



# Trabajar en salud durante la pandemia: Experiencias de vinculación con la comunidad relativas a la producción social del cuidado en Mar del Plata, Argentina<sup>1</sup>

Work in health during the pandemic: Experiences of linking with the community related to the social production of care in Mar del Plata, Argentina


**Valeria Alonso<sup>a</sup>**

 <https://orcid.org/0000-0002-5080-8986>  
E-mail: valeria.alonso@gmail.com


**Sonia Fuertes<sup>b</sup>**

 <https://orcid.org/0000-0001-8999-7705>  
E-mail: sofuertes.sf@gmail.com


**Laura Paola Sánchez<sup>a</sup>**

 <https://orcid.org/0000-0003-0498-4855>  
E-mail: laurasanchez3296@gmail.com


**María Mercedes Hoffmann<sup>a</sup>**

 <https://orcid.org/0000-0001-7181-7470>  
E-mail: prof.mercedes.hoffmann@gmail.com

**Paula Mercedes Romero<sup>c</sup>**

 <https://orcid.org/0000-0002-7302-771X>  
E-mail: paulamercedesromero@gmail.com

**Paula Posada Campoy<sup>b</sup>**

 <https://orcid.org/0000-0003-1881-0100>  
E-mail: paulaposadac@gmail.com

<sup>a</sup>Universidad Nacional de Mar del Plata. Instituto Nacional de Epidemiología. Administración Nacional de Laboratorios e Institutos de Salud. Mar del Plata, Buenos Aires, Argentina.

<sup>b</sup>Instituto Nacional de Epidemiología. Administración Nacional de Laboratorios e Institutos de Salud. Mar del Plata, Buenos Aires, Argentina.

<sup>c</sup>Universidad Nacional de Mar del Plata. Facultad de Psicología. Mar del Plata, Buenos Aires, Argentina.

## Resumen

En este artículo proponemos visibilizar las estrategias de vinculación comunitaria de trabajadores/as de salud pública relativas a la producción del cuidado en el contexto crítico de la pandemia de la covid-19, signado por la profundización de la pobreza, la restricción de los servicios de salud y las tensiones del sistema sanitario en Argentina. Con un diseño metodológico cualitativo y enfoque etnográfico, entrevistamos a trabajadoras/es de distintas disciplinas, ocupaciones y géneros que se desempeñan en centros de salud y hospitales públicos en Mar del Plata y zonas rurales circundantes, entre los meses de marzo y diciembre de 2021. A partir de sus narrativas, analizamos las dimensiones de acceso a la alimentación, medicación y terapias holísticas, las dificultades encontradas y su contribución a la producción social del cuidado en salud. Concluimos que las estrategias generadas conllevan el potencial instituyente para la reorientación de los servicios públicos de salud de acuerdo con los desafíos del derecho a la salud desde la perspectiva de género y derechos en el tránsito a la postpandemia.

**Palabras clave:** Pandemias; Salud pública; Participación social; Perspectiva de género.

## Correspondencia

Ituzaingó 3520. Mar del Plata, provincia de Buenos Aires, Argentina.  
CP: 7600.

<sup>1</sup> Este trabajo forma parte del proyecto de investigación: *Transitar de la pandemia a la postpandemia, desafíos y posibilidades de los escenarios en la salud pública desde las narrativas de sus trabajadores/as.*

## Abstract

In this article we propose to make visible the strategies of community engagement of public health workers related to the production of care in the critical context of the covid-19 pandemic, marked by the deepening of poverty, the restriction of health services and the tensions of the health system in Argentina. With a qualitative methodological design and ethnographic approach, we interviewed workers from different disciplines, occupations and genders, who work in health centers and public hospitals in Mar del Plata and surrounding rural areas, between the months of March and December 2021. Based on their narratives, we analyze the dimensions of access to food, medication and holistic therapies, the difficulties encountered and their contribution to the social production of health care. We conclude that the strategies generated carry the instituting potential for the reorientation of public health services in accordance with the challenges of the right to health from the perspective of gender and rights in the transition to the post-pandemic.

**Keywords:** Pandemics; Public health; Social participation; Gender perspective.

## Introducción

Una fría mañana de invierno de 2021 llegamos hasta el barrio La Herradura de Mar del Plata a tomar algunas fotos del trabajo de campo para el proyecto de investigación orientado a indagar cómo organizar la atención de salud en la transición de la pandemia a la postpandemia en Argentina. Decenas de mujeres jóvenes con niños/as, personas mayores y hombres llegaban y se acomodaban en hilera frente a las puertas del pequeño templo evangelista donde se aplicaban las vacunas contra la covid-19. Un enorme cartel deteriorado con la imagen de Jesucristo dominaba la escena del operativo de vacunación montado por la provincia de Buenos Aires (Fig. 1).<sup>2</sup> En el contexto signado por la desigualdad social, étnica y de género que caracteriza a Argentina y la región, con la pandemia en Mar del Plata se profundizó la pobreza ya instalada en décadas anteriores. La respuesta social no tardó en llegar; organizaciones sociales y barriales conformaron una red de contención solidaria integrada en su mayoría por mujeres, los comités barriales de emergencia (CBE). Las/os trabajadoras/es de salud pública advirtieron las dificultades de acceso, restricción de los servicios, discontinuidad de los tratamientos y tensiones propias del sistema sanitario. En este marco traumático, se generaron estrategias de articulación con la comunidad aprovechando los espacios de relativa autonomía que existen en los intersticios del sistema de salud, especialmente en el primer nivel de atención.

Con el propósito de visibilizar las estrategias de vinculación comunitaria que lograron articularse durante la pandemia, en este trabajo analizamos las iniciativas de las/os trabajadoras/es de salud desde sus propias narrativas, promovidas entre los años 2020 y 2021 en Mar del Plata y zonas rurales circundantes. Al final, discutimos su potencial instituyente para la reorientación comunitaria de los servicios públicos de salud de acuerdo con los desafíos sociales del derecho a la salud desde la perspectiva de género y derechos en el tránsito a la postpandemia. Su objetivo consistió en analizar,

---

<sup>2</sup> Una versión preliminar fue presentada en las III Jornadas de la Red de Antropología y Salud de Argentina, en Rosario, provincia de Santa Fe, julio 2022.

en las narrativas de las/os trabajadoras/es de la salud pública, las principales problemáticas y estrategias locales en la transición hacia la postpandemia en Argentina.<sup>3</sup>

**Figura 1 – Posta de vacunación**



La pandemia por la covid-19 irrumpe como un hecho social que agudiza problemáticas preexistentes. Se entrecruzan cuestiones socio sanitarias no resueltas con la desigualdad social y la precarización laboral del personal sanitario. Resurgen modalidades de atención ajenas a las especialidades biomédicas orientadas a la contención de un fenómeno que afecta la salud no solo en su dimensión biológica. La pandemia también deja consecuencias inmediatas y específicas en torno a la vacunación, la atención a pacientes con enfermedades crónico-degenerativas y la prevención de enfermedades infecciosas, así como el abastecimiento de medicamentos e insumos de salud (Menéndez, 2020). La crisis socioeconómica y la desocupación derivan en mayor pobreza, con repercusiones en la alimentación.

Las recomendaciones de expertos y organismos internacionales vuelven a las medidas básicas de autoatención como el lavado de manos, uso de cubrebocas, distancia social y confinamiento, que involucran singularmente a los sujetos y grupos sociales (Menéndez, 2021). Pero estos modos de autoatención quedan subsumidos en las contradicciones del modelo médico hegemónico que con la pandemia los absorbió como propios

a la vez que subestimó los saberes populares. Los lineamientos oficiales relegaron a la medicina tradicional en América Latina, así como la medicina alternativa y complementaria que no fueron consideradas formas válidas de atención y prevención (Menéndez, 2020). Las dimensiones históricas, sociales y culturales del proceso de salud y enfermedad volvieron a ser excluidas o subalternizadas por el biologicismo (Menéndez, 2003), representando con ello una problemática para la valoración de la mirada socioantropológica en salud y la epidemiología sociocultural.

La pandemia también visibilizó la crisis de los cuidados. Se entiende por cuidados todas aquellas “actividades indispensables para satisfacer las necesidades básicas de la reproducción de las personas, brindándoles los elementos físicos y simbólicos que les permiten vivir en la sociedad” (Tajer, 2021, p. 1) y que aún no se han repartido equitativamente entre varones y mujeres debido a las marcadas desigualdades de género que los naturalizan como una tarea propia de las mujeres dentro y fuera del espacio doméstico. Los cuidados son centrales en la vida social, incluyen el cuidado de sí y de otras personas, la limpieza, adquisición y preparación de alimentos, los traslados de niños/as, personas mayores, enfermas o con discapacidad. Pueden realizarse en las familias o comunidades en forma no remunerada o ser ofrecidas en el sector público o privado. En los cuidados en salud se distinguen dos áreas o esferas principales: la producción institucional y la producción doméstica (Tajer, 2021). Según esta autora, el ámbito sanitario no es la excepción a la crisis de los cuidados que se ha agudizado con la pandemia, dado que se reproducen asimetrías sociales entre varones y mujeres que determinan diferencialmente el proceso de salud, enfermedad y cuidados debido a la mayor concentración de mujeres quienes realizan en sus hogares una segunda jornada de trabajo (Tajer, 2021). La pandemia presenta una

3 Proyecto financiado por la Agencia Nacional de Promoción de la Investigación, el Desarrollo Tecnológico y la Innovación, Convocatoria PISAC COVID-19, 2020. La red de investigación está conformada por las Universidades Nacionales de Lanús, Córdoba, Santiago del Estero, Salta, Rosario, Misiones, la Patagonia Austral, Villa María y el Instituto Nacional de Epidemiología (INE/ANLIS) de Argentina. Nuestro agradecimiento a las/os trabajadoras/es de salud entrevistadas/os.

oportunidad para desnaturalizar la feminización del cuidado interpelando a quienes cuidan más allá del ámbito doméstico.

Franco y Merhy (2011) conceptualizan la producción subjetiva del cuidado en salud y su importancia para analizar las condiciones de trabajo, los escenarios, las prácticas y la propia subjetividad de los/as trabajadores/as. Ellos advierten que:

Los trabajadores construyen su proceso de trabajo de acuerdo con un modo singular de significar el mundo e intervenir en él, poniendo un límite a las directrices normativas que intentan encuadrar las prácticas del cuidado en fórmulas rígidamente protocolares. El plano del trabajo y del cuidado en salud es el lugar de manifestación de las singularidades y por ello es diverso, múltiple, como expresión de las subjetividades en acción. (Franco; Merhy, 2011, p. 9)

En tal sentido, la producción del cuidado no se construye por fuera de la subjetividad, sino que es una dimensión de análisis necesaria en las evaluaciones cualitativas del trabajo en los servicios de salud. Las personas trabajadoras están afectadas por las normas y protocolos que rigen la tarea, pero construyen ámbitos de micropolítica capaces de producir subjetividad en el trabajo vivo (Franco; Merhy, 2011), una subjetividad que puede trascender los protocolos de atención y dar lugar a modos creativos de producción del cuidado, necesarios en contextos sanitarios atravesados por la incertidumbre.

### **Multiplicidad de actores en el escenario sociosanitario**

Diversos trabajos dan cuenta de cómo se reinventaron estrategias de participación social y redes de cuidado en el contexto de pandemia. Se visibiliza cómo, más allá del distanciamiento social, la vida en las periferias urbanas se vuelve, paradójicamente, comunitaria, interdependiente y colectiva. Aunque los países de América Latina adoptaron medidas de aislamiento social de diferentes alcances, el énfasis estuvo más en la atención hospitalaria que en la atención primaria en el territorio, como expresión de la predominancia

de visiones antropocéntricas, curativas, medicalizadas y utilitarias (Giovanella et al., 2021). En Brasil, las estrategias de salud estuvieron centradas en la enfermedad, a través de abordajes individuales y clínicos (Santana; Medeiros; Monken, 2022). Los esfuerzos intersectoriales fueron considerados fundamentales para afrontar la pandemia en ciudades brasileñas y garantizar condiciones de vida básicas. Las acciones solidarias locales habilitaron redes de comunicación con financiamiento colectivo y donaciones. Fueron voluntarios/as quienes trabajaron en forma directa con la población en el territorio, acercando información, productos y canastas básicas (Sperandio et al., 2021).

En Argentina, la experiencia de la pandemia fue una oportunidad para fortalecer la conformación de redes territoriales en salud. Domínguez Mon, Puricelli y Cayumán (2021) encontraron una dimensión profundamente creativa en la interdependencia de las acciones cotidianas en torno al proceso de salud, enfermedad, atención-cuidados, con una intensa iniciativa territorial en Centros de Atención Primaria de Salud (CAPS) de Bariloche, provincia de Río Negro. De modo similar, Bang et al. (2022) observaron que las prácticas de salud mental y producción de cuidado durante la pandemia en el Área Metropolitana de Buenos Aires (AMBA), centradas en el sostén del vínculo en la atención y el fortalecimiento de redes productoras de cuidados, con dispositivos flexibles y creativos, lograron sostener procesos participativos, afianzar abordajes interdisciplinarios y fortalecer las redes comunitarias de cuidados en un contexto de excepcionalidad. Rimoldi et al. (2021) indagaron las estrategias de promoción, prevención y asistencia durante la pandemia en la ciudad de La Plata. La construcción de redes intersectoriales en salud impulsadas por los hospitales, la universidad y organizaciones comunitarias encontró al territorio con un tejido social articulado y organizado ante diversas problemáticas. Mastrangelo, Hirsch y Demonte (2022) visibilizaron cómo las medidas de prevención de circulación comunitaria favorecieron el incremento de otros padecimientos como la violencia institucional y de género, y cómo las organizaciones sociales de base intentaron sortear

los mecanismos de subalternidad instalados en barrios populares de AMBA y Gran Resistencia, provincia de Chaco.

A las mujeres se dirigieron especialmente las interpelaciones sociales sobre la escolaridad de niños, niñas y adolescentes durante la pandemia. Se reforzó así el imaginario y la asignación del rol que las ubica como responsables de los cuidados y las tareas vinculadas a las/os hijas/os en la organización generizada y patriarcal del parentesco. El trabajo de Sanchís (2020) visibiliza cómo emerge de manera dramática la cuestión de los cuidados de personas dependientes en poblaciones vulnerables. Con el foco en el trabajo comunitario, realizado mayormente por mujeres, en barriadas y poblaciones vulnerables, la autora observa cómo el contexto de pandemia y aislamiento provocó una dedicación mayúscula de las mujeres a sostener esfuerzos comunitarios extraordinarios en barriadas en condiciones de pobreza.

### La dinámica de la pandemia en Mar del Plata

Mar del Plata es una ciudad costera ubicada al sudeste de la provincia de Buenos Aires. Su población asciende a 650.000 habitantes, número altamente superado por los millones de turistas que recibe anualmente. Sin embargo, es una de las ciudades de Argentina más afectadas por problemáticas estructurales como la desigualdad social, el desempleo y la desocupación (Fig. 2). Durante la pandemia, medios gráficos locales señalaron que organizaciones territoriales triplicaron la cantidad de comedores para dar respuesta a la población. Trabajadores informales se vieron afectados, especialmente quienes trabajan en la calle. Referentes del colectivo travesti-trans señalaron que las medidas de aislamiento, necesarias para la contención del coronavirus, reflejaron las desigualdades sociales existentes, especialmente en las travestis y trans debido a las interseccionalidades que las atraviesan: ser pobres, migrantes, ejercer la prostitución, no acceder a bienes culturales y sociales ni a empleos formales y ser travestis-trans (Colectivo..., 2020). También se percibieron desigualdades en el acceso a los medios necesarios para conectarse a actividades educativas, laborales

o de trabajo remoto. Se estima que cerca del 80% de los hogares en los barrios no tienen computadoras, un 76,5% carecen de conexión a Internet y un 65,5% dependen de datos desde celulares para la conectividad a Internet (Cuarentena..., 2020).

Figura 2 — Predio de disposición final de residuos



Organizaciones sociales y barriales conformaron una red de contención solidaria integrada en su mayoría por mujeres, los CBE, con presencia en más de 33 barrios. Al inicio de la pandemia distintas organizaciones evaluaron que era necesario construir una red para que a nadie le falte comida o asistencia. Los CBE comprendieron la necesidad de incluir una mirada de salud comunitaria y formularon la creación del Plan Cuidarnos junto a efectores de salud y la Universidad Nacional de Mar del Plata (UNMdP). Para el sistema de salud local la pandemia implicó un reordenamiento de los 32 CAPS, el Centro de Especialidades Médicas Ambulatorias (CEMA), dos institutos nacionales y dos hospitales provinciales, a los que se sumó un hospital modular para internación de pacientes con covid-19 y otro para diagnóstico de casos sospechosos.

Para las/os trabajadoras/es de la salud, la primera etapa de la pandemia estuvo signada por la incertidumbre y el estrés frente a la falta de información sobre la enfermedad y los protocolos que se fueron implementando, modificando y adaptando. Concretamente, significó el traslado o rotación de parte del personal sanitario a centros y áreas de atención COVID, en muchos casos sin reconocimiento profesional y salarial, así como la suspensión de vacaciones por la falta de personal. En los CAPS se restringió la atención y suspendieron las actividades comunitarias en los barrios. Se discontinuó la atención de las

enfermedades crónicas, se implementó la atención telefónica y hubo una segregación entre quienes fueron o no consideradas/os esenciales, ya que profesionales de salud mental, nutricionistas y trabajadores sociales no fueron reconocidos durante los primeros meses de la pandemia. A fines de 2020, comenzó una nueva etapa signada por los avances de la vacunación, la fortaleza de las redes comunitarias construidas, los cambios de fase debido a la baja de casos e internaciones y la adaptación de las/os trabajadoras/es de salud que, de forma creativa y comprometida, sobrellevaron las dificultades de la etapa anterior. A comienzos del año 2021, trabajadoras/es de salud autoconvocadas/os se manifestaron en defensa de los derechos laborales.

## Metodología

Con un diseño metodológico cualitativo, entre los meses de marzo y diciembre de 2021 entrevistamos a trabajadoras/es en los distintos niveles de atención pública de salud en Mar del Plata y zonas rurales circundantes. Las primeras entrevistas fueron virtuales y, progresivamente, avanzamos hacia el trabajo de campo con entrevistas presenciales y observación participante en hospitales nacionales y provinciales, el CEMA y CAPS de zonas urbanas, periurbanas y rurales. Ello permitió recuperar el enfoque etnográfico y la relevancia metodológica del trabajo de campo (Guber, 2011), reconocida como el valor de haber estado realmente allí (Geertz, 2003). Relevamos la diversidad de profesiones y ocupaciones, y entrevistamos a 45 trabajadoras/es de enfermería, psicología, medicina, kinesiología, nutrición, fonoaudiología, trabajo social, terapia ocupacional, bioquímica, imágenes, limpieza, intendencia y administración. De ellos/as, 22 fueron entrevistados/as en hospitales provinciales y nacionales; y 23, en centros de salud municipales. En relación con el género autopercibido y la edad, 30 son mujeres de 27 a 56 años y 15 varones de 35 a 65 años. Diez participantes se reconocen descendientes

de guaraní, mapuche, toba o pueblo originario desconocido. Cinco comprenden guaraní o algunas palabras de quechua o aymara.

En este artículo, elegimos tratar dimensiones sensibles desde el punto de vista de la producción social del cuidado en salud. Seleccionamos las narrativas que relataron experiencias de vinculación comunitaria con las dimensiones de alimentación, medicación y terapias holísticas. Consideramos que la pérdida ya instalada de autonomía de los hogares para la producción de sus alimentos (Aguirre, 2017) genera el entorno propicio a la crisis de alimentación desatada por la pandemia y las restricciones a la circulación y el trabajo informal. Además, que la suspensión de los servicios de salud durante los primeros meses de 2020 favoreció el desarrollo de dispositivos de autoatención para el acceso a medicamentos esenciales, así como el recurso a terapias alternativas al modelo biomédico según señala Menéndez (2020, 2021). Entendiendo que estas dimensiones constituyen hechos sociales que fueron afectados por la coyuntura que abrió la pandemia, planteamos como hipótesis de trabajo que trabajadoras/es de salud pública en Mar del Plata observaron estas particularidades sociales y colaboraron en la producción social del cuidado a través de estrategias novedosas de carácter instituyente en el sistema de salud.

Las narrativas de las/os trabajadoras/es permitieron comprender los procesos de atención y cuidado en los efectores públicos de salud, identificar dificultades en las etapas de la pandemia de covid-19 desde sus inicios en marzo de 2020, así como las estrategias de resolución y desafíos futuros. A ello sumamos la observación en los servicios de salud y los territorios urbanos, periurbanos y rurales.<sup>4</sup> Entendemos las narrativas en el sentido de Bruner (2003) como actos hermenéuticos que no buscan describir los hechos, sino dar cuenta de sus significados para las personas en la cultura. Así los relatos conllevan un significado para los trabajadores/as en la cotidianidad de sus prácticas en salud pública. Con el análisis intentamos transitar desde los testimonios de las/os trabajadoras/es y nuestros registros de observación de campo hasta un nuevo despliegue narrativo que

<sup>4</sup> El proyecto fue aprobado por el Comité de Ética en Investigación de INE/ANLIS. Se tomó consentimiento informado a los participantes y se utilizaron pseudónimos.

fluctúa entre la experiencia empírica y la discusión teórica. De acuerdo con el sentido otorgado por Sirimarco (2019) a la narrativa antropológica, intentamos desplegar el campo en su complejidad de prácticas y relaciones para transmitir nuestra experiencia de trabajo en pandemia tal como la hemos vivido.

### Experiencias de vinculación comunitaria

En el contexto social deteriorado por la caída de los ingresos informales, en los primeros meses de 2020 en Mar del Plata, las/los trabajadoras/es de salud advierten la reemergencia de enfermedades crónicas en los barrios periurbanos, así como situaciones de desnutrición en zonas aledañas al basural. En ese contexto traumático y violento, se suspende la atención de salud mental, trabajo social y nutrición del primer nivel y el CEMA. Los hospitales destinan sus recursos a la detección y atención de COVID. Hacia fines de año, el primer nivel recupera sus equipos, y los hospitales proceden gradualmente a normalizar la atención. Con el propósito de suavizar el impacto social de la pandemia, comienzan a generarse estrategias novedosas de producción del cuidado, que emergen de las prácticas propias de las/los trabajadoras/es. La sociedad no solo estaba enfrentándose a problemáticas relacionadas a la enfermedad, sino a una multiplicidad de necesidades que había que resolver (Fig. 3).

En los márgenes de la ciudad, las organizaciones sociales y barriales tuvieron un rol significativo, movilizadas principalmente por mujeres, canalizaron estas necesidades preexistentes, agudizadas por el aislamiento, para entregar medicación y alimentos. En zonas periurbanas y rurales, las/los trabajadoras/es de salud advierten el potencial de establecer vínculos con los CBE:

*Yo te diría que ni bien los comités empezaron a funcionar, digamos acá se revolucionó todo. Rápidamente vimos que el movimiento estaba ahí porque lo que empezó a pasar era que empezaron a llamar acá a la sala, “mirá, estoy aislado, no tengo como comer”. Entonces bueno, a ver qué comedor está, cómo están funcionando, eso generó que se armara una red. (Soledad, 38 años, psicóloga, CAPS periurbano)*

Con algunas diferencias entre el centro de la ciudad y las zonas periféricas, la articulación entre las/os trabajadoras/es de los efectores de salud con las/os referentes barriales se considera un valor profundizado en pandemia:

*Durante la pandemia [...] se articuló con los comités barriales de emergencia, sobre todo al principio. Con una llegada para situaciones más que nada de asistencialismo, de alcanzar bolsones de comida, medicamentos a personas que necesitaban y estaban en situaciones de aislamiento. Pero hubo un vínculo con esto, que se ve y creo que fue importante. (Gonzalo, 51 años, licenciado en Enfermería, CAPS periurbano)*

Figura 3 – CAPS periurbano



Las/os trabajadoras/es de salud encuentran los modos de producir cuidado colectivo para enfrentar la compleja situación social y sanitaria, además, colaboran con la demanda social en alimentación y medicación. Las estrategias de vinculación reconocen las actividades colectivas entre diferentes actores sociales para generar nuevos modos de producción del cuidado en salud (Fig. 4). La preocupación en torno a los alimentos es relatada en términos de plurisituaciones:

*Y además plurisituaciones... Hay una paciente que conocemos de muchos años, tiene su chico con síndrome de Down, y se le llenaban los ojos de lágrimas diciéndonos que separa el alimento del nene y ellos toman mate y pan. Hace una semana que están a mate y pan. Y eso te parte [...], es difícil. (Marcela, 54 años, médica, CEMA)*

La categoría de plurisituaciones se presenta en los diferentes relatos. En estas situaciones difíciles se buscan soluciones en la interacción entre disciplinas y ocupaciones: “dentro de todo tenemos el sostén, como estamos todas las especialidades en una situación [...], entonces el servicio social [...], lograr el bolsón de comida por lo menos para la semana [...]” (Gustavo, 51 años, licenciado en Enfermería, CEMA). De manera coincidente con Aguirre (2017) que señala el carácter pandémico de la obesidad y el sobrepeso como uno de los cambios epidemiológicos más notorios relacionados con la alimentación en las sociedades capitalistas occidentales, ambas condiciones son recurrentes en el contexto local:

*En Libertad [...] el 90% es obesidad, diabetes, hipertensión, tenés alguien que viene con hígado graso [...], con alguna insuficiencia renal... Antártida, capaz es más desnutrición que obesidad, entonces también depende mucho donde está ubicado el centro de salud [...]. Entonces lo que más me choca es que la gente tiene hambre, básicamente.* (Romina, 36 años, nutricionista CEMA y CAPS periurbano)

Las/os trabajadoras/es de salud observan que los aportes alimentarios no resultan del todo adecuados en términos nutricionales, puesto que en los bolsones predominan harinas y azúcar: “[...] esa es otra cosa también que uno ve, hablando del síndrome metabólico [...], te dan harina [...], fideos, galletitas, un cacao que es pura azúcar” (Miriam, 47 años, trabajadora social, CAPS rural). Pero además de la asistencia municipal, se recurrió a la solidaridad social:

*[...] Desde el servicio social también hemos hecho colectas de alimentos no perecederos, ciertos insumos, que no es algo que solemos hacer porque siempre derivamos a los organismos municipales o articulamos con ellos. Bueno, no daba abasto la situación...* (Zulema, 32 años, trabajadora social, hospital nacional)

El equipo se agrupa para colaborar con la difícil situación que atravesó Mar del Plata durante las etapas críticas de la pandemia. Entre las dificultades del

sistema de salud, observan la falta de medicamentos, agudizada con la pandemia, pero arrastrada desde hace años. Se afirma que faltaron anticonceptivos:

*Y los medicamentos acá como siempre, acá o en el CEMA. Hay muchísimo faltante igual de medicación. Sí, muchísimos faltantes... Faltaron anticonceptivos, antes dábamos tres ampollas para los inyectables, ahora solo podemos dar de a una [...], vacunas siempre tenemos, recursos, medicamentos estamos medio en el horno, sí, ya hace un tiempo.* (Raquel, 43 años, psicóloga social, hospital provincial)

Los faltantes se observan en todos los efectores durante los primeros meses de la pandemia. Según los relatos, faltaron medicamentos para hipertensión, diabetes, oncológicos y medicación de guardia, así como penicilina. Al respecto Gonzalo destaca: “hubo faltantes repetidos de esto, lo otro, o aquello otro. Penicilinas, en un momento que la sífilis está en valores altísimos... Si caes hoy con sífilis a la guardia no tengo penicilina para darte...” (Gonzalo, 51 años, licenciado en Enfermería, CAPS periurbano). En este contexto restrictivo se generaron estrategias que innovaron en los modos habituales de acceder a los medicamentos. En los CAPS, las/os trabajadoras/es de salud implementaron un buzón de recetas durante el período de aislamiento como un dispositivo que sobrevivirá la pandemia:

*Nosotros en este centro lo que se instauró que se mantiene todavía [...], así como las llamadas por teléfono, es un buzón que es una caja de cartón que está a la entrada. Entonces los pacientes podían poner en un papel toda su medicación, el nombre, apellido, DNI y su medicación. Y el médico que venía [...] hacía las recetas y [...] las dejaba en administración. Entonces los pacientes podían venir al otro día o a los dos días a retirarlas... Creo que fue la única opción que tenían porque como turno no se podía, o sea no había turno para controles, menos para hacer receta... Y ahora se mantiene [...] porque es práctico, porque la verdad que los pacientes crónicos que vos les hacés el control y hasta dentro de 6 meses no tienen que volver [...] igual necesitan las recetas...* (Carolina, 40, médica, CAPS urbano)



A ello sumaron la vinculación con los CBE para la distribución de medicamentos a personas aisladas con COVID, como una expresión de la inserción de las/os trabajadoras/es en los territorios. Desde algunos CAPS se crearon comisiones que articularon la satisfacción de la demanda en los primeros meses de la pandemia:

*[...] Nosotros con el comité barrial de emergencia por ejemplo, gestionábamos [...] el tema de los paracetamol, ibuprofeno para la fiebre, los dolores musculares... Bueno, ni hablar de lo que es TBC, tuberculosis... Muchas veces hemos ido a los domicilios a llevarles la medicación... Hicimos una comisión [...] y vamos siempre buscamos redes... Finalmente los gestionábamos con el comité barrial de emergencia, que son vecinos [...] que tenían una posibilidad de tener un auto. Entonces venían, retiraban muchas [...], le dábamos una caja entera de paracetamol para reparto... (Estela, 37 años, licenciada en Enfermería; Irupe, 47 años, trabajadora social, CAPS rural)*

con articulación intersectorial y participación comunitaria. Está constituido por profesionales formados/as en prácticas “integrativas y/u holísticas de abordaje en salud y educación”, según relata una de sus promotoras. Su tránsito por la pandemia no fue fácil y llegó a afectar la continuidad de las actividades:

*Hasta prepandemia fuimos desarrollando diferentes líneas de trabajo, en principalmente los ámbitos públicos de capacitación, de prácticas hacia la comunidad, de prácticas de autocuidado para el personal de salud, realizando jornadas, acciones o proyectos... En contexto de pandemia, el programa se vio bastante obstaculizado, frenado porque parte de nuestras líneas de trabajo tenía que ver con experiencias del orden de lo vivencial, del compartir. Los profesionales de la salud que llevamos adelante la gestión y coordinación del programa quedamos abocados a todo lo que era atención en pandemia... (Cinthia, 42 años, trabajadora social, CAPS periurbano)*

**Figura 4 – Novedades barriales: CAPS rural**



En Mar del Plata, las terapias holísticas comenzaron a formalizarse gracias a una iniciativa surgida de las/os trabajadoras/es de salud, novedosa en Argentina. En 2012 se inicia un programa denominado Programa de Abordaje Interdisciplinario de Prácticas Holísticas Orientadas en Salud y Educación (PAIPHOSE),

La participación es ad honorem, sin embargo, el programa se sostuvo con una modalidad virtual “endógena”, de autoatención: “[...] apoyarlos desde el reiki a distancia y desde compartir información y cuestiones de abordaje de ese contexto de pandemia desde una mirada más integral” (Cinthia, 42 años, trabajadora social, CAPS urbano). A partir de septiembre de 2021 reinician las reuniones presenciales con una participación más acotada. El programa PAIPHOSE es una iniciativa de trabajadoras/es de salud que tiene el potencial instituyente de ofrecer servicios que trascienden el modelo biomédico predominante. La valoración de las propuestas del programa es muy positiva, especialmente en las áreas de cuidados paliativos, trabajo social y psicología. Se reconoce la contribución de las actividades y terapias holísticas a la reducción del consumo innecesario de medicamentos.

## Discusión

Las estrategias de vinculación comunitaria que analizamos en Mar del Plata durante la pandemia

resultan iniciativas de las/os trabajadores de salud, de carácter horizontal y no institucional, en contextos de precarización social y laboral. La articulación con las organizaciones sociales para la contención de la pandemia, la asistencia en alimentos y medicamentos, así como el sostenimiento de la iniciativa en terapias holísticas trascienden el modelo biomédico y constituyen nuevas prácticas de cuidado que emergen del trabajo en salud (Franco; Merhy, 2011). Implican movimientos de reterritorialización que siguen a las transformaciones en salud y conllevan la potencialidad de provocar rupturas con el modelo médico hegemónico. A ello se suma que quienes emprenden estas estrategias novedosas son mujeres trabajadoras en su mayoría, provenientes de disciplinas subalternizadas en el sistema de salud como Enfermería, Trabajo social, Nutrición y Terapia ocupacional, entre otras.

Según Menéndez (1998), la participación social supone un ejercicio de democratización, capaz de cuestionar las sociedades capitalistas actuales. Al involucrar al sujeto en la actividad colectiva, se tiende a superar la atomización social y reorientar la construcción de subjetividad en el entorno relacional. La participación social se presenta con gran potencial instituyente en la pandemia, puesto que da lugar a la formulación de estrategias de articulación mediante la formación de redes productoras de subjetividad y de cuidado, generadas sobre la base del trabajo vivo en acto, caracterizado por su libertad constitutiva (Franco; Merhy, 2011). Los procesos de autoatención constituyen una herramienta valiosa, democrática y transformadora de las condiciones de desigualdad social dado que son mecanismos de participación social que cuestionan la verticalidad en la toma de decisiones (Menéndez, 2020).

En Mar del Plata, se organizaron espontáneamente redes a nivel comunitario para contener otras problemáticas derivadas de la emergencia sociosanitaria: la pérdida de empleo, la crisis alimentaria y la suspensión de la atención regular en los servicios públicos de salud, entre otras. La pandemia deja en evidencia que el cuidado de la salud requiere de acciones más allá de la medicina, para lo cual es necesario ampliar y profundizar la mirada epidemiológica. Así surgen oportunidades para instituir nuevos modos de producción del

cuidado en salud que incluyen la reconsideración de la participación social en contextos sociales atravesados por la desigualdad, la discriminación étnica, de clase y de género, las condiciones de sindemia, las complicaciones de la covid-19 y las enfermedades crónicas postergadas.

La creciente feminización del sector salud en Argentina (East; Laurence; López Mourelo, 2020, entre otras) permanece atravesada por la estructura vertical de naturaleza patriarcal que caracteriza al modelo médico hegemónico. La pandemia profundizó la concentración del proceso de toma de decisiones en salud en los niveles jerárquicos, fortaleció el biologicismo del modelo médico hegemónico como abordaje explicativo y operativo del proceso salud y enfermedad, además, debilitó la estrategia de atención primaria de la salud (Alonso et al., 2021). Las/os trabajadoras/es de salud, en su mayoría mujeres del primer nivel de atención, advierten las dificultades de acceso en los barrios periurbanos y zonas rurales, así como los niveles de organización social que se estaban generando en ese contexto traumático y activan estrategias de vinculación comunitaria. Trascendiendo las normas orientadas principalmente a detener la transmisión viral, el personal contribuyó con la recomposición del vínculo social en los territorios, atendiendo derechos desde una posición solidaria. Estas redes de solidaridad constituidas en estrategias de vinculación comunitaria en tiempos de pandemia conllevan el potencial instituyente de nuevos modos de atención en salud, que recuerdan los principios de sororidad propios de los movimientos feministas (Lagarde y de los Ríos, 2012), capaces de reterritorializar los servicios de acuerdo a lógicas más cercanas a los derechos del género, la diversidad étnica y la justicia social.

## Consideraciones finales

La pandemia que irrumpió de manera inesperada en los servicios de salud en un contexto social crítico, también habilitó la generación de nuevos modos de producción del cuidado, como observamos en nuestro trabajo en Mar del Plata. Si bien la orientación general de las políticas de contención de la emergencia sanitaria estuvo centrada en evitar

la transmisión viral y postergó las actividades de salud comunitaria, trabajadoras/es de salud continuaron operando en los territorios, identificaron demandas sociales y gestionaron recursos en articulación con las organizaciones barriales. Asimismo, las redes locales tuvieron protagonismo social en la contención de la crisis emergente. Trabajadoras de salud articularon con los movimientos de mujeres para la atención de la salud sexual, reproductiva y no reproductiva y con las organizaciones barriales para cubrir la demanda de alimentos y medicamentos. Continuaron ideando terapias holísticas para la contención de la salud mental y las enfermedades crónicas no transmisibles.

Proponemos que esta articulación en los niveles locales entre los efectores de salud, especialmente del primer nivel de atención y los grupos sociales que están operando en los territorios, conformados en su mayoría por mujeres, resulta un componente ineludible para planificar las políticas de salud de la pospandemia si se busca garantizar el derecho a la salud y al cuidado. Dentro de ellas, destacamos la necesidad de fortalecer el primer nivel de atención y re-territorializar la atención en salud, a través de la conformación de consejos de salud local con la participación de las organizaciones sociales, como estrategia para ampliar la capacidad resolutoria y democratizar los procesos de toma de decisiones en salud, de acuerdo con los principios de solidaridad y sororidad propios del feminismo. La propuesta se sustenta en las potencialidades que evidenciaron los nuevos modos de producción del cuidado en salud implementados durante la pandemia en el territorio, que lograron articular el trabajo de los efectores de salud con las organizaciones sociales, ambos con marcada presencia femenina, para recomponer la salud colectiva.

## Referencias

- AGUIRRE, P. *Una historia social de la comida*. Buenos Aires: Lugar Editorial, 2017.
- ALONSO, V. et al. Episodios de una pandemia inconmensurable: las mujeres en la gestión de la salud en Mar del Plata. *Revista Movimiento*, [S. l.], v. 35, p. 98-101, 2021.
- BANG, C. et al. Prácticas de salud/salud mental y producción de cuidado durante la pandemia de Covid-19. *Saúde em Debate*, Rio de Janeiro, v. 46, n. special 1, p. 194-205, 2022.
- BRUNER, J. *La fábrica de historias: derecho, literatura, vida*. Buenos Aires: Fondo de Cultura Económica de Argentina, 2003.
- COLECTIVO travesti y trans: una red de cuidados para personas en situación de vulnerabilidad. *Qué Digital*, Mar del Plata, 5 abr. 2020. Disponible em: <<https://quedigital.com.ar/sociedad/colectivo-travesti-y-trans-una-red-de-cuidados-para-personas-en-situacion-de-vulnerabilidad/>>. Acceso em: 5 jan. 2023.
- CUARENTENA y conectividad en los barrios: el 76% de los hogares no tiene Internet. *Qué Digital*, Mar del Plata, 19 jun. 2020. Disponible em: <<https://quedigital.com.ar/sociedad/cuarentena-y-conectividad-en-los-barrios-el-76-de-los-hogares-no-tiene-internet/>>. Acceso em: 20 junio 2022.
- DOMÍNGUEZ MON, A.; PURICELLI, V.; CAYUMÁN, V. Integralidad y accesibilidad de los cuidados en salud: las prácticas en la atención primaria de la salud (APS) en Bariloche, Argentina. *Revista Sudamérica*, Mar del Plata, n. 14, p. 148-163, 2021.
- EAST, S.; LAURENCE, T.; LÓPEZ MOURELO, E. *COVID-19 y la situación de las trabajadoras de la salud en Argentina*. Ginebra: Organización Internacional del Trabajo, 2020. Disponible em: [https://www.ilo.org/buenosaires/publicaciones/WCMS\\_754614/lang-es/index.htm](https://www.ilo.org/buenosaires/publicaciones/WCMS_754614/lang-es/index.htm). Acceso em: 6 abr. 2022.
- FRANCO, T. B.; MERHY, E. E. El reconocimiento de la producción subjetiva del cuidado. *Salud Colectiva*, Buenos Aires, v. 7, n. 1, p. 9-20, 2011.
- GEERTZ, C. *La interpretación de las culturas*. Barcelona: Gedisa, 2003.
- GIOVANELLA, L. et al. A atenção primária à saúde integral é parte da resposta à pandemia de Covid-19 na América Latina? *Trabalho, Educação e Saúde*, Rio de Janeiro, v. 19, n. 28, p. e00310142, 2021. DOI: 10.1590/1981-7746-sol00310

GUBER, R. *La etnografía: método, campo y reflexividad*. Buenos Aires: Siglo Veintiuno Editores, 2011.

LAGARDE Y DE LOS RÍOS, M. Enemistad y sororidad entre mujeres: hacia una nueva cultura feminista. In: LAGARDE Y DE LOS RÍOS, M. *El feminismo en mi vida: hitos, claves y utopías*. Ciudad de México: Instituto de las Mujeres de la Ciudad de México, 2012. p. 461-493.

MASTRANGELO, A.; HIRSCH, S.; DEMONTE, F. COVID-19 en los barrios populares de dos ciudades argentinas. *Ciência & Saúde Coletiva*, Rio de Janeiro, v. 27, n. 11, p. 4091-4105. DOI: 10.1590/1413-81232022711.04382022

MENÉNDEZ, E. L. Participación social en salud como realidad técnica y como imaginario social privado. *Cuadernos Médico Sociales*, Santiago, v. 73, p. 5-22, 1998.

MENÉNDEZ, E. L. Modelos de atención de los padecimientos: de exclusiones teóricas y articulaciones prácticas. *Ciência & Saúde Coletiva*, Rio de Janeiro, v. 8, n. 1, p. 185-207, 2003. DOI: 10.1590/S1413-81232003000100014

MENÉNDEZ, E. L. Consecuencias, visibilizaciones y negaciones de una pandemia: los procesos de autoatención. *Salud Colectiva*, Buenos Aires, v. 16, p. e3149, 2020. DOI: 10.18294/sc.2020.3149

MENÉNDEZ, E. L. Pandemia y autoatención: la negación y subalternización de los saberes populares. *Revista de la Escuela de Antropología*,

Santa Fe, n. XXVIII, p. 1-20, 2021. DOI: 10.35305/revistadeantropologia.voiXXVIII.137

RIMOLDI, E. et al. Experiencias en Red: Enseñanzas de los procesos de organización comunitaria durante la pandemia en barrios de Tolosa y Ringuelet para fortalecer el sistema de salud. *Question/Cuestión*, Buenos Aires, v. 3, n. 70, p. 1-21, 2021. DOI: 10.24215/16696581e598

SANCHÍS, N. Ampliando la concepción de cuidado: ¿privilegio de pocxs o bien común? In: SANCHÍS, N. (Compil.) *El cuidado comunitario en tiempos de pandemia... y más allá*. Buenos Aires: Asociación Lola Mora, 2020. p. 9-21.

SANTANA, M.; MEDEIROS, K.; MONKEN, M. Proceso de trabajo de la Estrategia Salud de la Familia durante la pandemia en Recife, Brasil: singularidades socioespaciales. *Trabalho, Educação e Saúde*, Rio de Janeiro, v. 20, p. e00154167, 2022. DOI: 10.1590/1981-7746-ojs00154

SIRIMARCO, M. Lo narrativo antropológico. Apuntes sobre el rol de lo empírico en la construcción textual. *RUNA*, Buenos Aires, v. 40, n. 1, p. 37-52, 2019. DOI: 10.34096/runa.v40i1.5545

SPERANDIO, A. M. G. et al. La pandemia de la COVID-19 y las estrategias de promoción de la salud en las ciudades brasileñas. *Global Health Promotion*, Thousand Oaks, v. 28, n. 3, p. 104-113, 2021. DOI: 10.1177/17579759211009196

TAJER, D. Cuidados generizados en salud. *Symploké: Estudios de Género*, Buenos Aires, v. 2, n. 2, p. 5-16, 2021.

---

### Contribución de los autores

Alonso coordinó la investigación en Mar del Plata, realizó trabajo de campo, ideó y redactó el artículo, además realizó la edición final. Fuertes, Sánchez y Hoffman realizaron trabajo de campo, análisis de datos y escribieron el artículo. Romero efectuó el análisis de datos y redactó el artículo. Campoy realizó trabajo de campo, participó en la redacción del artículo y editó las imágenes.

Recibido: 17/10/2022

Re-presentado: 17/10/2022

Aprobado: 21/12/2022