuestras instituciones y de otras, y por profesionales formadas/os en cada temática y área (Licenciada en obstetricia, pediatras, médicas/os generalistas, arte terapeuta), asimismo algunas actividades quedaron a cargo de las participantes, como por ejemplo el cierre de un año de actividades, en el cual una de las mujeres nos brindó una clase de zumba.

Las diferentes temáticas abordadas en los talleres fueron trabajadas y pensadas desde la perspectiva de géneros. Incorporar dicha mirada para Tajer (2012) significa alojar la forma en la cual las asimetrías, entre mujeres y hombres, inciden diferencialmente en los procesos de salud-enfermedad-atención de dichos grupos genéricos, asimetrías que según señala la autora establecen perfiles de morbimortalidad específicos.

Algunas temáticas abordadas durante el desarrollo de los encuentros fueron: mitos y estereotipos de género, violencia de género, crianzas, vínculos saludables, autoestima, parto respetado, salud sexual y reproductiva, inserción laboral; además del intercambio que fue surgiendo acerca de recursos en relación a diversos temas: educación, trabajo, recreación, salud, violencia de género, entre otros.

Un recorte de consideraciones respecto a lo vincular

En este apartado, tenemos el deseo de compartir un recorte de consideraciones respecto a lo vincular que fuimos ubicando y que creemos permitieron construir y luego sostener el dispositivo grupal de mujeres.

¿Cómo dirigimos a las participantes? Consideramos pertinente nombrar siempre a la persona por su nombre, preguntarles cómo les gustaría que se las llame. No decirles por ejemplo "mamá", "amiga", "señora", "chica", etc. Respecto a las coordinadoras nombrarnos como mujeres, dejar a un lado nuestra profesión. Presentarnos como "Soy Noelia" y no "soy Licenciada en...". La mayoría de las mujeres se presentan como "la mamá de" lo cual creemos puede dar cuenta, a modo de hipótesis: por un lado, cierta pérdida de la propia identidad por fuera del hecho de ser madres y por otro lado podría pensarse que denota nominarse como siendo objeto, "de", en consonancia con la naturalización de que las mujeres somos o estamos a disposición de las/os otras/os más que de nosotras mismas. Asimismo, consideramos que el contexto institucional en donde se encuadra la actividad, y del cual somos "representantes" quienes la coordinamos -CPI y Ce-SAC-, condicionan esa forma de presentación, están allí como "madres", "tías", o "abuelas de", ello además de alguna manera les otorga cierta legitimidad dentro de lo institucional e instituido; el desafío es entonces, trabajar sobre esas otras "identidades", más de allá de ser madre, etc.

Por otra parte, para nosotras es importante garantizar explícita y verdaderamente la confidencialidad y privacidad de todo lo conversado, compartido y vivenciado. También evitar las interrupciones externas al encuentro o situaciones que puedan ser vividas como intrusivas y/o disruptivas. Lo cual no implica obstruir los ingresos y salidas de las mujeres en los encuentros; de hecho dicha posibilidad merece ser siempre claramente explicitada (sobre todo en las épocas de adaptación de sus niñas/os en el CPI).

También subrayamos la importancia de contener, ser respetuosas, cautelosas, saber escuchar y no presionar a las mujeres. Cada quien tendrá sus tiempos, sus modos, sus formas y esto debe ser alojado. Se espera que las participantes acepten el encuadre propuesto, pero no se les exige o demanda, y menos desde el inicio, una participación activa y constante. La oferta es diferente a la demanda, el espacio de los talleres es algo que le ofrecemos a las mujeres; nuestro deseo es que luego, con el paso del tiempo, sean ellas quienes empiecen a demandar algo a ese espacio. Por ejemplo, que nos pregunten por el próximo encuentro, que pregunten inquietudes, que pidan tratar tal o cual temática, etc. "Con oferta he creado una demanda" (Lacan, 1958: 588) y para que haya demanda tiene que haber un espacio disponible, y un sujeto capaz de esperar algo allí.

En este marco destacamos la importancia de acompañar, siendo esta una cualidad ambiental que implica reciprocidad, simetría, y salir de la asimetría. Incentivar la escucha y la circulación de la palabra. Escuchar sin juzgar, reconocer lo que las mujeres sienten a fin de construir un vínculo empático, "sentir con otras". Tener en cuenta lo que una va sintiendo, desde el rol de coordinadora, sentires, prejuicios, reacciones, ideas e imaginarios, cuidando de no intervenir y no operar desde ahí.

También consideramos fundamental el ser conscientes y responsables respecto al peso que tiene nuestra palabra, presencia, mirada, consejos y sugerencias. Intentar registrar cómo vamos siendo escuchadas, cómo se recibe nuestra palabra, en qué lugar imaginario nos va ubicando cada mujer respecto a sí misma. No podemos invisibilizar las asimetrías dentro del dispositivo grupal, si bien apostamos a que sea lo más transversal, circular y horizontal posible. Tampoco podemos invisibilizar, retomando lo anteriormente desarrollado por Foucault, que en nuestro dispositivo se entrecruzan dos instituciones; una educativa y otra médica, y sin

embargo vamos a posicionarnos por fuera del saber médico hegemónico y a su vez no iremos al espacio a “educar”, “enseñar” y “evaluar”.

Otro aspecto importante es priorizar la palabra de las participantes, por sobre la nuestra. No dar por entendido lo que nos comparten, no rellenar o interpretar con sentidos o significaciones propias aquello que nos dicen las demás. Tomar esas palabras y darles el valor que merecen, respaldar esos relatos, esas decisiones, esas sensaciones y agradecer su transmisión.

Para nosotras es primordial el fomentar la conformación de una red entre las participantes. Para ello creemos fundamental relanzar las preguntas que nos son dirigidas e invitar a las participantes a compartir saberes, experiencias, opiniones.

Por último, subrayamos que la organización de las personas en círculo permite una disposición de (y en) el espacio en que las jerarquías se diluyen, o bien circulan. Las participantes del taller pueden observarse mutuamente, y sus participaciones pueden ser atendidas por todas. El círculo representa también la circulación de roles y saberes, y la horizontalidad del espacio-tiempo que abrimos con el taller.

Algunos aprendizajes...

Durante el desarrollo de este espacio acompañamos diversas situaciones particulares y compartimos saberes, creencias, de-construyéndonos en el compartir con otras mujeres. Se fue configurando así un espacio saludable para todas aquellas que transitamos por el mismo, ampliándose incluso a nuestras redes de proximidad. Los efectos que así se fueron produciendo llegaron incluso a trascender el espacio ofrecido.

En el camino hemos trabajado sobre todo con temáticas vinculadas a la violencia de género, y como producto de ello, hemos construido entre todas nuestro propio folleto, el cual fue repartido y entregado a otras mujeres de la comunidad. Esto no solo sirvió para difundir el espacio de mujeres sino también para otorgarle valor a lo que cada una de las participantes tenía para decir y compartir.

Uno de los logros más importantes del espacio es que en el proceso se fue tejiendo una red donde las personas encuentran apoyo y refugio. Esta red contiene, sostiene, y es plausible de ser modificada (Montero, 2007).

Entre todas construimos un entramado particular y único, esto tuvo que ver con las características del grupo, las vivencias conjuntas y las particularidades de cada una de las miembros. Dicha red grupal fue variando, nunca es estática.

El grupo en contexto de pandemia

Para describir la situación grupal en contexto de pandemia partimos de comprender que en aquellas ocasiones en las cuales todo parece teñirse de incertidumbre y desesperanza se precisan aún más la conformación de proyectos colectivos que posibiliten sembrar la esperanza con otras/os (Pichon Riviere, 1975).

Como poéticamente escribió en estos tiempos Volnovich (2020) “nos dormimos en un mundo y nos despertamos en otro” (p. 47). Con la llegada del Covid 19 se modificaron radicalmente las condiciones materiales y sociales de la existencia de la vida en comunidad.

Todo sucedía con la habitual “normalidad” cotidiana, hasta que de repente ocurrió algo inesperado. Aquello que por inesperado irrumpió en la vida, y nos dejó, a todas/os, en principio sin palabras, sin reacción, quizás era una suerte de crónica anunciada, pero que de antemano no se podía prever su impacto en las subjetividades, en los cuerpos.

El aislamiento fue una medida disruptiva e inesperada. Hoy vivimos un contexto de estrés colectivo, desequilibrio, desorden, miedo, incertidumbre, inseguridad y reacciones emocionales intensas.

Al mismo tiempo, con el aislamiento, todas/os nos sentimos desvalidas/os. Sin dudas, el COVID-19 deja en desnudo la vulnerabilidad de todo ser humano. En este sentido, y ante la “mirada” de la pandemia, todas/os nos hemos vuelto “damnificadas/os” de este fenómeno que no discrimina entre clases sociales, géneros, profesionales y usuarias/os de servicios, etc. La pandemia en un punto nos pone en igualdad de condiciones, pero claramente no todas/os tenemos las mismas condiciones materiales y simbólicas de subsistencia. A su vez, nos vemos fortalecidas por el tiempo y experiencias compartidas durante el desarrollo del espacio grupal.

Fue así que, sobre esa red construida entre todas durante los talleres y encuentros, a partir del mes de marzo

del corriente año, luego de comenzada la etapa de aislamiento social preventivo y obligatorio; que el grupo continuó brindando apoyo y contención, en este caso, mediante la creación de un grupo de Whatsapp nombrado por ellas como: "Mujeres Valiosas". Para Sansot (1976) la apropiación es todo aquel tipo de práctica a través de las cuales dejamos nuestra impronta en algo o alguien y así deviene nuestro. Chombart De Lauwe refiere: "apropiarse de un lugar no es sólo hacer de él una utilización reconocida sino establecer una relación con él, integrarlo en las propias vivencias, enraizarse y dejar la propia impronta, organizarlo y devenir actor de su transformación" (Chombart De Lauwe, 1976: 524). Consideramos que las integrantes del grupo que se fue conformando han realizado un cambio de posicionamiento subjetivo, han tomado las riendas de sus recursos y derechos y no dudan en compartirlos con otras.

La dinámica del grupo de Whatsapp creó un territorio virtual con características diferentes al presencial pero funcional para las participantes. En el mismo circula todo tipo de información que tenga que ver con acceso a derechos, es allí donde se comparte información acerca de programas de ayuda social, gestión de alimentos en el barrio (comedores, ollas populares, bolsones de alimentos, etc.), modalidad y horarios de atención del Centro de Salud, en este contexto de emergencia sanitaria, etc. En un contexto en donde el aislamiento obligatorio y la cuarentena impiden el contacto social de los cuerpos, la cercanía presencial y vincular, estas mujeres han buscado la forma de seguir acompañándose, entendiendo la necesidad contextual.

Asimismo, se presta atención a saludos de días especiales (día de la madre boliviana, cumpleaños de alguna niña/o, pascuas, etc.).

Tenemos como premisa el acompañar respetuosamente a las personas en su individualidad y como grupo. A través del grupo de chat llegaron al CeSAC consultas por Interrupciones Legales del Embarazo (ILE), situaciones de violencia de género, entre otras; estas consultas fueron realizadas de manera particular, por las integrantes del grupo, siendo ellas las protagonistas de dichas situaciones u otras mujeres (familiares, amigas, conocidas, etc.).

A su vez se realizaron acompañamientos telefónicos y presenciales de las familias que se vieron afectadas de manera más directa por el COVID 19, pudiendo disi-

par dudas, conversar sobre temores generados por la enfermedad, los dispositivos de atención y alojamiento, entre otros.

Es decir, se continúa trabajando, apropiándonos del territorio virtual y recreando las intervenciones a fin de mejorar la accesibilidad a diversos derechos.

Conclusiones

Desde nuestro equipo de trabajo construimos el dispositivo compartido, como una propuesta de trabajo en el marco de la estrategia de Atención Primaria de la Salud Integral, que consideramos pudo generar y fortalecer la participación comunitaria.

Desde este espacio de intercambio, aprendizaje, sororidad y acompañamiento, de y entre mujeres, las integrantes pudieron posicionarse de manera tal que fueron ejerciendo su derecho a participar de la promoción, prevención, curación y recuperación de la salud; pensada ésta no sólo individual sino también comunitariamente. Fernández (1993) señala que nominar el malestar de las mujeres no es meramente un acto semántico, consideramos que el nominarse como "Mujeres valiosas" tampoco lo es los actos de nominación cuentan con el poder de hacer grupos, constituyendo un sentido común y sus consensos (Bourdieu, 1985).

Vivimos un momento bisagra, existe un antes y un después de la pandemia. Algunos grupos sociales, los que entienden la instancia de recuperación como la curación de los contagiados o el fin del aislamiento social preventivo y obligatorio, seguramente consideraran que van a regresar a su vida cotidiana anterior. Sin embargo, la gran mayoría de la población sufrirá cambios, en tanto aparecerán nuevos obstáculos para la producción y reproducción de la vida cotidiana, vinculados a la agudización de desigualdades preexistentes.

Ante tantas incertidumbres, nos plantamos en las certezas, las construimos colectivamente. Buscamos las maneras de conectarnos entre nosotras, y de ese modo promover un "estar saludable en medio de".

"El aislamiento físico no necesariamente conlleva la discontinuación de nuestros activismos. Necesita por el momento valerse de otros medios que nos mantengan activas hasta el horizonte de reencontrarnos, a la salida

de la cuarentena, una vez más” (Giusto, 2020: 176). Esta cita podemos leerla no solamente a la luz de la construcción del grupo de chat, y de los modos de abordaje y acompañamiento que en este contexto fuimos pensando e implementando, sino que también nosotras, las autoras, nos encontramos en

tiempos de pandemia escribiendo y pensando juntas, historizando esta experiencia, intentando continuar con nuestro activismo y nuestro compromiso, tanto con el dispositivo, como con las problemáticas y temáticas que a través del mismo se fueron abordando.

Bibliografía

- Arriagada, I. (2006). *Cambios de las Políticas Sociales: políticas de género y familia. Serie Políticas Sociales N° 119*. NU. CEPAL. División de Desarrollo Social.
- Baczko, B. (1991). *Los imaginarios sociales. Memorias y esperanzas colectivas*. Buenos Aires. Nueva Visión.
- Bleger, J. (1966). Psicoanálisis del encuadre psicoanalítico. *Revista de Psicoanálisis de la A.P.M.*, N° 31, 103-113.
- Bourdieu, P. (1985). El espacio social y génesis de las “clases”. *Espacios*, N° 2, 27-55.
- Breilh, J. (2003) *Epidemiología crítica: ciencia emancipadora e interculturalidad*. Buenos Aires. Ed Lugar Editorial.
- Burín, M. (2017). *A veinte años del Foro de Psicoanálisis y Género: mis aportes a la construcción de un campo complejo*. En Irene Meler. Compiladora. *Psicoanálisis y género*. Buenos Aires. Paidós.
- Butler, J. (2007). [1990] *El género en disputa. El feminismo y la subversión de la identidad*. Barcelona. Paidós.
- Buzzaqui, E. (1995). *En el campo grupal: grupo, tarea y coordinación*. En *Curso sobre trabajo grupal*, Servicios Sociales, Ayuntamiento de Madrid.
- Cano, A. (2012). La metodología de taller en los procesos de educación popular. *Revista Latinoamericana de Metodología de las Ciencias Sociales*. Facultad de Humanidades y Ciencias de la Educación. Universidad Nacional de La Plata. Buenos Aires.
- Carballeda, A. (2001). *La interdisciplina como diálogo. Una visión desde el campo de la salud*. Margen N°23.
- Castoriadis, C. (2013). *La institución imaginaria de la sociedad*. Barcelona. Tusquets Editores, S.A..
- Chombart De Lauwe, M.J. (1976). L'appropriation de l'espace par les enfants: processus de socialisation. En *Appropriation of Space*. 523-531. Ed Perla Korosec-Serfaty, Ciaco, Lovaina la Nueva.
- Dabas, E. (1993). *Red de Redes. Las prácticas de la intervención en redes sociales*. Buenos Aires. Paidós.
- Fernández, A.M. (2019). *La mujer de la Ilusión. Pactos y contratos entre hombres y mujeres*. Buenos Aires. Paidós.
- Ferrara, F. (1975). *En torno al concepto de salud*. *Revista de Salud Pública*. N° 8.
- Foucault, M. (1984). El juego de Michel Foucault. En *Sabery y verdad. Trad.* Julia Varela y Fernando Álvarez-Uría. Madrid. La Piqueta, 1991.
- García, D., Robles, C., Rojas, V., y Tonelli, A. (2008). *El trabajo con grupos. Aportes teóricos e instrumentales*. Buenos Aires. Espacio.
- Giusto, L. (2020). Intervenir la cuarentena (relato anecdótico y feminista). En *“El año de la peste”*. Buenos Aires. Topia.
- Green, A. (1983). *El lenguaje en el psicoanálisis*. Buenos Aires. Ed Amorrortu, 1995.
- Gutiérrez, G. (2003). *El Taller Reflexivo*. Medellín, Colombia. Universidad Pontificia Bolivariana.
- Lacan, J. (1958). La dirección de la cura y los principios de su poder. En *Escritos II*. México. Ed Siglo Siglo XXI.
- Laurell, A. C. (1986). *El estudio social del proceso salud-enfermedad en América Latina*. Cuadernos Médico Sociales N° 37, 3-18.

- Menéndez, E. (2010). *De sujetos, saberes y estructuras: Introducción al enfoque relacional en el estudio de la salud colectiva*. Buenos Aires. Ed Lugar.
- Míres, F. (1999). *La sociedad de redes (o las redes de la sociedad)*. CIESPAL, N° 67, 4-9.
- Montero, M. (2007). *Teoría y práctica de la psicología comunitaria. La tensión entre comunidad y sociedad*. Buenos Aires. Paidós.
- Ocampo Marín, L.F (2005). "De lo regional a lo territorial". VI Encuentro de Postgrados Iberoamericanos sobre Desarrollo y Políticas Territoriales "Construyendo Espacios para la colaboración regional". México.
- Pautassi, L. Faur, E. y Gerardi, N. (2006). El trabajo como derecho un análisis y género. En *La persistencia de la desigualdad Género trabajo y pobreza en América Latina*. Ecuador. Comanu.
- Pichon Riviere, E. (1978). *El proceso grupal: del psicoanálisis a la psicología social*. Buenos Aires. Editorial Nueva Visión.
- Pichon Riviere, E. (1989) Técnica de Observación en Grupos Operativos. En el *Curso de actualización perfeccionamiento docente*, Universidad Nacional del Nordeste, Argentina.
- Pizarro, R. (2001). *La vulnerabilidad social y sus desafíos: una mirada desde América Latina*. Santiago de Chile. Naciones Unidas.
- Powers, M. (1997). *How to program a virtual community*. Ziff-Davis Press. New York.
- Rheingold, Howard (1993). *The virtual community*. Addison-Wesley. Reading, USA.
- Sansot, P. (1976). Notes sur le concept d'appropriation. En *Appropriation of Space* 67-75. Ed. Perla Korosec-Serfaty, Ciaco, Lovaina la Nueva.
- Samaja, J. (2003). *Desafíos a la epidemiología (pasos para una epidemiología "Miltoniana")*. Revista Brasileira de Epidemiologia. Volumen 6, N° 2, 105-120.
- Tajer, D. (Compiladora) (2012). *Género y Salud. Las políticas en acción*. Buenos Aires. Lugar Editorial.
- Volnovich, J.C. (2020). La gran depresión. En *El año de la peste*. Buenos Aires. Topia.
- UNICEF. (1990). La Atención Primaria de la Salud. Documento de Alma Ata 1978. En *Revista de Atención Primaria de la Salud*. MSP. 11-12.

Fuentes Documentales

- Ley Básica de Salud de la Ciudad de Buenos Aires (153/99).
- Ley N° 26.485. Ley de protección integral a las mujeres. Argentina, 11/3/2009.
- Decreto N° 306/09: creación de los Centros de Primera Infancia.