

Diario Antropológico de la Pandemia por COVID-19

Relatos del trabajo en instituciones de salud,
noviembre de 2020

**Susana Margulies y María Guadalupe García
(Editoras)**

Gabriela Souto, Lorena Pratto, Jazmín Berenstein, Dana Gutman,
Claudia Teodori, María Laura Recoder, María Guadalupe García

Diario Antropológico de la Pandemia por COVID-19

Diario Antropológico de la Pandemia por COVID-19

Relatos del trabajo en instituciones de salud,
noviembre de 2020

Susana Margulies y María Guadalupe García (Editoras)

Gabriela Souto, Lorena Pratto, Jazmín Berenstein, Dana Gutman,
Claudia Teodori, María Laura Recoder, María Guadalupe García

Programa de Antropología y Salud, Sección de Antropología Social,
Instituto de Ciencias Antropológicas Antropológicas.
Facultad de Filosofía y Letras, Universidad de Buenos Aires



ISBN: 978-987-88-0080-6

Edición digital, Susana Margulies, mayo de 2021

Programa de Antropología y Salud, Instituto de Ciencias Antropológicas. Facultad de Filosofía y Letras,
Universidad de Buenos Aires



Esta obra está bajo una Licencia Creative Commons
Atribución-NoComercial 4.0 Internacional.

Margulies, Susana

Diario antropológico de la pandemia por COVID-19 : relatos del trabajo
en instituciones de salud, noviembre de 2020 / Susana Margulies ; María
Guadalupe García ; compilado por Susana Margulies ; María Guadalupe García.
- 1a ed compendiada. - Ciudad Autónoma de Buenos Aires : Susana Margulies,
2021.

Libro digital, PDF

Archivo Digital: descarga y online

ISBN 978-987-88-0080-6

1. Antropología Social. I. García, María Guadalupe. II. Título.

CDD 301.0982

Fecha de catalogación: 27/05/2021

Índice

Presentación	7
<i>Susana Margulies y María Guadalupe García</i>	
El Aislamiento Social Preventivo y Obligatorio en un instituto universitario de atención de afecciones respiratorias	11
<i>Gabriela Souto</i>	
La infección por COVID 19 y el aislamiento hospitalario como respuesta	29
<i>Lorena Pratto</i>	
Reflexiones sobre el trabajo antropológico en dispositivos territoriales de contención de la emergencia sanitaria	49
<i>Jazmín Berenstein y Dana Gutman</i>	
Continuidades y rupturas a la luz de la pandemia	63
<i>Enfoque desde un Centro de Salud</i>	
<i>Claudia Teodori</i>	
Problemas socio-sanitarios y producción de conocimiento antropológico en el contexto de la pandemia por COVID-19	77
Reflexiones desde la gestión	
<i>María Laura Recoder y María Guadalupe García</i>	
Autoras	87

Presentación

Susana Margulies y María Guadalupe García

Esta compilación integra las presentaciones efectuadas por integrantes e invitadas del equipo del Programa de Antropología y Salud de la Sección de Antropología Social en su reunión virtual del día 2 de noviembre de 2020.

Tras una actividad de discusión bibliográfica sobre epidemias realizada el mes anterior, se acordó compartir “entrecasa” experiencias en torno de la pandemia por COVID-19 de aquellas de nosotrxs que en el momento se desempeñaban (y desempeñan hoy) en espacios institucionales del sistema de salud. En el encuentro se presentaron relatos y reflexiones sobre las prácticas y las ocurrencias en distintos contextos: hospitales, centros de salud, el trabajo territorial y el nivel normativo.

En el cierre y tras el debate colectivo, evaluamos la conveniencia de editar estas presentaciones por la riqueza, la diversidad y los aprendizajes que se estaban haciendo y por el valor del registro de los procesos, los eventos, las dificultades y vicisitudes que se atravesaban en las respuestas a la epidemia.

Las presentaciones fueron desgrabadas, revisadas por las autoras y luego editadas. El resultado es la presente compilación.

Cabe destacar el contexto del encuentro, ocho meses después del diagnóstico del primer caso en la Argentina y en un

momento en que, en contraste con el actual agravamiento de la difusión de la enfermedad y las muertes, se registraba un número decreciente de afectadxs, se avanzaba en el desarrollo de vacunas y se anticipaban incluso “nuevas normalidades” y el horizonte de una “pospandemia” que el tiempo se encargó de rebatir.

Habían pasado ocho meses en que las certezas cotidianas se habían visto trastocadas a partir del enorme impacto de la nueva enfermedad. A fin de marzo se disponen al nivel nacional medidas de aislamiento, distanciamiento físico, uso de barbijos y desinfección, recursos que desde entonces se incorporan a nuestros esquemas de sociabilidad, a los intercambios cotidianos bajo certidumbres sin embargo cambiantes respecto de la transmisión y las precauciones a adoptar. Como en otras oportunidades de brotes y epidemias, se trató de respuestas frente a condiciones en gran parte desconocidas algunas de las cuales permanecen aún inciertas.

Frente a las altas tasas de infección y mortalidad y la amenaza de colapso de los servicios de salud rápidamente en los inicios se escalaron los cuidados hospitalarios de alta complejidad y se buscó fortalecer los sistemas de referencia y las articulaciones intersectoriales. La preparación de las respuestas hospitalarias implicó protocolos y flujogramas para la recepción y derivación de personas con síntomas, desplazando la atención de otros padecimientos y enfermedades. En mayo, apuntando al requerimiento de diagnosticar, aislar, tratar y detener la propagación de los casos, el Ministerio de Salud lanzó el DETECTAR, contribuyendo en muchos casos a una estrategia de colaboración entre las instituciones de salud y las redes y organizaciones barriales y sociales en particular en “barrios vulnerables”.

Los relatos que aquí se presentan son una ventana para captar la dinámica de este conjunto de procedimientos y protocolos, de aquello que éstos “hacen (e hicieron) hacer”, conectando,

mostrando y reflexionando las distintas facetas de estas respuestas en los distintos niveles e instituciones.

Mayo de 2021

El Aislamiento Social Preventivo y Obligatorio en un instituto universitario de atención de afecciones respiratorias

Gabriela Souto

Presento una descripción de mi experiencia como trabajadora del servicio social en un instituto universitario especializado en neumonología, parte del sistema público de salud de la Ciudad Autónoma de Buenos Aires, entre marzo y julio de 2020, es decir, durante los meses siguientes a la declaración de emergencia sanitaria y el Aislamiento Social Preventivo y Obligatorio (ASPO) debido a la pandemia por COVID-19 (declarada así por la OMS el 11 de marzo de 2020).

El Instituto Universitario de Tisioneumonología

El Instituto de Tisioneumonología depende de la Facultad de Medicina de la Universidad de Buenos Aires, se encuentra ubicado en la zona sur de la Ciudad Autónoma de Buenos Aires y comparte el predio con el Hospital de Infecciosas Dr. Francisco Muñiz. En esta institución se realiza atención a personas con diferentes afecciones respiratorias, también docencia (se cursan materias de los últimos años de la carrera de medicina) e investigación, especialmente biomédica.

Para la atención, el Instituto cuenta con consultorios externos de neumonología, un pabellón de internación, que dispone

de dos salas comunes destinadas a personas con diagnóstico de tuberculosis sensible¹ y dos salas de aislamiento, con siete habitaciones individuales para quienes padecen tuberculosis multirresistentes.² Además, cuenta con un laboratorio de bacteriología para diagnóstico de tuberculosis, un laboratorio de funcional respiratorio para estudios de capacidad pulmonar y un centro de rehabilitación pulmonar (kinesiología pulmonar).

En los consultorios externos se atienden diferentes afecciones respiratorias: tuberculosis, asma, epoc, fibrosis pulmonares, enfermedades pulmonares ocupacionales (aquellas producidas por la exposición a sustancias tóxicas en el ámbito de trabajo), entre otras.

El Instituto es un centro de referencia a nivel jurisdiccional e incluso nacional para la atención de diferentes tipos de tuberculosis (sensible, resistente y extremadamente resistente). Anualmente se inician, en promedio, 400 tratamientos para tuberculosis, que pueden extenderse entre seis meses (en casos de tuberculosis sensible) y dos años y medio o más (en casos de tuberculosis resistente).

Las personas se acercan desde diferentes lugares: la Ciudad Autónoma de Buenos Aires, el conurbano bonaerense (de municipios como La Matanza, Lomas de Zamora, Esteban Echeverría, Florencio Varela, Almirante Brown, Tigre, Escobar, Quilmes, entre otros). También se reciben derivaciones de otras provincias (como Tucumán, Mendoza, Entre Ríos, entre otras) e, incluso, de otros países de la región (Perú, Bolivia, entre otros).

1 La tuberculosis de tipo sensible es aquella que presenta sensibilidad a las drogas denominadas de primera línea (Isoniacida, Rifampicina, Etambutol y Pirazidamida) y es tratada con un esquema que combina dichas drogas.

2 La tuberculosis de tipo multirresistente es aquella que presenta resistencia a, por lo menos, dos drogas de primera línea (Isoniacida y Rifampicina). Un tipo poco común de tuberculosis multirresistente es la extremadamente resistente (XDR TB, sus siglas en inglés) que presenta resistencia a la Isoniacida y la Rifampicina así como a todas las fluoroquinolonas (Levofloxacina y Moxifloxacina) y a, por lo menos, uno de los tres inyectables de segunda línea (Amikacina, Kanamicina o Capreomicina).

En esta institución me desempeño en el área del servicio social que funciona, al mismo tiempo, como admisión. Debido a esto, en su equipo cuenta con administrativas y trabajadoras sociales. En este servicio se realizan tareas administrativas como la confección de historias clínicas, el ingreso y seguimiento de los pacientes en tratamiento de TBC, el ingreso y seguimiento de tratamientos de profilaxis para dicha enfermedad,³ entre otras.

Además, se realizan tareas a cargo de las trabajadoras sociales como la derivación de los pacientes hacia los municipios de residencia y el apoyo para la gestión de medicación en casos específicos.

No obstante, en la práctica cotidiana la mayoría de las actividades se articulan entre todas las trabajadoras del servicio salvo tareas puntuales que deben ser realizadas por las trabajadoras sociales, como la confección de informes sociales necesarios para la gestión de medicación.

Las respuestas institucionales durante los primeros meses del ASPO

Al decretarse la ASPO, la institución implementó una serie de medidas con el fin de dar continuidad al proceso de atención. Al tratarse de un instituto asistencial universitario, algunas medidas provenían de resoluciones tomadas por el Consejo Superior⁴ de la Universidad de Buenos Aires e informadas por el Rectorado mediante circulares. Otras fueron elaboradas por

3 La profilaxis o quimioprofilaxis es un tratamiento que se suministra a las personas que tuvieron o tienen contacto directo con los pacientes con diagnóstico de tuberculosis. Consiste en la toma diaria de una droga (Isoniacida) durante un mínimo de tres meses con el propósito de reducir las probabilidades de transmisión de dicha enfermedad.

4 A partir de lo recomendado por la Comisión Asesora sobre Temas de Prevención y Transmisión de Enfermedades Infectocontagiosas dependiente del Rectorado de la Universidad.

las autoridades de la institución, teniendo en cuenta los lineamientos de la OMS y las recomendaciones del Ministerio de Salud e informadas a partir de circulares y reuniones informativas con el personal. Además, el equipo de salud, en su práctica cotidiana, implementó diferentes recursos y medidas con el fin de dar respuesta a las necesidades y dificultades surgidas durante el proceso de atención.

A lo largo del ASPO, la implementación de diferentes medidas transformó las prácticas cotidianas y las formas de atención. Se modificaron los procesos de trabajo, tanto la conformación de los equipos como la asignación de tareas, se estableció el uso de diferentes elementos de seguridad personal, se realizaron cambios en la distribución y el uso de los diferentes espacios institucionales. En la institución se priorizó el tratamiento de las personas con diagnóstico de tuberculosis para lo cual se reorganizó el circuito de atención y se buscó garantizar el abastecimiento de la medicación antituberculosa. También, en el día a día de la atención, se fueron dando distintas respuestas, mayormente de carácter informal, a las inquietudes y las dificultades que planteaban las personas al acercarse a la institución o al comunicarse telefónicamente.

Reorganización de los equipos y el plantel

En primer lugar, a partir de la Resolución número 345, EXP-UBA 13300/2020, fechada el 15 de marzo de 2020, la universidad otorgó licencia especial con goce íntegro de haberes a los trabajadores que, por algún motivo, se encontraban dentro de los denominados “grupos de riesgo” o “poblaciones vulnerables” (mayores de 60 años, embarazadas o personas que padecían enfermedades como afecciones respiratorias crónicas, cardíacas, diabetes, obesidad mórbida, inmunodeficiencias, insuficiencias renales, entre otras.) Por lo tanto, parte del equipo de salud de la institución ingresó en licencia especial, se produjo

una disminución del personal disponible lo cual llevó a una reorganización y reasignación de tareas al interior de los diferentes servicios.

Luego, el 12 de abril, mediante la Resolución número REREC-2020-428-E-UBA-REC, la Universidad de Buenos Aires dispuso el cierre de todas sus dependencias. No obstante, en dicha resolución quedan exceptuados la dirección de Obra Social, los hospitales e institutos asistenciales, estableciendo que sus autoridades debían garantizar la prestación del servicio procurando reducir al máximo la presencia del personal. Las autoridades del Instituto decidieron entonces establecer un sistema de dos cohortes con rotación semanal.⁵ El equipo de salud se dividió en dos grupos con rotación semanal con el propósito de minimizar el contacto de los/as trabajadores/as en los diferentes servicios vinculados al circuito de atención.

Elementos de protección personal

Con anterioridad a la declaración de pandemia, durante el mes de febrero, en la institución se habían realizado charlas destinadas a todo el personal de salud, con el fin de brindar información sobre COVID-19. En primer lugar, se realizó una charla informativa sobre “la atención del COVID-19 en el mundo”⁶ llevada a cabo por una médica terapeuta y una emergentóloga. En dicha charla, se informó sobre las características de la enfermedad, los tratamientos disponibles y la situación de la epidemia en diferentes países. Luego, la dirección del Instituto organizó una reunión donde se planteó la importancia del uso de los diferentes elementos de protección.

5 El sistema de cohortes con rotación semanal fue implementado en los equipos de salud de los CesSAC/CEMAR pertenecientes al Gobierno de la Ciudad de Buenos Aires durante el ASPO (mediante la Resolución Número NO-2020-11812020-GCABA-SSAPAC, del 17 de abril del 2020).

6 Esta charla fue organizada de manera conjunta entre la dirección del instituto y el Hospital Muñiz.

En la charla se plantearon temas como el uso del barbijo,⁷ la importancia del aseo de manos, la manipulación de los diferentes residuos patológicos, entre otros.

Durante el ASPO, además de la utilización del barbijo n95, se estableció la obligatoriedad del uso de otros elementos de protección como: antiparras, máscara, guantes y camisolín para todo el personal que tenía contacto directo con pacientes. Estos elementos eran abastecidos por el Instituto⁸ y en algunos casos, a través de donaciones de laboratorios o de particulares (sobre todo máscaras y antiparras).

Los espacios

El uso del pabellón de internación se cedió al Hospital Muñiz para atención exclusiva de COVID-19 y los pacientes internados por tuberculosis fueron trasladados a otras salas del mismo hospital. El pabellón se refaccionó, se reacondicionaron las dos salas de internación comunes, se habilitaron dos salas que se encontraban en desuso, se adecuaron los pasillos que rodean las salas para, eventualmente, agregar camas de internación⁹ (se pasó de una capacidad de 50 a 136 camas, con posibilidad de expandir a 264). Las salas contaban con máscaras de oxígeno o cánulas nasales pero no con respiradores. Por lo tanto, las personas que presentaban formas graves de COVID-19 eran

7 Al ser un instituto de atención de tuberculosis (enfermedad que se transmite a partir de las gotas de flugge que expulsa la persona enferma cuando habla, estornuda o tose y que quedan varias horas suspendidas en el aire) siempre se utilizó el barbijo como elemento de protección personal. En el caso de los pacientes tenían a su disposición barbijos quirúrgicos que podían solicitar en el servicio social al ingresar en la institución.

8 Los insumos eran obtenidos a través de compras a cargo de la Universidad o mediante acuerdos con el Hospital Muñiz que, al tratarse de un hospital municipal, es abastecido por el Gobierno de la Ciudad de Buenos Aires.

9 Se realizaron refacciones en los pasillos (cuatro en la planta baja y cuatro en el primer piso) con el propósito de poder habilitar 17 camas por pasillo, en caso de ser desbordada la capacidad de las salas de internación.

trasladadas a las salas de terapia intensiva del hospital (cuatro de adultos y una de niños).

Para la atención exclusiva de COVID-19 se instaló, en el predio del hospital pero con entrada directa desde la calle, una Unidad de Febriles de Urgencia (UFU).¹⁰ En esta unidad se recibía a las personas febriles o consideradas “casos sospechosos” y, de ser necesario, se realizaba el hisopado. La muestra se procesaba en el Laboratorio del hospital y las personas podían aguardar el resultado del hisopado en una “sala de aislamiento”¹¹ contigua a la UFU.

El espacio hospitalario destinado a la atención de los consultorios externos fue modificado en cuanto a su uso y distribución. Por un lado, se agregó una sala de espera a las dos en funcionamiento, reacondicionando un pasillo que conecta las dos entradas a la institución y en donde se registra mayor circulación de aire. Por otro lado, se modificó el uso de la sala de espera pediátrica. Con anterioridad a la pandemia, dicha sala, funcionaba como espacio lúdico ya que había un pizarrón, un cajón con libros y juguetes (que la neumóloga infantil sacaba del consultorio antes de comenzar la atención) y un televisor que transmitía películas y dibujos animados. Al comenzar el ASPO, todas estas actividades fueron suspendidas y esta sala fue poco utilizada. Las familias optaban por esperar su turno en el pasillo central, cerca de la puerta que comunicaba al patio interno ya que, este lugar, era cercano a los consultorios de pediatría (se podía escuchar si la médica llamaba a un paciente) y los niños/as podían aguardar su turno al aire libre.

10 Las Unidades Febriles de Urgencia fueron instaladas en algunas instituciones sanitarias con el propósito de crear un circuito cerrado de atención para pacientes considerados “casos sospechosos” de Covid-19 y así intentar evitar la saturación de las guardias. En la UFU se realizan los hisopados y, en caso de dar positivo, se articula con internación o con los diferentes centros de aislamiento, de acuerdo con cada caso en particular.

11 Al lado de la UFU se instaló un container que se dividió en módulos y funcionaba como “sala de aislamiento” para aguardar el resultado del hisopado.

La atención en consultorios externos

En lo referido a la atención, se suspendió la actividad de los consultorios de todas las afecciones pulmonares a excepción de tuberculosis y asma. La razón esgrimida para dicha suspensión fue la “peligrosidad” del espacio hospitalario y la necesidad que las personas con afecciones pulmonares consideradas “de riesgo” permanecieran en sus domicilios o se atendieran en centros de salud cercanos a sus hogares.

Otro de los motivos fue la necesidad de liberar el ámbito hospitalario de la atención de otras afecciones para volcarse a los “casos sospechosos” de COVID-19. No obstante, en la institución no se atendió coronavirus y los denominados “casos sospechosos” se derivaron, en un primer momento, a la guardia del Hospital Muñiz y, posteriormente, a la Unidad de Febriles de Urgencia (UFU).

La forma de acceder a la atención para las personas que presentaban otras afecciones, diferentes a asma y tuberculosis, fue la comunicación telefónica con el personal de salud. El propósito era informar la medicación utilizada para la confección de recetas y su posterior envío por whatsapp. Se argumentaba que la farmacia de la institución sólo contaba con medicación para tuberculosis. Sin embargo, algunos pacientes comentaron que recibían medicación en la institución, ya sea en el consultorio o en la farmacia (sobre todo las muestras gratis que entregan los laboratorios). Al no poder acceder a la atención, estas personas se encontraban sin la posibilidad de obtener las drogas necesarias para dar continuidad a sus tratamientos con medicamentos de alto valor económico.

Durante la pandemia, la OMS declaró a la tuberculosis como una “condición de riesgo” para el desarrollo de formas graves de COVID-19 y estableció una serie de recomendaciones para la atención de la enfermedad. Se propusieron estrategias tendientes a garantizar la continuidad de los servicios esenciales

encargados de la prevención, el diagnóstico y el tratamiento de tuberculosis, por un lado.¹² Por el otro, realizar tratamientos descentralizados y ambulatorios, priorizando el acceso a través de modelos comunitarios con el fin de minimizar el contacto con los establecimientos hospitalarios.¹³

De esta manera, teniendo en cuenta las recomendaciones de dicho organismo, uno de los objetivos que se planteó el equipo de salud fue minimizar el tiempo de estadía de las personas en la institución. Así se estableció la atención por demanda espontánea para las personas con diagnóstico de tuberculosis. Con el fin de garantizar que se pudieran realizar, en el mismo día, los estudios necesarios (placa de tórax, análisis de sangre y, de ser necesario, baciloscopia,¹⁴ etc.), la consulta médica y el retiro de medicación. Para esto fue necesario una reorganización del proceso de trabajo, mediante la coordinación y la articulación de las tareas entre los diferentes servicios que formaban parte del circuito de atención de tuberculosis.

Otra recomendación que se intentó implementar fue la derivación de las personas en tratamiento a los centros de salud cercanos a su domicilio. Para realizar dicha derivación era necesario que el centro de salud contara con equipo capacitado en

12 La OMS publicó un artículo llamado "Tuberculosis y Covid-19: lo que el personal de salud y las autoridades deben saber" en el cual plantea la importancia de la continuidad de la atención en tuberculosis ya que, la reducción en la atención, la falta de medicación y la interrupción de los tratamientos pueden resultar potencialmente mortales. Toma como antecedente, lo ocurrido en 2015 en Guinea, uno de los países que se encontró en el epicentro de la epidemia de Ébola, donde la reducción de los servicios de salud condujo a una disminución del 53% en el diagnóstico de tuberculosis y a la duplicación de la tasa de mortalidad por efectos directos o indirectos de esta enfermedad en los servicios de salud.

13 Tuberculosis y COVID 19: lo que el personal de salud y las autoridades deben saber. OMS/OPS. Disponible en https://www.paho.org/hq/index.php?option=com_content&view=article&id=15759:tuberculosis-and-covid-19-what-health-workers-and-authorities-need-to-know&Itemid=1926&lang=es.onas

14 La baciloscopia es una prueba de laboratorio utilizada para detectar bacilos en una muestra determinada. En este caso, mediante una muestra de esputo se busca determinar la presencia del bacilo de Koch, agente causante de la tuberculosis.

tuberculosis y dispusiera de medicación antituberculosa. Sin embargo, estos requisitos muchas veces no se podían garantizar. Sumado a esto, hay que tener en cuenta la dificultad que supone, en esta situación de emergencia, comunicarse y articular con los centros de salud, la mayoría, con poco personal y abocados a la atención del COVID-19.

Las derivaciones que se llevaron a cabo fueron realizadas a partir de contactos personales de algún miembro del equipo de salud con trabajadores de los centros de atención primaria y no a través de un sistema de referencia y contra-referencia del circuito formal de derivación. Cabe mencionar que para las derivaciones que se pudieron efectivizar, fue de gran utilidad que una de las trabajadoras sociales de la institución participara activamente en la red de trabajadoras sociales en tuberculosis de CABA (que incluye también trabajadoras del conurbano). A través de ella se pudo conocer qué centros de salud atendían tuberculosis y a cuáles podía recurrirse.

Paulatinamente, a mediados de junio, empezaron a reabrirse los servicios que habían sido suspendidos. Además, comenzaron a acercarse a la institución personas que habían padecido COVID-19 y presentaban secuelas, tanto leves como severas. Estas personas expresaban la carga emocional que les generaba el hecho de padecer secuelas de una enfermedad desconocida y la incertidumbre que les provocaba el no saber si iban a “volver a tener una vida normal”. No obstante, a pesar de la reapertura de los servicios y de la atención a personas que habían padecido COVID-19 no fueron muchos quienes se acercaron a la institución para su atención.

La medicación

El Programa Nacional de Control de Tuberculosis y Lepra del Ministerio de Salud de la Nación realiza compras de medicación y establece los lineamientos generales para los

tratamientos y la atención de la tuberculosis en las distintas jurisdicciones. Por lo general, estos lineamientos replican las recomendaciones de la OMS y, como se planteó anteriormente, promueven la reducción al máximo de la atención en los hospitales a partir de la articulación con efectores del primer nivel de atención para la continuidad de los tratamientos de tuberculosis. Para hacer operativa la descentralización, el Programa Nacional, busca garantizar la entrega de la medicación en todo el país y en todos los niveles de atención. Con este propósito, recomienda que todas las instituciones de atención de tuberculosis realicen la notificación de casos en el SISA¹⁵ (sistema informático del Ministerio de Salud a través del cual se notifican los casos de tuberculosis) en el menor tiempo posible, para poder centralizar la información sobre los tratamientos y los esquemas de medicación necesarios.

Con el fin de facilitar el acceso a la medicación antituberculosa en el contexto del ASPO, la farmacia del Instituto¹⁶ comenzó a entregar dosis por el doble de tiempo del habitual (se pasó de 15 días a un mes y luego de un mes a dos meses) para evitar que las personas tuvieran que movilizarse. No obstante, esta medida se tomó pensando que el aislamiento iba a durar poco tiempo, por lo cual, al extenderse la cuarentena, comenzó a haber faltantes de algunas drogas. Con el fin de evitar el desabastecimiento, sobre todo de drogas de segunda línea,¹⁷

15 La tuberculosis es una enfermedad de notificación obligatoria. Los casos son notificados al Ministerio de Salud por medio del Sistema Nacional de Vigilancia de la Salud (SNVS 2.0) que se encuentra dentro del Sistema Integrado de Información Sanitaria Argentino (SISA). En el SNVS 2.0 se notifica la información clínica, el laboratorio y la epidemiología de cada uno de los casos y centraliza los datos de todas las jurisdicciones del territorio nacional.

16 Debido a la cantidad de personas que atiende (se inician en promedio 400 tratamientos) y al tratarse de una institución universitaria que no pertenece al Ministerio de Salud, recibe la medicación directamente del Programa Nacional de Control de Tuberculosis y Lepra.

17 Las drogas de segunda línea son: Levofloxacina, Moxifloxacina, Amikacina, Capreomicina, Cicloserina, Pas, Claritromicina, Linezolid, Clofazimina, entre otras.

se comenzó a realizar pedidos extraordinarios al Programa Nacional, al Programa de la Ciudad de Buenos Aires¹⁸ y a la Provincia de Buenos Aires. Durante el ASPO, algunos faltantes de drogas antituberculosas se cubrieron con refuerzos enviados por Programa Nacional y con préstamos realizados desde el Programa de la Ciudad de Buenos Aires. No obstante, hubo drogas que no se consiguieron (como la Ciclocerina) y los médicos/as debieron reacomodar los esquemas de tratamientos a las drogas disponibles.

Estas dificultades en la distribución y entrega de medicación afectaron el abastecimiento de centros de salud y otras instituciones provocando faltantes de drogas antituberculosas en sus farmacias. En este contexto, el sistema de salud privado y de la seguridad social comenzaron a derivar a sus pacientes con diagnóstico de tuberculosis a los hospitales públicos para que continuaran allí sus tratamientos. Las personas se acercaban al Instituto con las hojas de derivación de clínicas privadas y comentaban que habían recorrido varios hospitales, “salitas” y hasta farmacias particulares, en busca de medicación que no habían podido conseguir. El ingreso de estas personas provocó un aumento en la cantidad de tratamientos y de medicación antituberculosa necesaria. Como la farmacia no contaba con sobrantes para cubrir este aumento de tratamientos, se utilizaron las drogas que estaban asignadas a pacientes que, por algún motivo, habían dejado de asistir a la institución. Mientras tanto se notificaba en el SISA de estas derivaciones para que el Programa Nacional, comenzara a abastecer a la institución de las drogas antituberculosas necesarias para garantizar la continuidad de todos los tratamientos.

18 El Programa de Tuberculosis de Ciudad de Buenos Aires posee fabricación propia de algunas drogas antituberculosas: Isoniacida, Rifampicina, Etambutol, Pirazinamida y PAS.

La atención remota

Durante los primeros meses del ASPO, se registró una notoria reducción de las personas que se acercaban a la institución. Los inicios de tratamiento de tuberculosis se redujeron a la mitad y hubo una pérdida de seguimiento del 30% de las personas que ya se encontraban en tratamiento, la mayoría residentes en la provincia de Buenos Aires.

Las personas comenzaron a comunicarse vía telefónica ya sea para realizar preguntas sobre la atención, hablar con el personal de salud o comentar situaciones personales. Los teléfonos del servicio social (que son tres) sonaban permanentemente ya que todos los llamados de los pacientes eran transferidos allí. Muchos planteaban el temor de acercarse al hospital por el “miedo al contagio” y por considerar al espacio hospitalario un “lugar peligroso”.

En las consultas telefónicas, las personas planteaban dificultades para acceder a la institución. Comentaban lo problemático que era viajar, sobre todo atravesar los accesos a la ciudad de Buenos Aires porque la policía les pedía un permiso de circulación y, como no lo poseían, los hacían regresar a sus domicilios (hay que tener en cuenta que en los primeros momentos los permisos no contemplaban las consultas médicas). Además, mencionaban la dificultad de acercarse a la institución a causa de tener familiares a cargo, sobre todo niños/as que no estaban asistiendo a las escuelas. Otra problemática provenía de aquellas personas que no poseían documento argentino o tenían la “precaria”¹⁹ y comentaban el temor que les provocaba circular por la calle porque había “mucho policía”. En las conversaciones surgía la idea de “ilegal” o de “delito”

19 La “precaria” hace referencia al Certificado de Residencia Precaria que otorga la Dirección Nacional de Migraciones a aquella persona extranjera al momento de iniciar el trámite para una residencia (temporal o permanente). Este certificado, si bien tiene vencimiento, se renueva y se utiliza hasta la finalización dicho trámite.

por no tener documentación argentina y el temor a una posible “deportación”.

En las comunicaciones telefónicas surgían con frecuencia las dificultades económicas que traía aparejado el ASPO, sobre todo, para quienes se encontraban en el mercado de trabajo informal (a los efectos, la mayoría de los pacientes). Se refería la falta de ingresos para costear el viaje y la imposibilidad de usar la tarjeta SUBE (el transporte público era sólo para trabajadores considerados “esenciales”).

Posteriormente, se presentó el problema del acceso a la atención de aquellas personas que se encontraban en tratamiento y residían en barrios donde, debido a “brotos”, se había restringido la movilidad (Barrio Itatí del municipio de Quilmes, Villa 31 de la ciudad de Buenos Aires). También de quienes deseaban continuar el tratamiento para tuberculosis y no podían movilizarse porque estaban en aislamiento por ser “contacto estrecho” de alguien con COVID-19 o por estar cursando esta enfermedad. Ante esta situación, el equipo de salud decidió entregar medicación a familiares, amigos/as, vecinos/as, que se pudieran acercar a la institución, por el tiempo que durara el aislamiento.

Uno de los recursos implementados por el personal de salud, teniendo en cuenta las consultas y dificultades que surgían en las comunicaciones telefónicas, fue la confección de un permiso de circulación “casero” que, si bien no tenía validez oficial, podía ser presentado en los controles policiales. El permiso fue confeccionado en papel, completado con los datos de la persona (nombre, apellido y DNI o Cédula de Identidad, si era extranjero y no poseía documento argentino), se le sacaba una foto y se enviaba, vía whatsapp, mediante los teléfonos personales de las trabajadoras del servicio social. Este permiso resultó efectivo ya que muchas personas informaron que se les habían permitido el ingreso a la ciudad presentando esa foto. Con el paso del tiempo, esta medida se fue institucionalizando:

el área de sistemas del Instituto confeccionó un permiso a partir de un PDF que se completaba en la computadora y era enviado por whatsapp web con un teléfono que cedió la institución. No obstante, en un primer momento del ASPO, el uso de los teléfonos personales de las trabajadoras del servicio fue de vital importancia para el envío de los permisos, de recetas para medicación y, posteriormente, de recetas de vacunación (para gripe o para neumonía). Además, como el número quedaba registrado en la memoria en los celulares de los pacientes, se fue convirtiendo también en un recurso para consultas.

A modo de cierre

Al decretarse la emergencia sanitaria y posteriormente el ASPO, la institución implementó una serie de medidas con el fin de dar continuidad al proceso de atención. Como centro asistencial universitario las medidas surgieron de resoluciones del Rectorado de la Universidad, de las autoridades de la institución. También se desarrollaron a partir de recursos puestos en juego por el personal de salud surgidos de la práctica cotidiana de atención.

Una de las primeras medidas en implementarse fue la conformación y la organización de los equipos. Mediante resolución del Rectorado se licenció a las personas consideradas pertenecientes a “grupos de riesgo” y “población vulnerable” lo cual provocó una disminución en el personal de salud disponible. Esto llevó a una reorganización de los diferentes servicios para garantizar la continuidad en la atención.

En el proceso de conformación y reasignación de tareas, las autoridades de la institución decidieron implementar un sistema de dos cohortes con rotación semanal. El equipo de salud se dividió en dos grupos con el propósito de minimizar el contacto de los/as trabajadores/as en los diferentes servicios.

Además, se estableció la obligatoriedad del uso de elementos de protección personal (algunos de uso habitual en la institución) como barbijo n95, antiparras, máscara y camisolín para todo personal que tuviera contacto directo con los pacientes con capacitación previa.

Además, se realizaron cambios en la distribución y el uso del espacio hospitalario. El pabellón de internación fue cedido al Hospital Muñiz para uso exclusivo de pacientes con COVID. Para la atención ambulatoria se instaló, en el predio del hospital, pero con entrada directa desde la calle, una Unidad de Febriles de Urgencia. En esta unidad se efectuaba la recepción de personas febriles o consideradas “casos sospechosos” de coronavirus y, de ser necesario, se realizaba el hisopado. En los consultorios externos se produjeron cambios en la distribución y uso del espacio, se agregó una nueva sala de espera para adultos y en la sala de pediatría dejó de funcionar el lugar de juegos.

En lo referido a la atención, se suspendió la actividad de los consultorios de todas las afecciones pulmonares a excepción de tuberculosis y asma, dada la importancia de que personas consideradas “de riesgo” se quedaran en sus domicilios o se atendieran en lugares cercanos a sus domicilios y la necesidad de liberar el espacio hospitalario para la atención de COVID-19. Sin embargo, los casos considerados “sospechosos” no se atendieron en el Intituto y fueron derivados a la UFU.

En la institución se priorizó la atención de tuberculosis y, siguiendo las recomendaciones de la OMS, se trabajó con la demanda espontánea y un esquema de estadía mínima de los pacientes. Para esto, fue necesario una reorganización de los procesos de trabajo, mediante la coordinación y la articulación de las tareas entre los diferentes servicios del circuito de atención de tuberculosis. También siguiendo las recomendaciones de la OMS, se procedió a la derivación de las personas con tratamiento de tuberculosis a los centros de salud cercanos a sus domicilios. La dificultad de comunicación y articulación con

los centros de salud (que funcionaban en emergencia sanitaria, con poco personal y abocados a la atención de COVID) provocó que sólo se pudieran efectivizar las derivaciones realizadas por medio de contactos personales entre los trabajadores de salud.

Con respecto a la medicación, se apeló a recursos formales e informales. Frente al problema de accesibilidad durante el ASPO, la farmacia del Instituto comenzó a entregar medicación por el doble del tiempo habitual. Para evitar el desabastecimiento, debido a la extensión del período de cuarentena y a la llegada de personas derivadas de clínicas privadas, se realizaron pedidos de medicación al Programa de la Ciudad de Buenos Aires y de refuerzos al Programa Nacional de Control de Tuberculosis y Lepra. No obstante, no pudieron conseguirse todas las drogas y los médicos/as debieron reacomodar los esquemas de tratamientos a los medicamentos disponibles.

En la práctica cotidiana se procuró la resolución de los problemas de acceso a través de comunicaciones telefónicas (atención remota). En ellas se evidenciaron las múltiples dificultades para acercarse a la institución: falta de permisos de circulación, problemas con el transporte público, dificultades económicas siendo la mayoría de los pacientes trabajadores del mercado informal, imposibilidad de ausentarse del hogar por tener familiares a cargo, entre otros. Se refirieron “miedos” por no tener documento argentino o porque en la calle “había mucha policía”.

Teniendo en cuenta las consultas y dificultades que surgieron en las comunicaciones telefónicas, el personal de salud ideó un permiso de circulación “casero” que los pacientes presentaron con éxito en los controles policiales. Además modificó los requisitos para la entrega de medicación autorizando a familiares, amigos o vecinos.

Durante los primeros momentos de emergencia sanitaria, se registró un constante proceso de ajuste y reajuste de las prácticas y de muchas rutinas. Los cambios en las prácticas cotidianas

se realizaron a partir de la implementación de medidas de bioseguridad y de acciones adecuadas a las recomendaciones de la OMS para la atención de tuberculosis. Esos cambios también surgieron de iniciativas, recursos y la creatividad del personal de salud con el propósito de responder a los múltiples problemas de atención y accesibilidad de las personas. Estos cambios lograron resultados más o menos exitosos aun cuando permanecieron sin abordar las deficiencias previas del sistema de salud. Durante el ASPO, éstas no sólo persistieron sino que se agravaron y sumaron nuevas barreras de accesibilidad al sistema: dificultades para movilizarse hasta los centros de salud, dificultades económicas por la imposibilidad de trabajar, entre otras.

Revisado en marzo de 2021

Fuentes

Tuberculosis y COVID 19: lo que el personal de salud y las autoridades deben saber. OMS/OPS. Disponible en

https://www.paho.org/hq/index.php?option=com_content&view=ararticle&id=15759:tuberculosis-and-covid-19-what-health-workers-and-authorities-need-to-know&Itemid=1926&lang=es.onas

Reducción del equipo de salud de los CeSAC/CEMAR ante la pandemia COVID-19. Resolución Número NO-2020-11812020-GCABA-SSAPAC. Gobierno de la Ciudad de Buenos Aires. 17 de abril de 2020

Resolución Número 345, EXP-UBA 13300/2020. Rectorado de la Universidad de Buenos Aires. 15 de marzo de 2020.

Resolución Número REREC-2020-428-E-UBA-REC. Rectorado de la Universidad de Buenos Aires. 12 de abril de 2020.

La infección por COVID 19 y el aislamiento hospitalario como respuesta

Lorena Pratto

Esta presentación tiene por objetivo compartir algunas pinceladas sobre el aislamiento hospitalario como respuesta sociosanitaria a la infección por COVID 19, a partir de la intervención desarrollada desde el Servicio Social de un hospital público de la Ciudad Autónoma de Buenos Aires durante el año 2020. El propósito es aportar algunas reflexiones sobre las formas concretas que dicho aislamiento asume en el terreno, y su impacto en la configuración de las experiencias de determinados sujetos y grupos.

Rosenberg (1992 en Keck y otros, 2019)¹ sostiene que, dada su naturaleza episódica y excepcional, las epidemias constituyen una crisis en tiempo real que obliga a una respuesta inmediata. Esta respuesta refleja una particular configuración de formas institucionales y de supuestos culturales. Siguiendo a Keck y otros, uno de los puntos de atención clave en el estudio antropológico de las epidemias está constituido por el análisis de las tecnologías y la materialidad de la respuesta. Precisamente, este análisis puede aportar pistas para comprender las formas que la epidemia asume en distintos espacios sociales y los

¹ Keck, Frédéric; Kelly, Ann; Lynteris Christos (2019). Introduction: the Anthropology of Epidemics. En: *The Anthropology of Epidemics*, pp. 1-24, Londres y Nuevas York: Routledge.

desiguales modos en que es encarnada por diversos conjuntos sociales. En esta perspectiva, nuestra intención es hacer visibles algunas problemáticas que emergen en el contexto del aislamiento hospitalario como respuesta a la infección por COVID 19 y que ponen a la luz diversas materialidades de la epidemia.

De acuerdo con los protocolos desarrollados por el Ministerio de Salud de la CABA durante el año 2020, las personas que obtuvieran diagnóstico positivo de COVID 19 debían realizar aislamiento, pudiendo ser éste extrahospitalario u hospitalario. El aislamiento extrahospitalario fue establecido para aquellas personas mayores de dos años (modificado luego a 12 meses de vida) y menores de 75, que presentaran cuadros leves de la enfermedad y no sufrieran comorbilidades. Cabe señalar que los protocolos de manejo de casos sospechosos y confirmados de COVID 19 de la CABA se modificaron en reiteradas ocasiones a lo largo del año 2020, contándose alrededor de 40 versiones. Así, los criterios para la realización del aislamiento variaron a lo largo de los sucesivos meses.

El aislamiento extrahospitalario podía ser realizado en el propio domicilio, siempre y cuando el mismo contara con determinadas condiciones habitacionales.² De lo contrario, debía cumplirse en hoteles destinados a tal fin por el Gobierno de la Ciudad de Buenos Aires. Por otra parte, se estableció la realización de aislamiento hospitalario para aquellas personas que presentaran cuadros moderados o graves y para niños/as

2 "Podrá considerarse el aislamiento en domicilio de los casos confirmados leves siempre que se cumplan las siguientes condiciones: habitación de uso individual con puerta y ventilación adecuada directa al exterior, conexión a agua potable en el interior de la vivienda y baño de uso exclusivo del paciente o con la posibilidad de limpieza luego de casa uso; lavarropas dentro de la vivienda; acceso a sistema de recolección de residuos; posea teléfono que garantice la comunicación permanente con el equipo de salud; sea capaz de comprender y cumplir de forma correcta y consistente con las medidas básicas de higiene, prevención y control de la infección; no conviva con personas de 65 años, o más y/o personas con factores de riesgo (...); no viva en barrios vulnerables o viviendas colectivas-multifamiliares." Protocolo de manejo de casos sospechosos y confirmados de COVID-19, versión 39, 3 de agosto de 2020.

menores de 2 años, adultos/as mayores de 75 y todas aquellas personas que sufrieran comorbilidades, aunque presentaran cuadros leves de la enfermedad. Eventualmente, el aislamiento hospitalario podía incluir a familias con “discrepancia diagnóstica”, es decir, cuyos miembros presentaran cuadros diferenciales entre sí. Como veremos más adelante, estos casos incluyeron mayoritariamente a mujeres con diagnóstico positivo internadas con varios/as hijos/as con diagnósticos diferenciales (positivos o negativos) que debían permanecer en el hospital por no contar con otras personas que asumieran su cuidado ante a la internación de los/as adultos/as. Tanto en el caso del aislamiento en hoteles como en hospitales, se instituyó una duración del mismo de entre siete y diez días.³

El hospital en el cual trabajo está localizado al suroeste de la Ciudad de Buenos Aires. Su área programática es una de las más extensas y pobres de la ciudad, e incluye una cantidad significativa de villas de emergencia y asentamientos. Es, en efecto, el hospital de referencia de una de las villas epicentro del “pico de casos” de COVID 19 acaecido en los meses de mayo/junio de 2020 en los llamados “barrios vulnerables”. Las condiciones habitacionales de gran parte de la población se caracterizan por la precariedad edilicia, la carencia de servicios básicos y el hacinamiento, lo que torna imposible la realización del aislamiento en el propio domicilio, de acuerdo con las definiciones de los protocolos. Para esta población, entonces, la confirmación del diagnóstico de COVID 19 implica

3 En aquellos/as pacientes con formas leves o asintomáticas de la enfermedad “se tendrá en cuenta para la valoración de su egreso que se encuentren, al menos en el 7º día desde el inicio de los síntomas y 48 hs. consecutivas de apirexia indicándoseles el uso de tapabocas, pautas de aislamiento vigentes para toda la comunidad y fortalecimiento de las medidas de higiene, hasta completar los 10 días desde la fecha de comienzo de los síntomas (...) En aquellos casos (...) en los que no se puedan dar las condiciones de distanciamiento físico en su hogar, podrá indicárseles la externación luego de 10 días desde la fecha de aislamiento institucional (hospitalario o extrahospitalario)...” Protocolo de indicaciones de alta para pacientes confirmados COVID 19, 2020.

irremediablemente su ingreso y permanencia en una institución (hospitalaria o extra hospitalaria).

El hospital y la declaración de la Emergencia Sanitaria

A partir de la declaración de la Emergencia Sanitaria en el mes de marzo de 2020, se reestructuró el funcionamiento hospitalario. Gradualmente, se re-funcionalizaron diversas salas de internación para convertirse en “salas de aislamiento COVID”. Entre mayo y septiembre, de las cuatro salas destinadas habitualmente a la internación de clínica médica solo dos permanecieron como tal y las otras dos se convirtieron en “salas COVID”. Las dos salas de internación de traumatología también se convirtieron en “salas COVID”. La unidad de cuidados intermedios se convirtió en la “terapia intensiva COVID” y la terapia intensiva en la “terapia intensiva no COVID”. Es decir, se amplió la oferta de camas para “pacientes COVID” a partir de la reducción de camas para “pacientes no COVID”. Cabe preguntarnos qué sucedió con las personas que requerían internación “no COVID” durante estos meses: de acuerdo con los relatos de colegas y de usuarios/as del hospital, el acceso a la guardia —una de las principales puertas de entrada a la internación, de por sí problemática— se tornó especialmente expulsivo. La respuesta sanitaria a la pandemia, podemos pensar, se construyó en primer lugar a partir de las restricciones en la atención “no COVID” y, por ende, en detrimento de otras necesidades de salud.

La atención ambulatoria en los consultorios externos también se vio fuertemente limitada: por un lado por el otorgamiento de licencias para personal englobado en los llamados “grupos de riesgo”, lo cual impactó significativamente en la cantidad de médicos/as disponibles. Por otro, por la reubicación de una parte de los/as profesionales de consultorios

externos en las Unidades Febriles de Urgencia (UFU),⁴ que limitó aun más el número de médicos/as en el sector. Finalmente, por una decisión institucional de restringir al máximo posible la circulación por el hospital, priorizando la atención de “pacientes COVID”.

En el Servicio Social en el que trabajo se vivieron días de incertidumbre, sobre todo en el mes de abril. Experimentamos una notoria caída en nuestro trabajo habitual (por el cierre de salas de clínica médica y traumatología, por ejemplo, hubo una importante baja en las interconsultas al Servicio, al igual que en la atención de demanda espontánea por la menor circulación de personas por el hospital) y hubo días en los que, prácticamente, estuvimos “sin tarea”. En ese marco, fuimos convocadas a una capacitación sobre “triage”⁵ y las circunstancias parecían indicar que seríamos destinadas a cumplir esa tarea en la UFU, lo cual generó malestar, desconcierto y también temor. Por aquellos mismos días, empezábamos a recibir en nuestro Servicio a personas que buscaban a otras en el hospital, o consultas de nuestras colegas de los centros de salud de las villas (CeSACs) intentando averiguar por pacientes que habían sido derivados/as desde esos efectores a la UFU del hospital y estaban “perdidos”. En ese contexto, se realizaron reuniones internas del Servicio Social en las que se elaboró una propuesta de trabajo para la respuesta a la pandemia desde lo que se consideran las incumbencias y saberes profesionales de Trabajo Social. Así, se tomó la iniciativa (cuando ninguna autoridad sanitaria ni hospitalaria lo demandaba ni consideraba) de construir una propuesta de trabajo que, por un lado, permitiera generar respuestas posibles a las problemáticas que empezábamos

4 Las Unidades Febriles de Urgencia (UFU) fueron espacios especialmente montados en los hospitales públicos de la Ciudad de Buenos Aires para la atención de personas con síntomas de COVID 19.

5 También llamado protocolo de intervención, es un método de clasificación de los/as pacientes generalmente utilizado en contextos de urgencias/emergencias para evaluar las prioridades de atención.

a vislumbrar (o incluso imaginábamos/anticipábamos en base a la experiencia) así como resistir la reasignación hacia otras tareas o áreas. Se realizó una reunión con el Área Programática para acordar y delinear posibles acciones y se resolvió tomar intervención en todas las situaciones de internación por COVID 19. Ello implicaba realizar una entrevista telefónica a cada una de las personas que ingresarán a las “salas COVID” para, por un lado, relevar a sus “contactos estrechos” y las condiciones para el aislamiento domiciliario al momento del alta, elevando informe al Área Programática y al Ministerio de Salud de la CABA; y por otro, evaluar posibles situaciones problemáticas a abordar desde nuestro Servicio (consumos, violencias, cuidado de personas dependientes). Vale destacar que en este proceso de definiciones emergieron variadas tensiones al interior del Servicio Social, reintroduciendo y reactualizando viejos debates sobre el Trabajo Social y su papel ligado al control, al asistencialismo, o a su carácter subsidiario y subordinado respecto de otras profesiones y disciplinas (en este caso, podríamos decir incluso a la construcción biomédica de la enfermedad); pero también a la producción de cuidado en una institución como el hospital y al aporte de una profesión del campo de las ciencias sociales en la respuesta a la epidemia. Paralelamente, la jefatura del Servicio Social solicitó integrar el Comité de Crisis del hospital (formado solamente por quienes tienen rango de Jefes de Departamento, todos médicos), instancia en la cual se debatían y delineaban semanalmente las acciones a seguir. Esto fue aceptado, y algunas de las dificultades y obstáculos institucionales detectados a través del trabajo desplegado los meses posteriores fueron llevadas a ese espacio para su abordaje, con resultados diversos.

El aislamiento hospitalario y sus devenires

A continuación reseñaré algunas problemáticas que fue posible visualizar a partir de la intervención del Servicio Social con las personas internadas en las “salas COVID”⁶ y, en ocasiones, también con sus familiares. No busco ahondar aquí en las respuestas construidas a estas problemáticas sino solamente mostrar algunas de las formas concretas que asumió el aislamiento hospitalario y su impacto en las experiencias de las personas con las que trabajamos, dejando al descubierto las diversas y desiguales materialidades de la epidemia.

La pérdida de contacto

A lo largo del año 2020, cuando una persona era hisopada en la UFU debía permanecer allí a la espera del resultado durante un lapso no menor a cuatro horas que, en ocasiones, podía ser mucho mayor. En caso de obtener resultado positivo para COVID 19, recibía la indicación de realizar aislamiento. Dadas las características de la población atendida en el hospital y, como ya mencionamos, la confirmación diagnóstica implicaba generalmente la derivación a un hotel o el ingreso al hospital. En algunos casos, quienes se dirigían a consultar a la UFU eran grupos familiares que, frente a la confirmación diagnóstica, podían recibir distintas indicaciones de aislamiento y ser derivados a diferentes lugares (hotel, otro hospital por falta de camas, otra sala dentro del mismo hospital).

Durante las horas transcurridas entre la llegada a la UFU y la obtención definitiva del diagnóstico muchas personas se quedaban sin carga de batería en sus teléfonos celulares y, por

6 Este recorte deja por fuera la experiencia de los días previos a la hospitalización —con el inicio de los malestares en el hogar—, el acceso muchas veces difícil al hisopado —con el posible traslado desde un centro de salud al hospital en el “bus sanitario”— o la espera de los resultados en deficitarias condiciones de aislamiento, entre otras cuestiones.

lo tanto, prácticamente incomunicadas: no tenían ninguna manera de informar a sus familiares el resultado de sus hisopados ni el lugar al que serían trasladados. En el caso de grupos familiares que se habían dirigido juntos a la UFU, fue frecuente encontrar que las personas desconocieran a donde habían sido derivados sus allegados/as, o bien supieran que habían sido trasladados/as a un hotel pero no a cuál, y no tuvieran modo de comunicarse con ellos/as. Resultó evidente que los teléfonos celulares, lejos de ser personales, funcionaban en muchos casos como el único teléfono familiar, que quedaba en manos de una sola persona al disgregarse los miembros del grupo. La desinformación, el desconocimiento sobre el estado de salud del resto de los familiares y el “aislamiento” (en el sentido de haber quedado solo/a y desconectado/a) se presentó como fuente de incertidumbre y angustia en muchas de las entrevistas realizadas desde el Servicio Social, sobre todo durante los meses de abril, mayo y junio. Sumado a ello, muchas personas quedaban internadas “con lo puesto”⁷: sin ropa, sin elementos de higiene personal, y sin familiares o personas que pudieran acercarse-los al hospital.⁸

Desde el Servicio Social se asumió la tarea de búsqueda de familiares para dar información a los/as pacientes internados/as, lo cual implicó articulaciones con la UFU, los CeSACs, y los hoteles (estos últimos, en la mayoría de los casos, no contaban con un/a referente o coordinador/a con quien dialogar). La cuestión

7 Con el correr de los meses, se fue haciendo más habitual que las personas llegaran a la UFU con mudas de ropa y elementos personales, incluidos cargadores de teléfono. Posiblemente ello se relacione con la experiencia de conocidos/as que ya habían transitado internaciones, así como con la difusión realizada desde los servicios de salud sobre la importancia de dirigirse al hospital preparados/as para una posible internación.

8 Para dar respuesta a estas necesidades, el Servicio Social debió coordinar acciones con el grupo de voluntarias del hospital —que no asistió a la institución durante todo el año 2020 por ser personas mayores de 60 años— quienes habitualmente organizan las donaciones de ropas y elementos de higiene para los/as pacientes.

de la comunicación se volvió central: tanto para que los/as pacientes pudieran mantener contacto con sus familiares, como para que desde el Servicio Social se pudiera establecer comunicación diaria con ellos/as, era necesario que contaran con teléfono. Se trabajó en la organización de donaciones de celulares, al tiempo que se fue instalando el reclamo por acceso a la conectividad. En este sentido, trabajadores de distintos sectores del hospital elevaron una nota conjunta a la Dirección solicitando wifi libre para las salas de internación y llevaron adelante una acción de visibilización de esta problemática en redes sociales. La conexión libre de wifi llegó a algunas salas en octubre de 2020.

Dejar la casa

Abandonar el domicilio para realizar aislamiento institucional implica no sólo el desplazamiento físico sino, en muchos casos, dejar allí a otras personas requirentes de cuidados (niños/as, adultos/as mayores, personas discapacitadas). Para quienes viven en algunas villas de la ciudad, además, dejar la casa supone el riesgo de sufrir un robo durante la ausencia prolongada o incluso la ocupación de la vivienda. Así, la indicación repentina de aislamiento institucional implicó un conjunto de dificultades que impactaron fuertemente en la organización doméstica. En ese contexto, algunas personas solicitaron retirarse del hospital para regresar a sus hogares a cuidar a otras personas que habían quedado solas o, en el caso de los familiares que habían quedado aislados en el domicilio —y comenzaban a presentar síntomas compatibles con COVID 19— solicitaron permanecer allí y no ser trasladados. Apareció en los relatos el “aguantar” los síntomas y la postergación de la consulta por miedo a la internación.

Vale destacar aquí la situación de los/as familiares aislados/as en el domicilio: de acuerdo con los protocolos establecidos, todas aquellas personas que hubieran estado en contacto con quien resultaba “caso confirmado” de COVID 19 debían permanecer en estricto aislamiento domiciliario durante 14 días. Esto implicó en muchos casos que los/as familiares o personas convivientes recibieran la indicación de quedar, de un momento para el otro, encerrados/as en la propia vivienda. Garantizar el acceso a alimentos, productos de higiene y medicación crónica requirió de la articulación entre diferentes instancias institucionales. El “seguimiento de contactos” convocó a diversas áreas (la Gerencia Operativa de Epidemiología de la CABA, los CeSACs de referencia, el propio hospital), y las intervenciones fueron a veces superpuestas y desordenadas. Encontramos casos en los cuales las personas aisladas en sus domicilios eran llamadas desde varios organismos, que a veces no lograban identificar, y otros en que no eran contactadas por nadie.

Las deficitarias condiciones de internación de los grupos familiares

De acuerdo con los registros del Servicio Social, entre mayo y octubre de 2020 se internaron 48 grupos familiares. Si bien las situaciones fueron diversas, se trató sobre todo de mujeres internadas con bebés y niños/as menores de dos años. Hubo mujeres que quedaron internadas junto a varios hijos (hasta cuatro) de distintas edades. Esta internación familiar tenía lugar en las mismas “salas COVID”, en habitaciones que contaban sólo con dos camas, pudiendo sumarse una cuna pero no otra cama. Si bien la mayoría de las mujeres presentaba cuadros leves o moderados de enfermedad, a veces tenían claros síntomas asociados (fiebre, cansancio, dolor corporal). Con estos malestares, y sin ninguna asistencia extra, debían ocuparse de sus hijos/as. Sin televisor, sin acceso a internet ni ninguna otra comodidad,

las horas y los días de estas mujeres y los/as niños/as en el hospital fueron sumamente difíciles. En las entrevistas telefónicas las mujeres expresaban su angustia y agotamiento: “no sabés lo que es estar acá”, “necesito irme a mi casa”, “necesito al menos un televisor para los chicos” fueron algunas de las frases repetidas. Cabe señalar que en algunos casos las parejas de estas mujeres, padres de sus hijos/as, también habían sido diagnosticados con COVID 19, pero trasladados a un hotel por presentar cuadros leves. Dado que, como mencionamos al inicio, los/as niños/as menores de dos años no podían ser derivados a hoteles, eran principalmente las mujeres quienes permanecían con ellos/as en el hospital. Algunas mujeres solicitaron ser internadas junto a sus parejas (en el hotel donde éstos permanecían o en el mismo hospital) para poder sobrellevar mejor la atención de los/as hijos/as, pero esto no pudo concretarse en ningún caso, en virtud de los protocolos vigentes. En algunas ocasiones fue posible armar estrategias con otros familiares o con vecinos/as para que los/as niños/as con diagnóstico negativo pudieran retirarse del hospital (nada sencillo, en el marco del miedo al contagio). Se organizaron donaciones de juguetes, golosinas y libros por parte de las voluntarias del hospital como un intento de aliviar la permanencia en las “salas COVID”.

La dificultosa relación con los equipos de salud

La atención en las salas de aislamiento supuso una particular organización del contacto entre pacientes y trabajadores de la salud. Vale destacar que el uso del Equipo de Protección Personal⁹ para estos últimos —con la engorrosa tarea de colocarlo y quitarlo correctamente— imprime necesariamente

9 El Equipo de Protección Personal (EPP) en la atención directa a pacientes con diagnóstico de COVID 19 está compuesto por camisolín, barbijo quirúrgico más respirador N95, protección ocular o facial, guantes, botas y cofia. Fuente: Recomendaciones para el uso de los Equipos de Protección Personal (EPP) en el manejo del paciente sospechoso de infección por COVID19, 2020.

características particulares a la audición, el habla, la respiración, la vista, los tiempos. En términos generales, la rutina médica se organizó sobre la base de una única entrada diaria a las habitaciones para la revisión de cada paciente (siempre y cuando éste/a no requiriese mayor atención por su cuadro) que, en el caso de quienes presentaban cuadros leves o moderados, no tomaba más de cinco o diez minutos. Así, la presencia de los/as médicos/as dentro de las habitaciones se limitaba al “mínimo indispensable” y en efecto, esa única y breve visita era todo el tiempo que los/as pacientes tenían para dialogar con ellos/as durante el día. El resto del tiempo la comunicación era con el personal de enfermería. Según los relatos de pacientes en estas salas, los diálogos con los/as enfermeros/as eran en ocasiones a través de la puerta, sin abrirla, a los gritos.¹⁰ Las dificultades en la comunicación, la escasa información sobre la propia salud y la falta de contacto con el personal fueron ubicadas con frecuencia como fuente de malestar durante las entrevistas realizadas desde el Servicio Social. Una vez más, la situación de las mujeres internadas con sus hijos/as adquirió ribetes particulares: como los/as pediatras eran “interconsultores” en las “salas COVID”, las mujeres muchas veces no disponían de información sobre la salud de los/as niños/as, ni el resto del personal de la sala podía aportárselas. Las mujeres expresaron en ocasiones “no tener a quién preguntarle” o “no saber a quién”. En el mismo sentido, los familiares de los/as internados/as también manifestaban dificultades para acceder a los partes médicos ya que en muchos casos se encontraban aislados en sus domicilios por ser “contactos estrechos”.

Para las trabajadoras sociales, asumir un lugar de intermediarias entre los equipos médicos y pacientes o familiares (con todas

10 Según los relatos de enfermeros/as, la comunicación a través de la puerta cerrada era el modo en que podían responder a los llamados de los/as pacientes o darles determinadas indicaciones sin necesidad de ingresar a las habitaciones y colocarse para ello el Equipo de Protección Personal.

las resistencias, contradicciones y debates internos que puedan imaginarse) no es novedoso. En el contexto del aislamiento, una vez más, nos vimos solicitando, retransmitiendo o vehiculizando la comunicación entre miembros de los equipos de salud y las personas internadas y sus familiares y allegados/as. En este caso, además, se planteó en el Comité de Crisis del Hospital la necesidad de dar respuesta a las demandas de los/as familiares aislados/as en domicilio, y se resolvió brindar los números telefónicos de las “salas COVID” para que diariamente se comunicaran allí y pudieran recibir el parte médico. Esto posibilitó en parte mejorar el acceso a la información de los/as familiares, aunque algunas dificultades persistieron, especialmente para comunicarse con el conmutador del hospital o, una vez derivados al teléfono interno de la sala correspondiente, para ser atendidos por el/la médico/a a cargo de su familiar, quien podía encontrarse realizando otras tareas asistenciales al momento del llamado.

El agravamiento de la salud o la muerte de familiares durante la propia internación

Como venimos mostrando, obtener información sobre la propia salud o la de un/a familiar internado/a resultaba en ocasiones una tarea difícil. Pero más arduo aun resultaba acceder a información de otro/a familiar hospitalizado para aquellos/as pacientes que se encontraban ellos/as mismos internados/as. Desde el Servicio Social se trabajó con personas aisladas en “salas COVID” que tenían allegados/as en la terapia intensiva, que en algunos casos fallecieron: en estas situaciones, el acceso a la información pero también a las “despedidas” —por ejemplo, a tener una última visita frente a un cuadro de gravedad irreversible— adquirió un lugar relevante. Aquí es interesante resaltar el papel de los equipos de Cuidados Paliativos de los hospitales. En el mes de abril de 2020 se impulsó desde el

Ministerio de Salud de la CABA el Programa ESTAR COVID, orientado al acompañamiento telefónico de personas afectadas por la enfermedad y sus familiares, brindando especialmente asistencia psicológica y apoyo emocional en casos graves o situaciones de duelo. Para ello, se estableció que los equipos de Cuidados Paliativos de cada hospital articularían sus acciones con grupos de voluntarios —nucleados en organizaciones no gubernamentales— y pastores de diversos credos e iglesias. Si bien muchas personas internadas valoraron positivamente los llamados telefónicos, sobre todo al momento de la muerte de familiares, en ocasiones la intervención de estos equipos se dio de forma fragmentada y desarticulada del resto de profesionales que también intervenían con los/as mismos/as pacientes. Con todo, el programa tuvo un papel importante en el impulso de protocolos para garantizar el acompañamiento familiar de las personas en final de vida.¹¹ Sin embargo, cabe señalar que este tipo de intervenciones muestra de algún modo un corrimiento de responsabilidades por parte del Estado y transfiere la respuesta a ciertas necesidades de las personas hospitalizadas hacia sectores privados. Más aun, nos alerta sobre la potencial injerencia de dichos sectores en la orientación y definición de la política pública.

Más allá de la transmisión viral y el “evento agudo” de enfermedad

En algunos casos, quienes permanecieron en aislamiento en el hospital por presentar diagnóstico de COVID19, atravesaban también otras problemáticas, como padecimientos de salud mental o consumo de sustancias.¹² Este tipo de pro-

11 Protocolo para el acompañamiento a pacientes en final de vida en contexto de Pandemia COVID-19. Ministerio de Salud GCABA, 24 de agosto de 2020

12 En efecto, la primera “paciente COVID” del hospital fue una mujer en situación de calle que presentaba consumo problemático de sustancias y que se “fugó” de la internación a las pocas horas de su

blemáticas suelen ser difíciles de abordar en la institución hospitalaria en tiempos de “normalidad”, pero resultaron especialmente arduas en el contexto del aislamiento y su foco casi exclusivo en el control de la circulación viral. La falta de recursos institucionales y extra-institucionales, las dificultades para el trabajo interdisciplinario y la priorización de los tiempos de resolución del “evento agudo” infeccioso a los de otros procesos de atención¹³ pusieron una vez más de manifiesto las limitaciones del enfoque biomédico en el abordaje de estas problemáticas. En otras palabras, las dificultades “históricas” en la atención hospitalaria de estas situaciones se vieron ciertamente reforzadas en el contexto del aislamiento, generando tensiones entre distintos actores institucionales. En ocasiones, fue posible visualizar un fuerte enojo de los/as médicos/as frente a estos/as pacientes, responsabilizándolos/as por la eventual propagación de la enfermedad al no asumir las medidas de cuidado indicadas, y lo que podríamos interpretar como la legitimación de ciertos supuestos morales y sociales justificando su “control” (Rosenberg, 1989).¹⁴

La vuelta a casa

Al momento del alta hospitalaria algunos/as pacientes expresaron temor de regresar a sus domicilios por diversos conflictos con vecinos/as derivados justamente del hecho de

ingreso. En internet aparecieron rápidamente algunos videos donde se la podía ver en la puerta del hospital, rodeada por policías y personal sanitario —con los trajes blancos de aislamiento— que intentaba volver a ingresarla, en una escena cercana a las películas de ciencia ficción sobre epidemias.

13 El abordaje de problemáticas como las mencionadas puede requerir, eventualmente, la prolongación de la internación más allá de la resolución del “evento agudo”. La necesidad de contar con camas hospitalarias así como la inexistencia o escasez de otros dispositivos de internación más allá del hospital suelen generar tensiones y conflictos entre los diversos actores institucionales.

14 Rosenberg, Charles (1989). What is an epidemic? AIDS in historical perspective, *Daedalus*, 118 (2) Living with AIDS, 1-17

haber contraído COVID-19. Se trataba de personas que alquilaban habitaciones en las villas, con baño y cocina compartida, manteniendo por tanto una convivencia muy cercana con sus vecinos/as. Este temor se materializó en algunos casos en amenazas directas recibidas en sus celulares, donde se les advertía que no les dejarían entrar o que no les permitirían usar los espacios compartidos de la vivienda. Los relatos de las personas afectadas estaban atravesados por una distinción entre “los que se cuidan” y “los que no”, en los que ellos/as eran culpados/as por sus vecinos/as de haber contraído la enfermedad por no tomar las medidas de cuidado necesarias o, por el contrario, acusaban ellos/as a sus vecinos/as por no hacerlo y por haber causado su propia enfermedad en el marco de la convivencia compartida. Según relatos de algunas colegas de los CeSACs con quienes se buscó abordar estas situaciones, los conflictos derivaron en ocasiones en agresiones físicas entre vecinos/as.

Después de la COVID ¿qué?

Frente al alta hospitalaria, algunas personas manifestaron su desconcierto por no recibir ningún tipo de indicación de control o seguimiento post internación. No saber qué tendrían que hacer o dónde podrían consultar apareció como fuente de angustias e incertidumbre, dejando una vez más al descubierto las limitaciones y dificultades en la comunicación con los equipos de salud y el foco casi exclusivo sobre el “evento agudo” de la infección como respuesta a la pandemia.

Comentarios finales

El estudio de las epidemias desde las ciencias sociales puede aportar no sólo al conocimiento del evento epidemiológico en

sí, sino también a sus modos de materialización (Keck y otros, 2019)¹⁵. En este sentido, puede contribuir al conocimiento de las formas concretas que la respuesta social y sanitaria asume en el terreno y su impacto en la configuración de las experiencias de distintos grupos y poblaciones.

Frente a la narrativa universal vinculada al control/contención de la circulación viral, la mirada sobre los modos concretos en que ese control se establece sobre determinados conjuntos sociales pone en evidencia las diferentes y desiguales materialidades de la epidemia. Tanto a nivel nacional como en el ámbito de la Ciudad de Buenos Aires, la definición de protocolos de atención apunta precisamente a generar lineamientos globales en la respuesta al brote de COVID 19. No obstante, estos protocolos se asientan sobre desigualdades históricas, y su puesta en práctica puede acabar reforzando modos de violencia y subalternización de específicos conjuntos sociales. Así, podríamos decir que el aislamiento institucional se instala con una fuerte cuota de compulsividad (o incluso autoritarismo) para aquellas poblaciones que no pueden realizar aislamiento en sus propios domicilios por causa de las deficitarias condiciones habitacionales. Dejar la casa implica un conjunto de dificultades que se constituye en fuente de angustias, tensiones e incertidumbres, y lleva en ocasiones a “aguantar los síntomas”. La respuesta sanitaria, además, refuerza el lugar de las mujeres como principales responsables de la salud y el cuidado de sus hijos/as durante el aislamiento, aun a costa de su propio padecimiento.

Pero además, es necesario subrayar que el aislamiento hospitalario como respuesta se instala en una institución (justamente, el hospital) que aun en tiempos de “normalidad” muestra dificultades para abordar la atención y los cuidados más allá del “evento agudo de enfermedad” y que ello se exacerbó en el

15 *Op. cit.*

marco del aislamiento. En otras palabras, la respuesta a la infección por COVID 19 pareció reforzar un modelo de abordaje biomédico de la enfermedad a partir del cual aquellas problemáticas que “excedían” el llamado episodio agudo de enfermedad generaban tensiones y malestares, sacando a la luz modos de culpabilización/estigmatización de determinados sujetos y grupos en el contexto del miedo al contagio.

Por último, el aislamiento hospitalario deja entrever carencias concretas en la respuesta institucional. Por ejemplo, la asistencia a personas que durante su propia internación pierden a otro familiar a causa de la enfermedad, la falta de recursos comunicacionales o la imprevisión sobre las necesidades de los/as niños/as y familias alojados/as en las salas de aislamiento. Las respuestas a estas carencias se presentan muchas veces como prácticas “voluntaristas” que, al tiempo que abren a la participación de sectores privados en la atención pública, también propician agrupamientos y acciones críticas por parte de otros actores, incluidos los/as trabajadores de salud (hago aquí alusión a las disputas para integrar los Comités de Crisis hospitalarios hasta la movilización en reclamo de conectividad para pacientes aislados/as). Esas acciones abren interrogantes potentes acerca de la producción de la atención y el cuidado en las instituciones de salud en tiempos de pandemia, pero también en tiempos de “normalidad”. ¿Qué es atender y cuidar la salud en un lugar como el hospital? ¿Hacia qué terrenos podrían extenderse la atención y el cuidado? ¿De qué manera?

En definitiva, las deficitarias condiciones del aislamiento hospitalario —en términos de infraestructura pero también de capacidad de respuesta a distintas necesidades— parece profundizar el padecimiento de quienes lo transitan. Esto nos recuerda que, en tiempos de pandemia pero también de “normalidad”, la distribución desigual del daño no sólo remite a las posibilidades diferenciales de determinados sujetos y grupos de contraer una enfermedad, sino también a la

materialidad de la respuesta sociosanitaria a la que acceden concretamente.

Revisado en marzo de 2021

Fuentes

Protocolo para el acompañamiento a pacientes en final de vida en contexto de pandemia de COVID-19. Ministerio de Salud GCABA. 24 de agosto de 2020. Disponible en: www.buenosaires.gob.ar/coronavirus/protocolo-de-manejo-frente-casos-confirmados-y-sospechosos-de-coronavirus-COVID-19-0

Protocolo de manejo de casos sospechosos y confirmados de COVID-19, versión 39, 3 de agosto de 2020. Disponible en: www.buenosaires.gob.ar/sites/gcaba/files/pccero_5.pdf&ved

Protocolo de indicaciones de alta para pacientes confirmados COVID 19. Año 2020 Disponible en: www.buenosaires.gob.ar/coronavirus/equipos-salud/protocolos-coronavirus-COVID-19/pacientes-con-COVID-19-recomendaciones-al-alta

Recomendaciones para el uso de los Equipos de Protección Personal (EPP) en el manejo del paciente sospechoso de infección por COVID-19. Año 2020 Disponible en: www.buenosaires.gob.ar/coronavirus/equipos-salud/protocolos-coronavirus-COVID-19/recomendaciones-para-el-uso-de-los-equipos-de-proteccion.

Reflexiones sobre el trabajo antropológico en dispositivos territoriales de contención de la emergencia sanitaria

Jazmín Berenstein y Dana Gutman

La mirada antropológica sobre las epidemias abre preguntas acerca de las relaciones sociales, sentidos y subjetividades que se ponen de manifiesto y se reconfiguran a partir de interrogar el impacto de los brotes, así como las intervenciones y estrategias para contenerlos.

La pandemia de COVID-19 puso en primer plano una cuestión que quienes nos formamos en Ciencias Sociales vemos como obvia pero que no siempre se tiene en cuenta en el diseño e implementación de políticas en salud: la centralidad de las condiciones de vida en los procesos de enfermar, morir, atender y cuidar. Aunque contemplada en cierta medida en el diseño de los dispositivos de contención de la emergencia, su implementación se da, sin embargo, en ámbitos y situaciones caracterizados por una respuesta sanitaria orientada básicamente al control de la circulación viral. En la práctica, el abordaje de la pandemia implica intervenciones que ponen en tensión distintas miradas posibles sobre la salud y la atención. Esto nos lleva a preguntarnos sobre el aporte de la perspectiva antropológica en la ejecución de estas estrategias socio-sanitarias. En esta presentación reconstruimos a partir de registros que fuimos elaborando en el campo algunas escenas y eventos para nuestra reflexión.

Desde 2018 trabajamos en la implementación de un programa de fortalecimiento de la Atención Primaria de la Salud, en vínculo directo con los equipos de salud del primer nivel de atención en dos municipios del conurbano bonaerense. En marzo de 2020 se nos dio la indicación de ponernos a disposición de los municipios en lo que se necesitara para la contención de la emergencia sanitaria. Pasamos entonces a ser categorizadas como “trabajadoras esenciales” y se transformaron nuestras tareas: La principal novedad fue comenzar a trabajar en contacto directo con las poblaciones como parte de equipos interdisciplinarios e intersectoriales.¹

Nos integramos principalmente en dos dispositivos de contención de la pandemia: un dispositivo municipal de telemedicina y en operativos DETECTAR. El rastreo telefónico consiste en un seguimiento (durante el tiempo estipulado por los protocolos sanitarios) a personas que están cursando una infección por COVID 19 y sus contactos estrechos. Los datos se obtienen del circuito de vigilancia epidemiológica nacional. La COVID-19 en todas sus etapas, desde la sospecha de caso hasta el seguimiento de su evolución, se incorporó al Régimen Legal de Enfermedades de Notificación Obligatoria establecido por Ley 15465 (RESOL-2020-680-APN-MS) y debe ser notificada en forma inmediata (12 horas) y completa al Sistema Nacional de Vigilancia de la Salud (SNVS 2.0) dentro del Grupo de Eventos: Infecciones Respiratorias Agudas (IRAS), Eventos: Caso sospechoso de COVID-19, Influenza y OVR o Contacto de caso de COVID-19. El SNVS forma parte del Sistema Integrado de Información Sanitaria Argentino (SISA),

1 Nuestros equipos de trabajo están conformados por profesionales y estudiantes de diversas disciplinas de ciencias sociales y salud: trabajadorxs sociales, psicólogxs, sociólogxs, antropólogxs, entre otrxs. Durante la pandemia se sumaron también trabajadorxs de distintas áreas municipales y provinciales, como promotorxs de salud, administrativxs, epidemiólogxs, y trabajadores territoriales de otros programas.

el cual está administrado por el Ministerio de Salud de la Nación. Diariamente, en uno de los municipios donde desempeñamos tareas, se descargan del SISA todos los resultados positivos de COVID-19 de lxs habitantxs del municipio (mediante la herramienta de geo-localización) y sus teléfonos de contacto correspondientes. Estos listados nos son proporcionados para establecer el primer contacto con la persona que se divide en dos partes: por un lado, un relevamiento general de las condiciones de aislamiento: se evalúan las condiciones habitacionales y se indaga en la necesidad de recibir asistencia alimentaria y asistencia médica. Esta información se vuelca en una base de datos. Allí se indica si la persona contactada necesita ser derivada a un centro de aislamiento extra-hospitalario porque no cuenta con las condiciones habitacionales necesarias para un aislamiento seguro, si requiere asistencia alimentaria por estar aislada, si necesita ser contactada por unx medicx. Intervienen la Secretaría de Salud (tanto desde el nivel central como desde los distintos centros de atención primaria con población a cargo), la Secretaría de Desarrollo Social, lxs coordinadorxs de los centros de aislamiento municipales, la Secretaría de Niñez, y en algunas ocasiones el Servicio de Emergencias. Además se relevan los contactos estrechos en otra base de datos para su posterior seguimiento. Este consiste en llamadas cada 48-72 horas para reforzar la importancia del aislamiento, relevar necesidades que vayan surgiendo y realizar la correspondiente articulación.

DETECTAR (Dispositivo Estratégico de Testeo para Coronavirus en Territorio Argentino) es el nombre de una estrategia de abordaje territorial cuyo objetivo es identificar personas con síntomas de COVID² y realizar testeos para con-

2 Se consideraba caso sospechoso de COVID a cualquier persona que tuviera dos o más síntomas compatibles con la enfermedad, que debía confirmarse por un hisopado. Con el correr de los meses se fueron incorporando nuevos síntomas a esa definición, hasta llegar a los siguientes: fiebre de 37,5°C, tos, dolor de garganta, dificultad respiratoria, dolor muscular, cefalea, diarrea

firmar el diagnóstico. Los operativos en los que participamos se realizan en lugares donde se identifica o se prevé una gran cantidad de casos, especialmente en barrios populares, es decir, áreas con mayores índices de vulnerabilidad social, habitacional, sanitaria. En la provincia de Buenos Aires se organizan tanto operativos provinciales como municipales, y en algunos casos mixtos. Los equipos están conformados por trabajadores provinciales y municipales: personal sanitario, voluntarixs, militantes de distintas organizaciones sociales y políticas locales y trabajadorxs de diferentes áreas o programas estatales, entre otros. En algunos lugares se realizan de forma esporádica, en otros con cierta periodicidad (por ejemplo, semanal) y en algunos barrios se implementan durante muchos días consecutivos en momentos con gran cantidad de casos. En general la implementación del DETECTAR consiste en la realización de una encuesta o pequeña entrevista casa por casa cuyo contenido varía según cada municipio: siempre se pregunta sobre posibles síntomas de COVID en el hogar, se identifica personas que tengan alguna característica considerada “de riesgo” (personas mayores de 60 años, enfermedades crónicas preexistentes) y en algunos casos se incluyen preguntas más amplias como el acceso a cobertura de salud o medicación, las condiciones de vivienda, la composición de la familia, situación socioeconómica, entre otras. A partir de esa encuesta, a quienes presentan algún síntoma se lxs acompaña a un camión sanitario donde se realizan hisopados, y en algunos casos se los lleva a un centro de aislamiento³ hasta que tener el resultado. Los resultados se comunican telefónicamente, y en el caso en que

y/o vómitos, pérdida brusca de gusto u olfato. En los llamados “barrios populares”, así como en personal de salud o instituciones cerradas, la presencia de un solo síntoma era suficiente para indicar un test, ya que se los consideraba en una situación de mayor exposición a la transmisión.

- 3 Los centros de aislamiento son espacios especialmente diseñados para personas con cuadros leves de COVID-19 que no poseen las condiciones habitacionales adecuadas para realizar un aislamiento seguro. Allí se les proveen todos los cuidados necesarios hasta que reciben el alta clínica y epidemiológica.

sean positivos, se indica el aislamiento en el hogar, en un centro de aislamiento o en una institución de salud. Esto depende de varios factores: la posibilidad de aislarse en el domicilio, es decir, contar con una habitación y un baño separados del resto de los habitantes, y la presencia o no de factores de riesgo que podrían implicar el desarrollo de síntomas de mayor gravedad.

Estos dispositivos de abordaje de la pandemia representan algo totalmente novedoso: no solo por la experiencia de vivir y trabajar en una crisis sociosanitaria de escala mundial, sino porque están marcados por la aparición permanente de nueva información sobre el virus y su transmisión y sobre las mejores formas de prevenir el aumento de casos y atender a las personas infectadas. Los protocolos, recomendaciones y dispositivos se van reconfigurando día a día a partir del avance de la pandemia y de la necesidad de adaptarlos a la nueva información disponible y a cada lugar. Esto implicó para quienes trabajamos en su implementación un constante “aprender a hacer”, marcado por la incertidumbre de la novedad, el aprendizaje y la reflexión cotidiana. En este trabajo compartimos algunas experiencias e incomodidades que atravesamos en este tiempo, con el objetivo de reflexionar sobre nuestros aportes como antropólogos en el marco de los dispositivos sanitarios mencionados. Para esto, recuperamos algunas escenas, diálogos, discusiones tomados de nuestra tarea cotidiana y la de nuestrxs compañerxs, que organizamos en tres puntos que consideramos relevantes para la reflexión: los tiempos de las intervenciones, las tensiones entre los cuidados colectivos y las formas individuales de transitar la pandemia y la dimensión emocional del trabajo en los abordajes sociosanitarios.

Los tiempos de las intervenciones

Para el oficio antropológico la reflexión y el extrañamiento suelen presentarse como rasgos fundamentales, pero la

sensación de urgencia y apremio sacudió nuestras tareas cotidianas frente a la necesidad de responder rápidamente a los lineamientos sanitarios para contener la pandemia. En la planificación y el desarrollo de respuestas sanitarias, el tiempo se volvió objeto de permanente disputa dentro de los equipos de trabajo: hacer intervenciones integrales, cuidadosas, empáticas requiere planificar tiempos acordes, sostener la escucha y atender a cada situación en particular. Como parte del “aprender a hacer”, la incorporación a dispositivos de contención sanitaria nos introdujo en un ritmo de trabajo al que no estábamos habituadas, marcado por la emergencia. En los momentos más álgidos, nuestra sensación era la de estar “corriendo” atrás de cada nuevo resultado positivo de COVID-19.

Las reuniones de equipo, que antes de la emergencia sanitaria formaban parte de nuestras tareas cotidianas como espacios de formación, discusión y planificación, se convirtieron entonces en escenario de debates sobre los tiempos de las intervenciones y sobre qué era lo realmente importante frente a una pandemia. En una reunión donde discutíamos acerca de la planificación de estos dispositivos territoriales, una funcionaria municipal dijo “no es momento para pensar en esto”. Desde esta mirada, lo que había que hacer era simple, concreto y objetivo y no admitía ningún tipo de discusión. “Esto”, para nosotras, representaba reflexionar también sobre aquello que no fuera estrictamente identificar síntomas, realizar testeos, controlar aislamientos, aplicar protocolos.

En el momento de implementar estos protocolos y dispositivos con frecuencia se registraban otras necesidades y demandas que no siempre estaban contempladas. Como mencionamos previamente, la información que se relevaba en estas encuestas no era siempre la misma, ya que en algunos casos se limitaba a posibles síntomas de COVID, mientras que en otros incluía otro tipo de preguntas, como la existencia de otras problemáticas socio-sanitarias, el acceso al sistema de salud,

las condiciones de vivienda. La posibilidad de desplegar escucha atenta y receptiva para conocer en profundidad las condiciones de vida de las personas y el impacto de la pandemia se contraponía muchas veces con la urgencia por terminar el recorrido delimitado para ese día. Algo similar sucedía con los seguimientos telefónicos, como nos contó una trabajadora del equipo:

Una de las cosas que dijeron el otro día en la reunión es tratar de que el llamado dure un poquito menos, pero ¿viste cuando lo decís y no te lo creés? Esa era la actitud, no perdamos la empatía, no dejemos de escuchar y de dar una respuesta, pero tratemos de acortarlo un poquito. Y no se puede, ya sabés que no se puede, ¿cómo hago?

Protocolos, condiciones de vida y requerimientos de la vida cotidiana

Las medidas que se tomaron para contener la circulación del virus se sostienen en la evaluación del riesgo colectivo, analizado a partir del registro epidemiológico. Por ejemplo, el control sobre la circulación en el espacio público y las medidas de aislamiento individual para personas infectadas con COVID-19. En los dispositivos en los que nos desempeñamos surgían tensiones entre las normativas delineadas por las autoridades sanitarias y las dificultades y temores del aislamiento experimentadas por las personas. Presentamos a continuación algunas situaciones que vivimos en estos meses, que nos generan preguntas acerca del sentido de las intervenciones desarrolladas frente a la pandemia y del rol de quienes trabajamos en ellas.

1. *En el DETECTAR del miércoles en el Barrio xxx (con un brote muy grande de COVID) al principio nos dijeron “si encuentran alguien para hisopar, díganle que se lleve una muda de ropa porque tiene que aislarse”. Y la primera persona que consideramos que era un caso sospechoso y que ameritaba hisopado, le decimos esto y la persona más o menos que se fue corriendo, no quería saber nada. (...) se pone re resistente. Entonces un compañero con más experiencia en el operativo me dice que no es conveniente decir eso, que mejor es decir es que hay médicos que lo pueden revisar y van a evaluar qué hay que hacer, y postergar la información para cuando se llegue. Pero era seguro que a todos los aislaban, eso era una decisión. Que estaba bien, porque XXX es uno de los barrios con más hacinamiento. Y claro, está bueno el consejo, pero tampoco me parece copado que la persona vaya sin saber nada, si va sin sus cosas al centro de aislamiento, sabemos que están tardando los resultados, a veces tardan tres días. Era como un dilema entre decirle y capaz perder la posibilidad de hisoparla, o no decirle y que después la persona no la pase tan bien en el centro de aislamiento (Dana, agosto 2020, relatado en un audio de whatsapp).*
2. *“Ayer llamé a una persona, una abuela que vivía con los nietos, toda la familia contacto estrecho, me decía que ella estaba guardando aislamiento pero que su nieto de 16 años se escapaba por el techo para juntarse con lxs amigxs... ¿qué hacés ahí? No le voy a mandar a la policía a un menor, la señora entendía perfecto que eso estaba mal... Y muchas veces, mandar un patrullero a una casa en un barrio le puede generar un problema enorme a esa familia...”* (trabajadora del equipo de seguimientos telefónicos, julio 2020, relatado en una reunión de trabajo).
3. *“Hoy me escribió una mujer pidiendo asesoramiento sobre la siguiente situación: ella y su familia están en aislamiento. En el hogar hay dos adultos con diagnóstico confirmado de Coronavirus, y tres chicas que hasta el momento no presentan síntomas y por lo tanto son contacto estrecho. Informan que la madre de una de las niñas, que vive en otra casa, quiere llevarla con ella. En el hogar actual, la niña está en contacto permanente con una de las COVID+ de la casa en la que está ahora, por lo cual existen altas posibilidades de que*

sea portadora del virus. En la casa a la que iría viven siete personas” (Dana, octubre 2020, reconstrucción a partir de sus notas de campo).

Como se puede apreciar en estas situaciones, las decisiones epidemiológicas orientadas a los cuidados colectivos entran en tensión con las posibilidades y requerimientos de los cuidados individuales, y los protocolos generales no alcanzan para resolver estas contradicciones en las tareas cotidianas.

La alta transmisibilidad de esta infección viral pone en primer plano la forma en que nuestras acciones pueden afectar a otros. A su vez, la característica del COVID-19 de poder cursarse sin síntomas implica la posibilidad de transmitir el virus desconociendo la condición de infectado. Durante las etapas iniciales de la pandemia, las estrategias de comunicación estatales promovían slogans como “nadie se salva solo” o expresiones como “enemigo invisible”. Un punto central de los abordajes de prevención apuntaba a instalar que lo que no se presentaba como un riesgo para uno mismo, podía sin embargo poner en peligro a otros. A continuación reconstruimos una conversación durante un llamado telefónico de seguimiento para mostrar cómo la implementación de estos abordajes muchas veces se contraponía con la forma en que las personas transitaban la pandemia en su vida cotidiana.

Al momento de llamar para indicar 14 días de aislamiento a una familia en la que hay alguien con coronavirus y los demás se consideran contactos estrechos:

— *“Sí, yo tengo coronavirus, pero mi marido está bien, ¿eh? Ni un síntoma tiene, le tomo la fiebre todos los días, lo hago oler vinagre... Ahora está haciendo las compras, porque yo no puedo salir.*

— *Entiendo, es muy bueno que su marido se sienta bien, pero le explico: él es un contacto estrecho suyo, porque vive con usted y por lo tanto hay muchas posibilidades de que él tenga el virus...*

lo que pasa es que muchas veces no manifiesta ningún síntoma, el problema ahí es que puede contagiar igual, y por eso tiene que hacer aislamiento estricto por 14 días.
— *Mmm, pero él está joya, señorita...*”

Las pautas establecidas sobre bases epidemiológicas resultan difíciles de incorporar a la vida cotidiana sobre todo cuando las personas se sienten bien y no se perciben "en riesgo". En este punto de tensión entre la percepción del riesgo individual y las medidas de cuidado colectivo, se enfatizaba en la conversación sobre los cuidados, promoviendo que las personas contaran con sus redes de contención afectivas y comunitarias en el contexto de aislamiento.

— *Una pregunta, ¿mis vecinxs me pueden alcanzar mercadería? Porque no se quieren ni acercar ni a la puerta por miedo a contagiarse.*

— *Sí, claro, pueden alcanzártela a la puerta y vos salís a buscarla, con distancia y tapabocas* (conversación telefónica en el marco de los seguimientos a personas con COVID-19, reconstruida a partir de notas de campo).

En este sentido, clarificar las formas de transmisión y resolver dudas de las personas contribuía a que pudieran gestionar y planificar estrategias para el período de aislamiento, contando con redes cercanas. Asimismo, el énfasis en los cuidados colectivos se presentaba como una forma de corrernos de discursos que pudieran generar miedos, violencia y estigmatización.

En una oportunidad, en un operativo DETECTAR en un barrio popular, mientras acompañábamos a una vecina que cumplía con la definición de caso sospechoso a realizarse un hisopado, nos pidió por favor que no camináramos al lado suyo (estábamos identificadxs con pecheras del Ministerio de Salud de la Provincia de Buenos Aires y el equipo de protección personal era bastante

llamativo) porque le daba vergüenza que sus vecinxs supieran que había posibilidades de que tuviera COVID-19.

Al evaluar en un relevamiento telefónico que una persona necesitaba ser asistida con urgencia por una ambulancia, solicitó ser recogida en una intersección aledaña a su domicilio: *'No quiero que la gente sepa porque después hablan, y en mi casa queda mi familia'*.

Todas estas situaciones y problemas no contemplados en los protocolos eran para las personas tan (o más) importantes incluso que la posibilidad de contraer la enfermedad. La efectividad de los dispositivos sanitarios dependía también de la manera en la que se tuvieran en cuenta estos miedos, inquietudes y preocupaciones. En cada una de las intervenciones lxs trabajadorxs tomamos decisiones en las que se ponen en juego distintas miradas acerca de los cuidados colectivos e individuales, la construcción y percepción del riesgo y la responsabilidad individual de las personas involucradas. Así, en ellas se tramitan modos diversos de responder a las preguntas: ¿A quiénes hay que cuidar? ¿Quién está más en riesgo? ¿Quién pone "en riesgo" a otrxs? ¿Quiénes son víctimas de la pandemia y quiénes son responsables?

Estas preguntas nos traen a la reflexión la tríada a la que refiere Rosenberg (1989)⁴ en su análisis de los discursos sobre las epidemias y la conexión entre voluntad, responsabilidad y susceptibilidad de las personas en la construcción de marcos explicativos sobre quiénes se infectan y cómo se debe frenar la transmisión. Esta conexión se monta sobre supuestos tanto materiales como morales acerca de la transmisión viral y los riesgos asociados, a los que es necesario estar atentxs e interrogar permanentemente.

4 Rosenberg, Charles (1989). What is an epidemic? AIDS in historical perspective, *Daedalus*, 118 (2) Living with AIDS, 1-17.

La dimensión emocional del abordaje de la pandemia

La tarea asistencial muchas veces implica *poner la cara* cuando algún paso del circuito no se ejecutó correctamente. En un llamado de seguimiento, una persona aislada con COVID decía:

“No entiendo para qué me hacés tantas preguntas, si ayer llamé a la ambulancia porque me descompensé, soy diabética... nunca aparecieron. Me podría haber muerto y ¿quién se hacía cargo?” (reconstrucción de una conversación telefónica por seguimiento, octubre 2020)

Muchas veces los escenarios con los que nos encontrábamos nos angustiaban, preocupaban o enojaban, y fue un proceso permanente intentar integrar la dimensión emocional a un trabajo tan estandarizado por lineamientos externos. Junto a nuestros equipos de trabajo tuvimos que desarrollar estrategias de autocuidado que nos permitieran tomar la distancia necesaria para no entorpecer la tarea ni dañar nuestro bienestar físico y mental. Se generaron espacios de acompañamiento con profesionales de salud mental, y reuniones formales o informales en las que se compartían las preocupaciones surgidas de las distintas situaciones que nos atravesaban.

Tomamos de los feminismos la idea de incorporar las emociones como parte del trabajo, del vínculo, y la importancia de rescatar la potencia de nuestras emociones para conectar con lxs otrxs. Desde nuestro lugar intentamos fortalecer las redes de cuidados, tanto estatales como comunitarias, e intentar dar seguimiento a todas las situaciones individuales que se presentaban. A la vez, las propias experiencias y emociones frente a la incertidumbre de la pandemia habilitaban intervenciones diferentes en los dispositivos sanitarios, por ejemplo, contar

la propia experiencia de hisoparse a alguien que tenía miedo para que se decidiera a acercarse al camión sanitario.

Durante una epidemia se pone en juego constantemente el sentido de la propia vulnerabilidad, la incertidumbre, la conciencia sobre los límites de la tecnología y del sistema de salud frente a un hecho tan angustiante. Esto nos atravesó permanentemente a todxs en todos los aspectos de nuestra vida, individual y social. Entendemos que incluir esta dimensión implica un gran desafío para las políticas públicas y puede generar intervenciones cuidadosas e integrales, tanto para sus destinatarixs como para sus trabajadorxs.

Reflexiones finales

Las acciones que se despliegan para contener la transmisión del virus muchas veces se presentan como pasos estandarizados y protocolizados, pero en la práctica implican tomar una serie de decisiones absolutamente atravesadas por la complejidad de lo social desde una mirada más cercana a los procesos cotidianos implicados en la transmisión viral y su circulación comunitaria. Son espacios que integran lo cognitivo y lo emocional (Rosenberg,1986)⁵, haciendo visible no sólo la acción sanitaria sino también la solidaridad, la presencia del estado y los lazos comunitarios.

¿Qué contribución hacemos entonces como antropólogas al abordaje sanitario de la pandemia? ¿Cuál es la potencia de la perspectiva antropológica en un ámbito predominantemente biomédico? Poder hacer preguntas, cuestionar aquellas rutinas y protocolos que parecen cerrados. Sostener permanentemente la construcción de una distancia crítica que permita tomar en cuenta los efectos que genera la circulación del virus e intentar

5 *Op. cit.*

producir conocimientos que además de contener el brote, aporten a acciones más cercanas a las condiciones de vida, los recursos y posibilidades para hacer frente a la pandemia. Registrar el impacto que tienen las medidas sanitarias en la vida cotidiana de las personas. Aceptar el no saber. Compartir con nuestros equipos de trabajo para pensar creativamente abordajes más sensibles y éticos. No dejar de extrañarnos y de hacernos preguntas sobre los efectos de nuestras intervenciones y atender a las redes de cuidado y los procesos locales. Entendemos que estas no son particularidades exclusivas del quehacer antropológico sino que siempre se dan en un diálogo con otros, tomando como horizonte la construcción de respuestas socio-sanitarias integrales.

La imagen de una salud individual, estática y determinada por factores biológicos se ve sacudida frente a los efectos de una pandemia. El abordaje estatal frente al COVID-19 plantea dilemas y desafíos, que requieren poner en primer plano la reflexión acerca de las diferentes formas de morir, de cuidar y de habitar. Se vuelve fundamental la articulación entre áreas y un trabajo interdisciplinario que permita pensar nuevas prácticas para escenarios complejos cuya resolución no tiene caminos preestablecidos, sino que se va trazando en el proceso mismo de dar respuesta con una mirada integral de la salud, la enfermedad, la atención y los cuidados.

Revisado en mayo de 2021

FUENTE

Protocolo de preparación para la respuesta ante la contingencia de enfermedad por coronavirus 2019 (COVID-19), Ministerio de Salud de la Provincia de Buenos Aires, actualizado 14/04/2021.

Continuidades y rupturas a la luz de la pandemia

Enfoque desde un Centro de Salud

Claudia Teodori

Luego de escuchar a las compañeras que me precedieron en la reunión, advierto con claridad que en ese momento no había aún construido la distancia apropiada para reflexionar en profundidad acerca de la experiencia que intentaba. Vi que muchas de las cuestiones que ellas traían, de alguna manera, me habían quedado en el tintero. Por ejemplo la inmensa exposición al control que se vivió durante el ASPO: los “traslados” de las personas hacia los lugares de aislamiento preventivo, las menciones a la pérdida de libertad y derechos cuando las personas permanecían horas “retenidas” en las instalaciones dispuestas para realizar los testeos, etc. Todas esas experiencias que resultaron sumamente delicadas tanto para la población como para quienes, desde los equipos de salud, la acompañamos en esos meses de confinamiento.

La posibilidad de compartir este relato y volver sobre él para redactarlo y corregirlo, es una oportunidad para retomar algunas ideas e impresiones tan urgentes¹ como provisionarias sobre la pandemia.

1 El valioso encuentro organizado por el Programa Antropología y salud sobre nuestras experiencias con el COVID se desarrolló en el mes de noviembre cuando la evolución de la curva epidemiológica estaba claramente en baja. Hoy me apuro a corregir el texto de mi intervención en el contexto de una nueva escalada de los casos de COVID en todo el país en lo que eventualmente constituirá “la segunda ola de la pandemia”.

En principio rescato la idea de Rosenberg (1989)² quien plantea que las epidemias son como inmensos laboratorios que brindan una perspectiva transversal de una configuración social particular, de sus formas institucionales y sus supuestos culturales. Y en esta pandemia es claro que se iluminaron, se pusieron de manifiesto, ciertos patrones fundamentales de la vida social e institucional, cuestiones que ya estaban presentes y que en esta ocasión se expresaron de modo más evidente.

Creo que podemos coincidir que una de estas cuestiones es la continua expansión y ampliación de la biomedicina que reemerge con toda su potencia. Avanza desconociendo las diferentes formas de atención de los padecimientos que tienen que ver con las condiciones económicas, políticas, de género, técnicas, científicas, étnicas, religiosas, etc. La esfera de la biomedicina hoy aparece como incommensurable. Podría decirse que asistimos a una suerte de re-biologización de la vida y que observamos un preocupante retroceso en materia de orientaciones y abordajes en salud. Un enfoque de epidemiología que recurre a viejas tradiciones y que deja de lado perspectivas socioculturales como las de la epidemiología psicosocial o la medicina social latinoamericana. Si nos situamos en las referencias a la salud que predominan en el discurso actual, encontraremos definiciones no tan distantes de las dominantes hace casi un siglo atrás cuando se hablaba de “ausencia de enfermedad” o “la vida en el silencio de los órganos”. Por otra parte, el énfasis puesto en el incremento de los niveles de cobertura, en los dispositivos de detección, en el número de profesionales, en la cantidad de camas de hospitalización, en la cobertura de vacunas, etc. deja traslucir la fuerte eficacia pragmática en que se basa el modelo actual.

2 Rosenberg, Charles (1989). What is an epidemic? AIDS in historical perspective, *Daedalus*, 118 (2) Living with AIDS, 1-17

Pero con la pandemia también se hicieron visibles sufrimientos y modos de experiencia colectivas que vienen de larga data. Notamos que a las múltiples desigualdades vigentes, y en lo que atañe en particular a una agenda de género, se suman la profundización de la crisis de los cuidados y la extensión (doble y triple) de la jornada laboral de las mujeres. El confinamiento, puso especialmente de manifiesto la peligrosidad del espacio doméstico para las mujeres, niñas, adolescentes y personas del colectivo LGBTQ+ y la histórica apropiación de los cuerpos de las mujeres frente a la construcción idealizada de la domesticidad.

Intentaré problematizar algunas de estas cuestiones compartiendo, desde mi posición de cientista social y trabajadora de salud, pinceladas de una experiencia reciente, todavía fresca y en la que aún persiste la confusión. Resulta un gran desafío poder relatar aspectos de la pandemia casi en tiempo real y tratar de responder a la necesidad o al imperativo que tenemos de narrar desde una perspectiva que acompañe y haga surgir las distintas voces.

Entre el mes de marzo y octubre de 2020, en Villa 21-24 y barrio Zavaleta, en el sur de la Ciudad de Buenos Aires (CABA), se dio un proceso singular de construcción de una estrategia local para el abordaje de la pandemia. Desde las organizaciones sociales barriales y los centros de salud se trabajó de manera coordinada aun antes que se llevara a cabo el confinamiento más duro. De un modo bastante anticipado, entre otras cosas, se realizó un censo de personas mayores y se dispusieron, dentro de la propia villa, algunos espacios de potencial aislamiento para personas con dificultades de vivienda.

En efecto, las organizaciones sociales y religiosas junto con los equipos de salud participaron en el diseño de un abordaje socio sanitario de la pandemia a nivel local. La Corriente Villera, la Corriente Clasista y Combativa, el frente Darío Santillán, La Poderosa, el Frente de Organizaciones en Lucha son algunas de las organizaciones sociales que se integraron

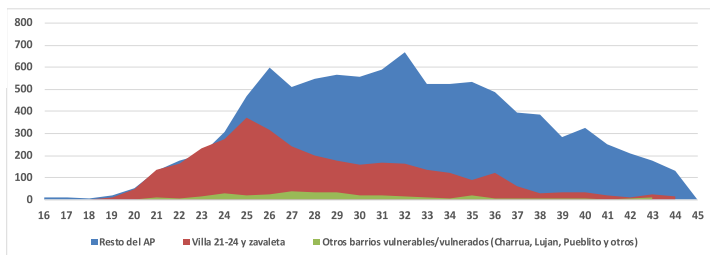
a la tarea junto a la histórica Parroquia Caacupé y la Junta vecinal. El trabajo se focalizó en la articulación permanente entre los equipos de los centros de salud y las organizaciones. También se coordinó con autoridades y otros actores de los ministerios de Salud y de Desarrollo Humano y Hábitat (que proporcionaban los elementos necesarios para las personas en situación de aislamiento en la villa). Esa estrategia fue clave para contrarrestar las directivas y lineamientos yuxtapuestos que emanaban de las diferentes instituciones y jurisdicciones intervinientes y que en muchos casos desconocían las particularidades y las lógicas del barrio.

No es posible aquí describir con detalle todo el proceso, simplemente busco resaltar algunos puntos destacando en particular las acciones de seguimiento/ acompañamiento de las personas residentes en el barrio que tenían contacto estrecho con personas diagnosticadas con COVID. Más que un *seguimiento (formal) de personas con contacto estrecho* orientado a lograr que las personas residentes en la villa realizaran el *aislamiento preventivo*, diría que se llevó a cabo un acompañamiento permanente y bastante personalizado de las familias.

Respecto a la situación epidemiológica y la evolución de los contagios, al día 2 de noviembre de 2020, en el área programática del Hospital J. M. Penna que abarca los barrios de Barracas, Parque Patricios, se registraban unas 13.370 personas diagnosticadas con COVID. De ese total, unas 4000 personas correspondían a la Villa 21-24 y Zavaleta.

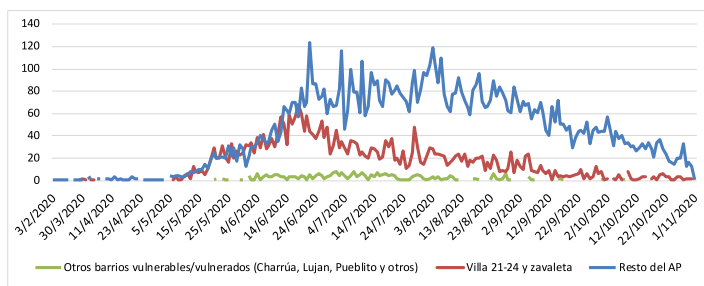
En los gráficos (1 y 2) se puede observar un momento de alta concentración de nuevas infecciones que se produjo alrededor de mitad de junio. Esto llevó a que los centros de salud Villa 21-24 y barrio Zavaleta tuvieran que distribuir entre ellos más de 100 personas al día para su seguimiento. Del total del área programática, decimos que un 30% corresponde a Villa 21-24. Luego hay otros barrios también vulnerados, el Charrúa, Luján, Pueblito, que son mucho más chicos.

Gráfico1. Cantidad de personas con COVID por semana según barrio “vulnerable / vulnorado” del área Programática del Hospital J. M. Penna



Fuente: Informe diario de COVID 19 Área Programática del Hospital Penna (2/11/2020).
Elaborado por equipo de Epidemiología responsable Juan Calvetti.

Gráfico 2. Cantidad de personas con COVID por día según barrio del Area Programática del Hospital J. M. Penna.



Fuente: Informe diario de COVID 19 Área Programática del Hospital Penna (2/11/2020).
Elaborado por equipo de Epidemiología responsable Juan Calvetti.

Diariamente el Equipo de Epidemiología del Área Programática distribuía los listados de las personas para efectuar el seguimiento telefónico entre los equipos de los cuatro centros de salud (dos de los cuales están emplazados al interior de la Villa 21-24, otro en sus límites y otro en el barrio de Zavaleta). Luego de la asignación al interior de cada centro de salud, los profesionales consultaban las historias clínicas electrónicas y realizaban los llamados a las personas con Covid

para identificar y orientar a quienes eran sus contactos estrechos. Las comunicaciones se concretaban casi exclusivamente desde los celulares personales de los profesionales. En general se hacía sólo vía Whatsapp (porque en ocasiones las personas no contaban con línea para llamados) y no se realizaba en modo privado u oculto por lo cual las personas podían realizar consultas telefónicas a los profesionales en cualquier momento si así lo requerían. Solo ocasionalmente las llamadas se realizaban desde un teléfono institucional debido a que el trabajo de acompañamiento lo hacían los profesionales mientras cumplían con la jornada de trabajo en forma remota, lo que ocurría semana por medio.

Se acompañó de este modo a una gran cantidad de familias: cerca de 3000. En las múltiples llamadas se gestionaban distintas cuestiones que tenían que ver con necesidades de medicación para enfermedades crónicas, alimentos, insumos de limpieza e higiene personal. Se proporcionaban los turnos para que se realizaran los hisopados, se viabilizaban otras consultas de salud como en el caso de embarazadas. Se brindaba información y contención emocional. Se trabajaba con un sinnúmero de cuestiones relativas a la organización doméstica, conflictos entre familiares y /o vecinos. Se diseñaba en conjunto con las familias estrategias que permitieran mantener en la casa a algún miembro de la familia para evitar una posible toma de la vivienda. Y hasta se gestionó la “restitución” de niños (que habían quedado en la villa) mientras sus madres cumplían el aislamiento en un hotel.

En algunos análisis sobre la pandemia como el de Paul Preciado³ se ha mencionado el tema de la reconfiguración del espacio y el tiempo producto del confinamiento. En nuestra experiencia de acompañamiento se observa claramente una suerte de indistinción entre los espacios “del adentro” y “del afuera”.

3 Preciado, Paul (2020) Aprendiendo del virus. En *Sopa de Wuhan*. Editorial ASPO.

Continuidad entre el trabajo doméstico y el remoto. Una suerte de continuidad/ convivencia entre los hogares de las personas que acompañábamos en la villa y los hogares de les profesionales.⁴ De alguna manera, a partir de vínculos remotos y con el soporte de Whatsapp a través de fotos y “estados” que proporcionaban mayor continuidad y eficacia a la comunicación también se producía un encadenamiento de la domesticidad, generándose una cierta nueva cercanía y ¿comunidad?⁵ con las personas en acompañamiento/seguimiento.

En cuanto a la temporalidad, para algunas de les profesionales se produjo una inmersión en un ciclo donde el tiempo de trabajo y el tiempo de descanso no se encontraban delimitados y se generaba una sensación de invasión que contribuía al agotamiento.

En relación a las presentaciones de las compañeras que me antecedieron en la reunión en las que se presentan la realidad hospitalaria de esos días y la tendencia a una biologización de los procesos asociados a la pandemia, agregaría que en los servicios de salud no se contaba con información sobre el sistema de salud en su totalidad. Es más, en los centros de salud no se conocía qué ocurría en los hospitales de referencia, qué recursos estaban disponibles, etc. Los problemas y demandas que se presentaban debían ser resueltos al interior de las propias redes personales/profesionales (a veces intersectoriales). Digamos que debido a esta suerte de “blindaje” que se produjo en los hospitales dedicados a atender casi exclusivamente casos de COVID, sólo se lograron concretar algunas pocas derivaciones al segundo nivel. El blindaje se produjo también en términos de comunicación e implicó un distanciamiento aun mayor al ya existente entre los centros de salud y el nivel hospitalario

4 También una continuidad entre los hogares de les diferentes profesionales/miembros del equipo de salud que se hallaban intercomunicados en forma permanente.

5 Comunidad con las experiencias de padecimiento y/o las propias experiencias de aislamiento de les profesionales por contacto estrecho.

ligado a la históricamente fallida “referencia-contrarreferencia” en el sistema de salud de CABA.

Una de las líneas de actividades desarrolladas desde los centros de salud fue el trabajo que apuntó a la comunicación con la población. Se desplegaron múltiples estrategias, entre ellas la apertura de nuevos canales en las redes sociales con las que se no contaba anteriormente. Si bien se mantenía un diálogo permanente vía Whatsapp con los referentes de las organizaciones sociales, se optó por ampliar el alcance elaborando artesanalmente numerosas comunicaciones y placas o *flyers* informativos - preventivos que tuvieran la capacidad de ser difundidos ampliamente en la comunidad. Por ejemplo, a partir de un primer diagnóstico en el que se percibía cierta estigmatización de las personas que se infectaban con COVID y que pasaban a ser consideradas “casos” o “sospechosos/peligrosos”, se decidió intentar revertir toda una tendencia discursiva culpabilizante y teñida de terminología bélica⁶ que se extendía desde los medios masivos de comunicación hacia el plano comunitario. En definitiva, se orientó la comunicación a deconstruir ese imaginario ya que era difícil de barajar y podía resultar sumamente nocivo y contraproducente. Apelando a la solidaridad colectiva y la cooperación, se buscó destacar las medidas de cuidado y prevención, los recursos de atención, la importancia del aislamiento y la recuperación de muchas personas que adquirirían la enfermedad (Imagen 1). Se brindó a diario información epidemiológica de la situación local. Asimismo se apuntó a evitar rumores y mensajes amenazantes o generadores de temor. De allí la producción de numerosos materiales que circularon por

6 El lenguaje de guerra aparece en expresiones tales como *enemigo invisible, sospechoso...* Y en paralelo se regresa a viejas contiendas geopolíticas por recursos sanitarios. Vacuna rusa, virus chino: viejas imágenes. Viejas estrategias como los cierres de fronteras, los toque de queda remedan a la guerra y en particular a la guerra fría.

Whatsapp y produjeron sinergia con aquellos que crearon las propias organizaciones (algunos con asesoramiento del equipo de salud).

Imagen 1. Placa de difusión

Que palabras preferimos usar ...

- Usemos el nombre oficial de la enfermedad: COVID-19 o nuevo coronavirus.
- Hablemos de personas que tienen COVID-19 o coronavirus, y no de "casos".
- Cuando el diagnóstico no está confirmado, digamos "personas que pueden tener coronavirus".
- No digamos que son "casos sospechosos".
- Las personas contraen la enfermedad.
- No digamos que "infectan" a otras personas o "propagan el virus" (eso asusta y es acusatorio, como si esas personas hubieran hecho algo mal y fueran culpables de transmitir el virus intencionalmente).
- Hablemos con claridad de las recomendaciones para evitar y reducir la transmisión del virus.
- Destaquemos las medidas de cuidado y prevención, los recursos de atención, la importancia del aislamiento, y la recuperación de muchas personas que tuvieron la enfermedad.
- Evitemos rumores y mensajes de amenaza o el uso de palabras que generen miedo.

Seamos parte del cuidado integral, entre todos y todas, para todos y todas. Sigamos trabajando desde la solidaridad colectiva y la cooperación

Fuente: Elaboración Equipo de salud del CeSAC 1.7

Otro de los asuntos destacables de la experiencia en Villa 21-24 y Zavaleta es el relevamiento de las personas residentes fallecidas. Se trata de un relevamiento artesanal⁸ de los fallecimientos (por COVID y otras causas) en el período. En el marco de las reuniones del Comité de emergencia del barrio, al compartir el equipo responsable los datos sobre la evolución de la epidemia, la cuestión de la letalidad o mortalidad quedaba vacante y resultaba muy difícil saber cuántas personas habían muerto en Villa 21-24 y Zavaleta. No se contaba con el dato en forma oficial. De manera que, contando con la participación

7 Integrantes que participaron de la actividad Carina Mackler, Mariela La Salvia, Marilina Iglesias, Daniela Cormick, Andrea Gómez y Claudia Teodori.

8 El registro lo lleva a delante un equipo interdisciplinario formado por Daniela Cormick, Lucila Pelatelli, Andrea Gómez, Romina España y Juan Calvetti.

de las organizaciones barriales, durante más de cinco meses se reunió información que provenía de diversas fuentes (les referentes de las organizaciones, los grupos de whatsapp, etc.). El mayor caudal de información lo aportó semanalmente la Parroquia Caacupé que contaba con un registro propio. El proceso se completaba cruzando los datos obtenidos con la base del Sistema Integrado de Información Sanitaria Argentino (SISA) y el Sistema del Ministerio de Salud del GCBA (SIGHEOS).

Conocer con detalle quiénes y de qué modo murieron las personas en la Villa podría también responder a la necesidad de narrar una dimensión particular de la pandemia y dar visibilidad al sufrimiento más allá de las cifras. Fundamentalmente cuando nos encontramos frente a ciertos regímenes de visibilización que oscurecen, que impiden que puedan visualizarse el sufrimiento y las muertes. Donde resultaron contadas las escenas que permitían entrever muertos. Donde se sustrajeron los cuerpos y se anularon los rituales de despedida. De algún modo, este relevamiento de fallecidos podría constituir una apuesta por disputar el sentido en ese campo también.

Para concluir, me propongo mostrar algunas cuestiones de la agenda de género; intento dejar alguna viñeta en relación a dos temas: las violencias y la interrupción del embarazo.

Respecto de las violencias en el campo de la salud sabemos que la mayoría de los dispositivos hospitalarios que prestaban habitualmente algún tipo de atención en casos de violencia, durante la pandemia, quedaron prácticamente desactivados. Espacios de atención, de seguimiento, grupos de mujeres, dejaron de funcionar. Al mismo tiempo, sin embargo, y tal como se insistió desde diferentes espacios institucionales, los casos crecieron en forma exponencial. Distintas experiencias han dado cuenta de la dificultad que conlleva sistematizar la información en torno de las violencias, pero —aunque fragmentaria— hay

información que puede recuperarse. Como también lo reflejaron los medios de comunicación, las situaciones de violencia crecieron en magnitud pero ese crecimiento se vio mucho mejor reflejado en las respuestas de los sistemas de justicia que de los sistemas de salud. Cabe mencionar las dificultades para el abordaje de las violencias que se presentaron en el período en los centros de salud: la escasez de refugios para derivar a las mujeres, los refugios reorganizados con protocolos muy estrictos para recibir a nuevas mujeres y las líneas de atención telefónica colmadas obturaban la posibilidad de brindar una atención integral. En realidad, la ya reducida integralidad de las respuestas a las violencias por parte de los servicios de salud, se vio agravada por la pandemia.

En relación a la interrupción del embarazo, el participar desde el centro de salud del espacio de atención de ILE⁹ me proporcionó una perspectiva interesante de una realidad que se replicaba en toda la Ciudad de Buenos Aires (CABA). En cuanto a los datos proporcionados por el Programa de Salud Sexual y Reproductiva del Gobierno de la CABA, se advierte que durante el semestre anterior, el segundo semestre del 2019, en toda la CABA se practicaron más de 4700 intervenciones, la mayoría en el ámbito de atención primaria. Para el año 2020, se proyectaban unas 10.000 atenciones en ILE en la CABA. Durante el primer semestre, gran parte del cual transcurrió en ASPO, se realizaron 4100 intervenciones de ILE. O sea, 600 intervenciones más que en el mismo período del año anterior. Es decir, en contexto de pandemia la práctica de ILE no solo no se redujo sino que se desplegó además de una manera muy cuidada. También se desarrolló con algunas particularidades. Cambió el perfil de cómo accedían las mujeres a los centros de salud ya que llegaron mucho más por el “boca a boca” y tuvieron menos

9 El 24/1/21 entró en vigencia la tan militada ley 27610 de Interrupción voluntaria del embarazo.

rebote en distintos servicios para obtener la respuesta. Las mujeres atendidas además recibieron en mayor medida anti-concepción inmediata post aborto (AIPE) que es la anticoncepción que se apuesta a garantizar como buena práctica de salud. En los meses de marzo y abril su provisión fue récord y fue récord también la cantidad de métodos de larga duración que se suministraron en ese período. Esto habla un poco de cierta dualidad al interior de los propios servicios de salud, dentro del propio subcampo de la salud. Y aquí hay que mencionar que gran parte de los resultados de ese trabajo fueron el fruto del poner el cuerpo y su tiempo por parte de les profesionales, de disponer del propio teléfono personal, de la capacidad de generar estrategias creativas, de activar redes para apoyar a las mujeres para sortear diferentes obstáculos. Por ejemplo: generar órdenes médicas con citas y enviarlas por celular porque muchas no lograban tramitar el permiso de circulación e incluso podían ser obligadas a bajar del colectivo cuando se trasladaban desde el conurbano para atenderse.

Por último, queda por resaltar algo respecto de la crisis de los cuidados y el papel de les trabajadores de salud: hubo muchos momentos muy álgidos y que también demandaron la propia organización del colectivo como trabajadores. Las condiciones de la población para aislarse y cumplir con todas las medidas propuestas no eran óptimas. Pero tampoco lo eran las condiciones para el equipo de salud que para resguardar su seguridad, contar con los equipos de protección y la organización de los dispositivos de trabajo y todo lo que tiene que ver con el cuidado del personal requirió, y requiere aun hoy,¹⁰ encarar una tarea extra. En alianza con las organizaciones y la población del barrio se convocó a funcionarios, se elevaron

10 Finalizando enero 2021 y a un mes de la llegada al país de las vacunas contra el COVID destinadas al personal esencial, gran parte del equipo de salud de la CABA aún no ha recibido siquiera información de una posible fecha de vacunación.

petitorios, se desarrollaron reclamos que se difundieron en las redes sociales, se realizaron movilizaciones, etc. En el contexto actual la mayoría de los trabajadores de salud somos mujeres y una parte importante, las compañeras enfermeras, integran una profesión feminizada y ligada al cuidado que permanece tan desvalorizada que ni siquiera forma parte de la carrera de profesionales de la salud en CABA. Tales arbitrariedades se vieron mucho más claramente en los últimos meses de pandemia, cuando enfermeras se movilizaron por sus condiciones de trabajo y hasta resultaron reprimidas. Aunque no fueron los únicos episodios de avasallamiento que estuvieron atravesados por las cuestiones de género, ya que también se registró violencia hacia residentes.¹¹

Rescatamos la presencia de diversos modos muy personalizados de cuidar, estrategias encaradas principalmente por mujeres: mujeres de las organizaciones sociales en los barrios vulnerados, mujeres referentes, mujeres promotoras de salud, mujeres trabajadoras de salud que desplegaron toda una modalidad particular (¿femenina?) de atravesar la pandemia.

También hemos subrayado una serie de cuestiones clave en la organización de las respuestas que revelan la importancia de lazos previos entre actores individuales y colectivos. Y por ahí para redondear, destacaría que los logros en Villa 21 se alcanzaron más allá de los lineamientos generales del Gobierno de la CABA. Se pudo explorar y consolidar organización porque existía toda una base previa y robusta de las organizaciones sociales de Villa 21-24 y Zavaleta y con las que se viene trabajando muy intensamente desde hace mucho tiempo. Hay mucha historia de trabajo entre los equipos de salud y las organizaciones. Los frutos se deben principalmente a una tarea trabajo que se

11 La información sobre violencia hacia residentes, enfermeras y la situación del personal de salud de la CABA puede ampliarse accediendo al Informe 15 "*Llueve sobre mojado. La crisis del sistema sanitario de CABA se agravó en pandemia*" del Observatorio Universitario de Buenos Aires en <http://general.filo.uba.ar/observatorio-universitario-de-buenos-aires-ouba>.

lleva a cabo no solo conociendo la realidad de las prácticas de las personas y de los conjuntos sociales desde lo que pueden ser nuestras disciplinas, sino que se gesta *con* las personas. Y este conocimiento tan importante y significativo se desarrolla *con* esos grupos y personas.

Revisado en enero de 2021.

Problemas socio-sanitarios y producción de conocimiento antropológico en el contexto de la pandemia por COVID-19

Reflexiones desde la gestión

María Laura Recoder y María Guadalupe García

1

Esta presentación es un intento de reflexionar sobre algunas experiencias producto del trabajo cotidiano en dos espacios de gestión, que en este momento -octubre de 2020- están interviniendo directamente en la respuesta al COVID-19 en diferentes niveles y con distintos roles: uno de ellos implicado en la producción y análisis de información epidemiológica a nivel nacional y el otro vinculado a la organización de la atención de la salud mental, los consumos problemáticos y las violencias en la provincia de Buenos Aires. En este sentido, nuestro objetivo es compartir un conjunto de consideraciones conceptuales preliminares, traccionadas desde esta doble inserción institucional. Así, apoyadas en las herramientas teóricas y metodológicas de nuestra disciplina procuramos identificar y esbozar algunos problemas y cuestiones surgidos de la praxis profesional en la gestión en salud.

Intentamos desarrollar aquí de manera retrospectiva, “con el diario del lunes”, un proceso de reflexión, entendiendo que no existen recetas para explicar, comprender, aplicar e intervenir en la situación excepcional en la que nos encontramos; y vaticinando también que estas palabras serán revisitadas en la tirada

del próximo lunes. Tal vez como nunca antes, durante estos últimos meses, ha quedado en evidencia lo precario y provisorio de los esquemas de conocimiento.

Con Marcel Mauss, podemos pensar una epidemia como un “hecho social total” en la medida en que se trata de acciones individuales concretas que manifiestan, a manera de síntesis, la confluencia de lo físico, lo psicológico, lo histórico y lo sociológico; desplegando el carácter sistemático de lo social y mostrando “a la vez y de golpe” no sólo el conjunto de instituciones sociales sino también los órdenes que las fundamentan. A su vez, la globalidad del fenómeno pandemia puede ser considerada como un hecho social total más intensamente total, en tanto moviliza el conjunto de la experiencia total de cada parte y evidencia la naturaleza comunicativa y transaccional de la existencia humana.¹

Estamos todos, aunque ciertamente de manera diferencial, siendo afectados por el COVID y la respuesta socio-sanitaria global-local. Interpelados por la incertidumbre que provoca la idea de contagio, la presencia de la enfermedad y la posibilidad de muerte en un horizonte cercano y probable. Esta experiencia de afectación compartida, coloca a investigadores, gestores y trabajadores de salud en la imperiosa necesidad de construir caminos que permitan tomar distancia del fenómeno, para poder verlo, pensarlo e intervenir sobre él. Procesos de objetivación que en este contexto suponen un enorme esfuerzo intelectual y afectivo. Los antropólogos tenemos una amplia reflexión sobre las posibilidades y las formas de construir esa necesaria distancia con el objeto, como “exotizar” lo familiar, desnaturalizar lo natural, historizar la intuición. También sabemos que no es fácil lograrlo. ¿Cómo observar críticamente, en mitad de la tormenta, la avasallante construcción hegemónica de la pandemia del COVID-19 cuya solución se ubica en el

1 González Castillo, E. (2005) Sobre la noción de hecho social total. *Revista Bricolage*, 8.

campo de la tecnología y que, de la mano de las corporaciones médico-farmacéuticas, trabajan contra reloj en el diseño de una vacuna? ¡Qué difícil, qué anti intuitivo es desandar este pensamiento monolítico del milagro de la razón instrumental y la ética del humanitarismo!

2

Entendemos la salud pública como un objeto complejo, multifacético y contradictorio, que ha sido reducido tradicionalmente a un plano individualizado de causalidad etiológica y reduccionismo biológico, reduciendo o subordinando los procesos de producción socio-histórica de la salud, la enfermedad, la atención, el cuidado y la muerte. Este es el escenario en el que se desarrollan las principales respuestas al COVID-19.

Un escenario nacional/globalizado en donde la clínica y la epidemiología se posicionan como actores principales en la definición y diseño de las respuestas sociales a la pandemia. Una epidemiología orientada hacia la enfermedad, vista como una construcción subordinada a la biomedicina, capaz de unir lo social y lo biológico como factores que buscan establecer relaciones causales a partir de conclusiones provenientes de una “caja negra”, carente de problematización. Una epidemiología en su versión más convencional y hegemónica, que aborda los problemas de la salud a través de la construcción de modelos multivariados que, de forma fragmentada, ven en las estimaciones de riesgo explicaciones al fenómeno complejo de la salud.

Para la antropología de la salud, la enfermedad implica tanto anomalías orgánicas, eventos biológicos como relaciones y procesos sociales y culturales experimentados por los sujetos, no necesariamente susceptibles de ser medidos, sino más bien comprendidos. Explorar el riesgo más allá del concepto

de probabilidad, es fundamental para develar su entramado constitutivo, que sólo podrá ser aprehendido y comprendido a partir de las historias y relatos de casos singulares y más allá de las variables fragmentadas y atomizadas.

El modelo de acción epidemiológico frente a la emergencia inusitada de casos de alguna enfermedad u evento dispara un esquema de conocimiento y acción clásico conocido como investigación de brote. La investigación de brote involucra una serie de pasos sucesivos que deben llevarse adelante de forma ordenada, lineal, consecutiva y precisa. Existe un consenso generalizado sobre esta modalidad de intervención e investigación, basado en las perspectivas y modelos arriba mencionados y sustentado en el imperativo moral de librar la batalla a la enfermedad y liberar a las personas y grupos afectados de la enfermedad y la muerte.

Cada instancia de la investigación de un brote involucra un conjunto variado de jurisdicciones, instituciones y equipos de trabajo, que imprimen una complejidad importante y fundamental en la posibilidad de desarrollar una respuesta adecuada y oportuna. Cada uno de estos pasos supone algunas certezas y muchas incertidumbres, dudas, falta de conocimiento, ambigüedades, idas y venidas; que por supuesto no están escritas en ningún manual de epidemiología y en ningún protocolo de intervención. Sin embargo, en el informe final y en “las lecciones aprendidas”, la incertidumbre y el caos se disipan en una compleja retroalimentación entre la realización de las acciones y la comprensión del acto, en la que el horizonte de interpretación es siempre y exclusivamente biomédico. La pandemia continúa, el “informe final del brote de COVID-19” todavía no se puede escribir pero, cuando se haga, podremos observar el orden preciso otorgado a los acontecimientos desordenados, inciertos, escurridizos, a los que estamos asistiendo.

3

En el nivel de la gestión, especialmente cuando está en juego la gestión de la organización territorial de la respuesta sanitaria, nuestra praxis profesional demanda la comprensión *en tiempo real* de los efectos formativos y productivos de las intervenciones y tecnologías biomédicas y del modelo de contención del brote.

La construcción de eventos sociales como ¿punto 0? del brote, de los vínculos sociales y afectivos como “contactos estrechos”, de las prácticas cotidianas como “nexos epidemiológicos” y el despliegue de medidas de control de transmisión viral con el consecuente aislamiento de sujetos y/o grupos, producen en los territorios profundas alteraciones de la vida cotidiana, nuevas necesidades y problemas, numerosas interrupciones. Cabe aquí preguntarnos por aquello que el modelo de contención de la transmisión viral “hace hacer”.²

Consideremos, por ejemplo, la singular intervención en el barrio de Villa Azul a mediados del mes de mayo. Una intervención que, recordemos, fue diseñada tras el dramático incremento de casos y muertes en los denominados “barrios vulnerables” de la ciudad de Buenos Aires y ante la proximidad espacial y social de este barrio con Villa Itatí, presentada en algunos medios como “la villa más grande del Gran Buenos Aires”. Con este horizonte, la detección repentina de 173 casos desencadenó una serie de acciones orientadas al control de la transmisión viral, intervención socio-sanitaria que implicó:

- » la organización de equipos de agentes sanitarios, promotores de salud y referentes barriales para la pesquisa puerta a puerta de síntomas,

2 Margulies, S. (2020, 21 de octubre) Presentación en el panel “Pandemia y Salud Integral. Lecciones Aprendidas y Acciones Necesarias”. Primer encuentro Agenda Universitaria en tiempos de pandemia, Buenos Aires..

- » la movilización del equipamiento y los equipos de salud necesarios para montar rápidamente un consultorio clínico y un laboratorio para la toma de muestras,
- » la organización de operativos de “desinfección” de los espacios del barrio,
- » el diseño de un circuito espacial “seguro” para que las personas con síntomas recorrieran el camino desde sus hogares hacia la fila donde aguardaban el hisopado,
- » la organización de un sistema de traslado para personas que debían desplazarse al hospital general, al hospital modular o al centro de aislamiento.

Esta forma de organización de la respuesta movilizó a su vez un enorme conjunto de estrategias e intervenciones que, subordinadas a la dinámica y prioridades de las intervenciones sanitarias, debieron dar respuesta y atender las necesidades y dificultades surgidas de las medidas de control del brote. Entre muchas otras, podemos mencionar:

- » la provisión de medicación para la continuidad de tratamientos crónicos,
- » la provisión de elementos de limpieza y desinfección,
- » la provisión de alimentos para quienes tenían los medios (cocina y gas) para elaborar comida en su vivienda y de viandas para quienes no contaban con esos recursos básicos,
- » la permanencia cotidiana de fuerzas de seguridad dentro y en las fronteras del barrio,
- » la reorganización de los sistemas de depósito y recolección de residuos,
- » la provisión de agua potable, ya que la mayoría de los hogares no tenía acceso a la red de agua corriente,
- » la contratación de camiones atmosféricos que vaciaran periódicamente los pozos,
- » el despliegue de estrategias comunitarias de cuidado de niños, ancianos y personas con discapacidad,
- » la provisión de mercadería para los comercios barriales,

- » la instalación de un cajero electrónico móvil para proveer de dinero en efectivo a aquellos que contaban con ingresos bancarizados,
- » el diseño de estrategias de atención de situaciones de crisis por consumos problemáticos de sustancias y otras emergencias de salud,
- » la provisión de materiales para refaccionar viviendas dañadas por sus precarios materiales.

En los hogares a su vez debieron reorganizarse rutinas diarias, prácticas cotidianas y roles domésticos. Todo ello mientras lxs vecinxs veían en los televisores o en sus celulares alarmantes informaciones, mapas y gráficos sobre su barrio, reportes a veces estigmatizantes, historias trágicas y tristes pronósticos sobre el devenir de sus territorios y sus vidas.

Frente a la construcción de la “historia natural de las epidemias”, frente a la universalización y estandarización de una pandemia global, esta viñeta de Villa Azul, como un “laboratorio observacional” para volver a recordar a Mauss, nos muestra cómo la pandemia no es un virus o en todo caso, es mucho más que un virus. Aquí, las medidas de contención del brote se inscriben y despliegan sobre viejas desigualdades y precarias condiciones de vida y sus efectos estallan y se disparan de múltiples, variadas y a veces imprevisibles maneras.

En este marco, el ejercicio antropológico en la gestión demanda aportar a intervenciones atentas a la producción social de los padecimientos, las tramas locales en las que se produce la enfermedad y los modos en que se produce la distribución desigual del daño

4

Los modelos explicativos de base exclusivamente biológica e individual complementados con variables socioculturales no son suficientes. Si la biomedicina y la epidemiología necesitan

hacer un giro en sus formas de comprensión del mundo, a nosotrxs, como antropologxs nos debe convocar el desafío de producir conocimiento e intervenciones pertinentes y significativas que pueda aportar a la construcción de objetos complejos desde una perspectiva de salud colectiva.

Como afirma Ingold³ realizar

...una contribución crítica a la manera en que entendemos el proceso humano de estar-en-el-mundo. Crítica necesaria en un ambiente intelectual, político y económico que siempre ha tendido a divorciar los asuntos humanos del continuum de la vida orgánica (2015: 13)

Diferentes estrategias pueden aportar a captar e intervenir sobre los complejos ensamblados de virus, tecnologías, instituciones, cotidianos y biografías. Sin duda, se requerirán enfoques y herramientas conceptuales y metodológicas flexibles y adaptables, orientadas a apuntalar un abordaje de los procesos salud-enfermedad-atención atento a las experiencias diferenciales en función del género, el momento del ciclo de la vida, el espacio y las condiciones habitacionales, las redes de apoyo, las formas organizativas locales, la condición migratoria y/o étnica, la situación familiar y laboral y las prácticas cotidianas de personas y grupos.

El trabajo territorial, la integración interprofesional e interdisciplinar, la revalorización de la Atención Primaria de la Salud, el fortalecimiento de las estrategias comunitarias y las prácticas de autoatención, la articulación intersectorial y de las intervenciones sanitarias, sociales, económicas y/o educativas, también pueden inscribirse en este esfuerzo y desafío

3 Ingold, Tim (2015) Tres en uno: Cómo disolver las distinciones entre cuerpo, mente y cultura. En Sanchez Criado, T. (ed.) *Tecnogénesis. La construcción técnica de las ecologías humanas*. Vol. 2. AIRB, pp. 1-35.

de contribuir al desarrollo de una respuesta socio-sanitaria al COVID-19 fortaleciendo los procesos de protección y cuidado individuales y colectivos.

Con el objetivo primordial de construir respuestas oportunas y eficaces para mitigar el sufrimiento, la enfermedad y la muerte, necesitamos poner a prueba toda nuestra creatividad para instrumentar una mirada con apertura hacia el “otro” que pueda aportar al desarrollo de intervenciones socio-sanitarias en contexto de incertidumbre.

Revisado en abril de 2021.

Autoras

Gabriela Souto

Estudiante y tesista de Licenciatura de Ciencias Antropológicas UBA, integrante del Servicio Social del Instituto de Tisioneumonología "Profesor Dr. Raúl Vaccarezza" de la Facultad de Medicina de la UBA.

Lorena Pratto

Magister en Antropología Social Ides/Idaes-UNSAM, trabajadora social en el Ministerio de Salud de la CABA.

Jazmín Berenstein

Profesora en Ciencias Antropológicas de la UBA, maestranda en Epidemiología, Gestión y Políticas de Salud de la UNLa, trabajadora del Ministerio de Salud de la Provincia de Buenos Aires.

Dana Gutman

Estudiante y tesista de Licenciatura de Ciencias Antropológicas UBA, trabajadora del Ministerio de Salud de la Provincia de Buenos Aires.

Claudia Teodori

Magister en Epidemiología, Gestión y Políticas de Salud de la UNLa, docente UBA / UNPaz, tesista del Doctorado en Antropología de la UBA, socióloga en el Ministerio de Salud de la CABA

María Laura Recoder

Doctora por la Universidad Federal de Bahía, Brasil, docente de posgrado UBA / FLACSO, investigadora y coordinadora de la Residencia de Epidemiología del Ministerio de Salud de la Nación.

María Guadalupe García

Doctora en Antropología por la Universidad de Buenos Aires, investigadora asistente de CONICET, docente UBA. En el momento de la reunión se desempeñaba en la Subsecretaría de Salud Mental, Consumos Problemáticos y Violencias en el Ámbito de la Salud Pública del Ministerio de Salud de Provincia Buenos Aires.

Esta compilación integra las presentaciones efectuadas por integrantes e invitadas del equipo del Programa de Antropología y Salud de la Sección de Antropología Social en su reunión virtual del día 2 de noviembre de 2020.

Tras una actividad de discusión bibliográfica sobre epidemias realizada el mes anterior, se acordó compartir “entrecasa” experiencias en torno de la pandemia por COVID-19 de aquellas de nosotrxs que en el momento se desempeñaban (y desempeñan hoy) en espacios institucionales del sistema de salud. En el encuentro se presentaron relatos y reflexiones sobre las prácticas y las ocurrencias en distintos contextos: hospitales, centros de salud, el trabajo territorial y el nivel normativo.

En el cierre y tras el debate colectivo, evaluamos la conveniencia de editar estas presentaciones por la riqueza, la diversidad y los aprendizajes que se estaban haciendo y por el valor del registro de los procesos, los eventos, las dificultades y vicisitudes que se atravesaban en las respuestas a la epidemia.

Palabras clave: Pandemia, COVID-19, Antropología de la Salud, Instituciones de salud.

