

Matías Javier Aparicio<sup>1</sup>  
Sofía Bilbao<sup>2</sup>  
Ma. Macarena Saenz Valenzuela<sup>3</sup>  
Taly Barán Attias<sup>4</sup>

**ENTRE BARBIJOS, OLLAS POPULARES  
Y GRUPOS DE WHATSAPP: MUJERES,  
SALUD Y CUIDADOS ANTE EL COVID-19 EN  
LOS BARRIOS DEL GRAN BUENOS AIRES,  
ARGENTINA 2020.**

***AMONGST CHINSTRAPS, SOUP KITCHENS  
AND WHATSAPP GROUPS: WOMEN,  
HEALTH AND CAREGIVING AGAINST  
COVID-19 IN POORER NEIGHBORHOODS OF  
SUBURBAN BUENOS AIRES, ARGENTINA  
2020.***

***ENTRE MÁSCARAS PROTETORAS,  
COZINHAS COMUNITÁRIAS E GRUPOS  
DE WHATSAPP: MULHERES, SAÚDE  
E CUIDADOS CONTRA COVID-19 NOS  
BAIRROS DA GRANDE BUENOS AIRES,  
ARGENTINA 2020.***

---

<sup>1</sup>(CEIL-CONICET) [matiasjavieraparicio@gmail.com](mailto:matiasjavieraparicio@gmail.com)

<sup>2</sup>(UBA/CEIL-CONICET) [sofibilbao@yahoo.com.ar](mailto:sofibilbao@yahoo.com.ar)

<sup>3</sup>(UBA/CEIL-CONICET) [saenzmacarena@gmail.com](mailto:saenzmacarena@gmail.com)

<sup>4</sup>(UNAJ/CEIL-CONICET) [talybaran@gmail.com](mailto:talybaran@gmail.com)

## RESUMEN

El presente artículo busca dar cuenta de las estrategias desplegadas por mujeres de sectores populares del Gran Buenos Aires (Argentina), durante el Aislamiento Social, Preventivo y Obligatorio, en el espacio doméstico, el barrio y la comunidad para la gestión cotidiana de la salud y el riesgo. Desde un enfoque cualitativo, observamos dos niveles de análisis; el primero centrado en una “ética del cuidado” que se observa en las estrategias motorizadas por referentes sociales y en las acciones de control/cuidado desplegadas en el barrio; el segundo, enfocado en las concepciones de salud y bienestar (amplia y restringida) construidas por las mujeres como principales cuidadoras, que evidencia las estrategias desplegadas así como los nuevos itinerarios terapéuticos trazados en la gestión familiar del cuidado y la salud.

**PALABRAS CLAVE:** salud, cuidados comunitarios, familias, mujeres, COVID-19.

## ABSTRACT

The present article aims to account for the strategies deployed by women from poorer sectors of Suburban Buenos Aires (Argentina), while being on Mandatory Social and Preventive Isolation (Aislamiento Social, Preventivo y Obligatorio), at home, in the neighborhood and within the community, for everyday management of healthcare and risk. From a qualitative approach, we observe two levels of analysis: one centered on an “ethic of care”, which observes the strategies fueled by social referents, and also centered on the actions of control/care deployed in the neighborhood; the other group, focused on the notions of health and well-being (broad and restricted) conceived by women as the primary caregivers, as well as the new therapeutic agendas outlined in family management of caregiving and healthcare.

**KEY WORDS:** healthcare, community care, families, women, COVID-19, ethic of care.

## INTRODUCCIÓN

El sistema de salud público argentino posee una gran cantidad de deficiencias estructurales y obstáculos burocráticos que generan diversos padecimientos e incertidumbre para sus usuarios. Si previo a la pandemia y al Aislamiento Social Preventivo y Obligatorio (ASPO), la burocratización en el acceso para sectores vulnerados era común, hoy día, se extremó y la atención se obstaculizó.

Argentina es un país atravesado por desigualdades sociales que en los sectores populares se expresan en la imposibilidad de incorporarse plenamente al mercado de trabajo formal, al acceso a los servicios básicos y en precarias condiciones habitacionales. Asimismo, esto se vislumbra en la exclusión y restricción en el acceso a la salud, la educación y a la justicia. También, son estos sectores quienes suelen ser víctimas de violencia institucional y de los distintos tipos de discriminación basados en marcaciones de género, raciales, étnicas, de clase y/o de nacionalidad. A partir de esta situación, cabe preguntarse ¿De qué modo, en contexto de ASPO se gestiona cotidianamente desde los sectores populares la salud y el cuidado y qué estrategias se despliegan a tal fin?

Este artículo pretende pensar los procesos de salud y bienestar descentrados de los especialistas y las instituciones públicas de salud, focalizándose en el espacio doméstico, el barrio y la comunidad para abordar la gestión cotidiana de la salud y contención del riesgo. Para esto, nos centraremos en el análisis de entrevistas en profundidad realizadas a mujeres de sectores populares del Gran Buenos Aires<sup>1</sup>, durante el periodo de Abril - Julio del 2020.

El artículo presenta en primer lugar el abordaje metodológico. Luego, se relevan los estudios que resultan antecedentes y que ofrecen herramientas conceptuales para el abordaje del tema aquí tratado. En tercer lugar abordamos la escala comunitaria intentando dar cuenta de las estrategias desplegadas por vecinos así como por referentes barriales y organizaciones sociales, con el fin de cuidar la salud barrial, detectar el riesgo y contenerlo. Luego, ahondamos en la gestión familiar de la salud, las concepciones acerca de lo saludable, del bienestar y del riesgo, para analizar las estrategias de cuidado y los nuevos itinerarios terapéuticos trazados.

## METODOLOGÍA

La perspectiva metodológica elegida es la cualitativa: el núcleo de nuestra indagación es la forma en que el mundo es comprendido y experimentado por los sujetos. El trabajo de campo se realizó en el marco de un informe general sobre creencias, vida cotidiana y poblaciones vulnerables del CEIL-CONICET, durante el periodo de Abril - Julio del 2020, donde se relevaron aspectos generales

<sup>1</sup> Se entiende al Gran Buenos Aires como la región compuesta por 24 municipios que rodean la Ciudad Autónoma de Buenos Aires, Argentina, en un área de 50 km aproximadamente.

sobre la situación en contexto de ASPO de las familias en sectores populares del Gran Buenos Aires.

Para llevar adelante el cometido, se realizaron entrevistas en profundidad a 20 mujeres, algunas de las cuales eran referentes territoriales, de entre 22 y 61 años de edad, quienes fueron entrevistadas mediante llamadas telefónicas, mensajes de WhatsApp y videoconferencias por Zoom, con el objeto de conocer los principales emergentes en este contexto inédito. Para esta ocasión, y centrándonos en el tema de este artículo, se trabajará con 6 entrevistadas a las cuales se les modificó el nombre para preservar el anonimato. La selección de los casos se fundamentó en el criterio de saturación teórica (Strauss y Corbin, 2002).

En la actualidad, la investigación empírica supone nuevos desafíos debido a que atravesamos un aislamiento obligatorio que impide desplazarnos para realizar observaciones o entrevistas. El uso de estas aplicaciones facilitó el diálogo en profundidad con mujeres exigidas por el sostenimiento del hogar y las tareas de cuidado permitiendo que la entrevista pueda pausarse y retomarse en diferentes momentos. Al tratarse de poblaciones con dificultades para el acceso a la tecnología y conectividad, el amplio repertorio de herramientas para la comunicación, resultó clave.

Mediante las entrevistas en profundidad se privilegió la voz de las entrevistadas buscando captar el significado que cada mujer concedió a los contextos prácticos de producción del diagnóstico, cuidado y curación a fin de no tomar el discurso biomédico como único discurso. Para el procesamiento de datos, se recurrió al análisis de contenido (Vasilachis, 2006).

## MARCO TEÓRICO

Más allá de los esfuerzos que realiza la institución médica para erigirse como la alternativa occidental de gestión exitosa de la salud y el riesgo (Menéndez, 1983), la etnografía revela que porciones de humanidad reconocen valor terapéutico a variadas estrategias diferentes a las planteadas por la ciencia médica. Desde este postulado y a fin de reconocer la existencia de una gran diversidad de medicinas, denominaremos biomedicina a la práctica médica legitimada en evidencia científica y oficialmente reconocida por el Estado para la oferta pública y privada.

Si bien existen aportes sobre la cantidad de grupos que conciben la salud y el bienestar en occidente de otros modos (Cernadas, 2006), no podemos minimizar el poder que tiene la biomedicina para modelar diagnósticos y estrategias de atención y cura. Al respecto, diferentes autores dan cuenta de un proceso de reconocimiento e integración de otras prácticas terapéuticas en los hospitales, sin embargo, van a señalar que esta incorporación se plantea de modos jerárquicos y tensos entre la biomedicina y otras prácticas de sanación (Saizar, 2015).

Existen aportes críticos al biomedicocentrismo como único modelo para comprender desde las ciencias sociales las prácticas de salud. Estos enfoques buscan visibilizar diferentes actores, prácticas, definiciones y espacios terapéuticos. Entre ellos podemos mencionar a aquellos que hacen énfasis en la noción de complementariedad terapéutica (Idoyaga Molina, 2005) y la salud intercultural (Juárez, 2006).

Por otra parte, numerosos autores han buscado entender la salud en términos procesales: procesos de salud/enfermedad/atención (Olmos Álvarez, 2018) y valorizar las relaciones no sólo entre “médico-enfermo” sino también de las redes que lo acompañan y sostienen en el proceso de búsqueda de bienestar.

En sintonía, hay quienes centran su atención en la comunidad como el principal componente en la producción de salud (Saforcada, 2010), donde dicha salud es la expresión colectiva de la salud individual y grupal y donde la acción del grupo es la base de una serie de relaciones de cooperación destinadas a mantener o mejorar el bienestar de sus miembros (Hernán García, et. al., 2020).

Los abordajes presentados se centran en una concepción holística de la enfermedad contemplando múltiples dimensiones de la experiencia vital, tanto física, psíquica, emotiva, social y numinosa. Para dar cuenta de los distintos actores y procesos que intervienen en la salud, hay producciones que refieren a trayectorias y estrategias de búsqueda de sanación (Olmos Álvarez, 2018), pluralismo terapéutico (Saizar, 2015) o itinerarios terapéuticos (Idoyaga Molina, 2005; Ramírez Hita, 2010).

En ese sentido, existen trabajos que centran su atención en las múltiples vinculaciones entre la salud y las terapéuticas religiosas (Giménez Béliveau y Fernández, 2018; Algranti y Mosqueira, 2018; Giménez Béliveau, Irrazábal y Griera, 2018), en la dimensión terapéutica de la espiritualidad (Funes, 2012; Puglisi, 2015; Viotti, 2018) y la eficacia que se atribuye a determinadas emociones como fuente de “fortaleza/debilidad”, “salud/enfermedad” (Citro, 2012).

Las críticas al paradigma biologicista se centran en los modos de atención y en la concepción del paciente que enfatiza su carácter pasivo. En contrapartida, Allue (2013) caracteriza al paciente como inquieto para visibilizar los procesos por los cuales una persona se informa sobre su enfermedad, se responsabiliza de su autocuidado, maneja sus emociones y colabora con los cuidadores. En sintonía, otros reconocen que el primer nivel de atención y diagnóstico supone la sociabilidad familiar, obteniendo su legitimidad y eficacia simbólica práctica de la experiencia (Menéndez, 1983) y del rol en la prevención y el diagnóstico de las enfermedades, siendo principalmente las madres a través de las prácticas populares o de automedicación (Ramírez Hita, 2010). Otros preferirán nombrarlo autotratamiento en vez de automedicación para no dar un valor peyorativo, centrado en la definición médica, a las prácticas sin intervención directa de curadores profesionales, aun cuando estos pueden ser una referencia de la actividad de autoatención (Menéndez, 2002).

Entre los aportes que buscan descentrar la mirada de la biomedicina y ponen

el foco en la pluralidad de estrategias, actores, trayectorias y alternativas médicas, es importante destacar su señalamiento acerca de que las elecciones están condicionadas por factores económicos, culturales, distancias y, en este caso, el funcionamiento irregular de diversos espacios a raíz del ASPO. Al respecto, destacamos los abordajes que atienden a las relaciones entre pobreza, prácticas terapéuticas y las formas nativas de conceptualizar la salud/enfermedad (Martínez, 2016) así como la praxis de determinadas formas de medicina “porque no queda otra” (Flores Martos, 2004).

Para pensar la salud en el contexto de circulación del COVID-19, en Argentina se han realizado significativos estudios que intentaron dar cuenta de los impactos que supuso en la vida cotidiana tanto la pandemia como el ASPO decretado por el gobierno nacional. Algunos de ellos se han dedicado al análisis de la pandemia haciendo foco en las desigualdades sociales y los efectos en sus poblaciones (Kessler et. al. 2020). Otros se han focalizado en los merenderos (Salgado, 2020) y en los comedores escolares (Monzón y Sosa, 2020). Desde una perspectiva de género, la violencia de género ha renovado su protagonismo (Carrasco y Martínez Reina, 2020), a partir del aumento de los femenicidios (Maffía, 2020) o del abuso sexual infantil (Carlis et. al., 2020). Por su parte, Mancini (2020) y Zibecchi (2020) abordan los sistemas de cuidados en contexto de aislamiento.

En lo que respecta al sistema de salud, Cendali et. al. (2020) y Coppola (2020) reflexionan en torno a la salud pública y el proceso de salud-enfermedad-atención-cuidado en relación a las inequidades y la desigualdad. Como contracara, Escudero (2020) se preocupa por la medición de las muertes. Se suman los aportes de Viotti (2020) que describen la emergencia de expresiones antivacunas y críticas a la OMS sustentados en ideas conspirativas.

Teniendo en cuenta lo relevado, se han encontrado pocos estudios que aborden los modos en que las personas gestionan de forma cotidiana la salud, el bienestar y la contención del riesgo. Por tanto, es objetivo de este artículo dar cuenta de aquellas estrategias desplegadas por mujeres de sectores populares en el espacio doméstico, el barrio y la comunidad para la gestión cotidiana de la salud y el riesgo. Asimismo, daremos cuenta de que esas estrategias son soportadas por una serie de concepciones acerca de qué se concibe como salud, bienestar, enfermedad y riesgo, ampliando los horizontes propuestos por la biomedicina.

## **NADIE SE AÍSLA SOLO: PRÁCTICAS COMUNITARIAS DE CUIDADO Y SALUD**

Uno de los principales efectos de la pandemia en la cotidianeidad es el aislamiento social y la persistente sensación de temor a la muerte o contagio, ya sea propia o de seres queridos. Los testimonios de las entrevistadas coinciden en que existe una sensación general de angustia y desconcierto que resulta paralizante. Aún así, han generado formas de organizarse colectivamente para resistir a la propagación del virus

en el barrio. Como vemos en los relatos de las entrevistadas, “nadie se aísla solo”.

Por eso la idea de comunidad resulta imprescindible para el análisis. Un concepto mínimo de comunidad puede entenderse como aquel que refiere a “un conjunto de personas que se vinculan entre sí en el entorno inmediato generando vínculos de cooperación especialmente en los ámbitos de la reproducción y cuidado de las personas” (Solís y Buján, 2017: 67). En los tiempos de pandemia, la dimensión comunitaria del cuidado cobró especial relevancia (Sanchís, 2020) sobre todo en los barrios vulnerables.

Ante esta situación de emergencia, algunas lecturas hacen hincapié en el componente solidario a partir del cual se crean nuevas redes de colaboración para preservar la salud de la comunidad (Hernán-García, et. al., 2020). Sin embargo, hay autores que señalan lógicas vinculadas a la enemistad y a la punición (Rodríguez Alzuetta, 2020) como configuraciones que se hacen presentes en los territorios durante la pandemia. Nos interesa presentar estas diferentes estrategias como expresión de una “ética de cuidado” (Álvarez y Auyero, 2014).

A continuación revisaremos las actividades cotidianas y rutinas prácticas que se fueron gestando en pequeñas interacciones vecinales, lógicas barriales y familiares para cuidar la salud.

### a. Mujeres, referentes sociales y el cuidado de los vecinos

Para el cumplimiento del aislamiento fue fundamental la coordinación de una serie de estrategias a nivel estatal (transferencias de ingresos, alimentos, reconfiguración de la educación y atención médica) con espacios y organizaciones existentes en los barrios (organizaciones sociales, escuelas, parroquias, cuarteles de bomberos, etcétera). En ese sentido, el coronavirus invita a visitar prácticas de entramados comunitarios, particularmente referidas a los cuidados, que se vienen sosteniendo, reforzando y expandiendo desde la década de los ochenta en Argentina y en cuyo marco las mujeres se presentan tanto en posiciones de liderazgo en sus comunidades como mediadoras de políticas públicas y cuidadoras más allá de los límites de su hogar, ahora extendido y proyectado al barrio (Sanchís, 2020).

A pesar del miedo al contagio, durante la pandemia se generó una enorme programación y coordinación de múltiples estrategias que nos hablan de una ética del cuidado entre familiares, vecinos y la comunidad, y de un sentido de la responsabilidad (Álvarez y Auyero, 2014).

Frente a casa se contagió una familia y todo el mundo me decía no te acerques, salí, cuidado, no te metas, no pises esa vereda, hasta mi hija me decía. Yo me enteré por un video de Facebook, yo no la tenía a la chica de amiga ni nada y es una mujer sola, grande, con sus dos hijos (...) Y yo me propuse conseguir el teléfono para ver lo que necesitaba. Y nosotros le entregábamos los pedidos de artículos de limpieza en la puerta de la casa. Y ella me decía cómo nos salvaste. (Entrevista a Elisa)

A pesar de los estigmas que se pueden vincular a una enfermedad como esta, la asistencia vecinal se presenta como una de las estrategias a las que se puede recurrir para afrontar las complicaciones generadas por el COVID-19.

Sin embargo, estas no fueron las únicas configuraciones bajo las cuales se procuró cuidar la salud del colectivo barrial. La ética del cuidado se expresa en variadas estrategias en la casa, en la calle y en las redes sociales que implica desde cuidados especiales a la hora de utilizar el espacio público (como el uso de barbijo), compartir por grupos de Facebook y WhatsApp información sobre personas contagiadas, horarios de atención de los centros de salud y días y lugares que reparten mercadería para los más necesitados hasta organización de comedores populares e intervención en casos de adicciones o violencia de género. En este sentido, las iniciativas vecinales y las referentes sociales en los territorios representaron un papel clave a la hora de afrontar la pandemia:

Hay un miedo de ir a la salita, hay muchas madres que tienen niños con enfermedad de base viste y esos niños necesitan seguir siendo atendidos, la salita sigue abierta, o sea está atendiendo porque yo me tomé el tiempo de ir a averiguar, entonces tiré en el grupo todos los horarios, los días que estaba el pediatra, como para informarle a los vecinos y que no tengan miedo, y que los que realmente están con tratamientos de base tienen que ir. (Entrevista a Juana)

Desde los barrios, distintos referentes y vecinos se han sabido organizar para hacer frente a situaciones en un contexto inédito que implicó lidiar con la incertidumbre o interrupción del funcionamiento regular de instituciones públicas y también poner a disposición de “todo el barrio” sus propios recursos como celulares y datos de conexión a internet, imprescindible en contexto de aislamiento.

Según una entrevistada y referente territorial, ante situaciones conflictivas con personas con problemas por adicciones, así como en casos de violencia de género, la llamada a la policía no tiene efecto alguno, por lo que el abordaje de los conflictos recaen en el entramado comunitario y, particularmente, en las mujeres de la comunidad:

Nunca vas a ver un hombre que intervenga, siempre vas a ver mujeres. En todos los barrios vas a ver eso, siempre es la mujer que cocina, que está con los niños, siempre es la mujer la que interviene, siempre es la mujer las que va a hacer la denuncia, siempre somos mujeres, lamentablemente, los hombres miran desde la ventana. (Entrevista a Juana)

Las medidas de cuidado comunitario priorizan a los miembros más vulnerables, buscando resguardar la salud de todos en el contexto de pandemia. En ese sentido, ante la caída de la fuente de ingreso de numerosos trabajadores/as de la economía informal y el recrudecimiento de las condiciones de vida de las personas en situación de indigencia, las mujeres de los barrios se organizan para que ninguna persona se quede sin alimento o insumos básicos:

Cuando ellos están bien vienen a buscar la comida, pero generalmente no están bien y nosotros vamos a llevarles hasta donde ellos están, a nosotros nos reconocen viste, son re amables con nosotros

pero a veces están muy mal, en muy mal estado y es re difícil... y nosotros tratamos de llevarles barbijo, alcohol en gel, que se yo. (Entrevista a Juana)

Esto nos lleva a pensar en los procesos de salud en un sentido holístico que incluye la prevención del contagio pero también el alimento, el acompañamiento en situaciones de angustia, etc. A su vez nos permite entender la enfermedad y prevención dentro de un entramado de relaciones personales, barriales e instituciones que incluyen a los protagonistas receptores del cuidado, pero sobre todo también de los cuidadores formales e informales que colaboran y sostienen el proceso. Enfermar (o no hacerlo) está lejos de ser un episodio individual, sino que es un evento en torno al cual giran prácticas, símbolos y discursos colectivos para interpretar y actuar sobre los daños a la salud, el sufrimiento y la desgracia (Olmos Álvarez, 2018).

## b. Delación, fuerzas de seguridad y control/cuidado

Desde el comienzo de la cuarentena, la circulación se configuró como una temática central. Las fuerzas de seguridad implementaron prácticas asociadas a evitar la propagación de la enfermedad que supusieron fuertes controles. Barrios aislados, con las entradas cerradas por la policía, detenciones constantes que impedían cualquier movimiento hacia fuera y dentro del barrio y un control, en ocasiones descrito como abusivo hacia la comunidad, se convirtieron en elementos corrientes y constitutivos de la cuarentena e imposibles de soslayar.

Las primeras dos semanas teníamos todas las entradas cerradas de policías y la policía cruzando a cada rato y no podíamos salir de verdad, ya era un abuso, ya era demasiado viste, ya si estabas adentro ¿para qué tanta policía adentro? Vamos a comprar, cerraron todos los negocios del barrio, no teníamos dónde comprar (...) Te controlaban, si tenías permiso. Y adentro también te paraban y te pedían documentos cuando ibas al almacén. (Entrevista a Juana)

Este policiamiento de lo cotidiano no es novedoso en los barrios, durante la pre-pandemia se registraba una lógica por la cual se controlaba más a los sectores populares y se protegía a las clases altas y, sobre esta misma base, se despliegan las fuerzas en los barrios en tiempos de coronavirus (Faur y Pita, 2020). La particularidad del caso es que este control estricto por parte de las fuerzas de seguridad se llevó adelante desde una mirada estatal en nombre de la salud. Esto pone en juego de manera simultánea tanto el cuidado como el control: dos dimensiones que se articulan en nombre de la salud.

Sin embargo, la interacción entre estos dos elementos no se limita al funcionamiento de las fuerzas de seguridad. Un componente clave de las estrategias comunitarias de cuidado será la supervisión territorial mediante la coordinación y monitoreo de los movimientos de los vecinos/as. La concepción de inseguridad barrial ya no sólo se centrará en la preocupación por la delincuencia sino también

en evitar el contagio.

Los vecinos presentan estrategias que se establecen a partir de un nutrido repertorio de estigmas (Goffman, 2009). Un racismo latente (Espelt, 2009) como uno de los modos de producción de una otredad a partir de la cual se organizan los vínculos y relaciones al interior de una comunidad. Una otredad que es percibida por algunas de las entrevistadas como un riesgo para la salud del colectivo barrial:

Yo estoy a cuerdas de la Ruta 4 que es bastante transitado pero a pocas cuerdas tengo el arroyo Las Piedras y está poblado con gente extranjera y ahí no se respeta [el aislamiento], hay gente del barrio que está indignada porque hay un sector que son todos paraguayos o bolivianos y se juntan a la tarde a jugar a la pelota o se juntan a hacer campeonatos de fútbol según me dicen a mi o le comentaron a mi hija la gente que va al negocio. No respetan, dicen que ahí, en la canchita, se juntan todos los días a jugar. (Entrevista a Elisa)

Pero la otredad como una amenaza para la salud comunitaria no solo está constituida por el extranjero, sino que los modos en los que se ocupa el espacio público configuran a su vez un "otro" que requiere ser controlado en pos de la salud del cuerpo colectivo que encarna el barrio. Estos "otros", conocidos desde hace tiempo, se reciclan bajo el amparo de un nuevo marco interpretativo; es el otro migrante, pobre, o quien pasa tiempo en las esquinas del barrio quien se erige como una figura que condensa una nueva peligrosidad, ya no solo como una fuente de peligro en términos securitarios, sino también sanitarios: este otro irresponsable y de dudosa moralidad como posible fuente de contagio.

Las esquinas de los barrios populares remiten a un espacio donde los barrios se condensan, configurando un escenario de prácticas (juveniles, en general) donde las significaciones oscilan entre lo identitario y los estigmas (Miguez, 2004; Plaza Schaefer, 2018). En esta línea, las esquinas y el espacio público, antes y durante la pandemia, emergieron como dimensiones centrales. Al consultar por situaciones de violencia en el barrio una de las entrevistadas comentaba lo siguiente:

En sí en el barrio donde vivo suele haber ese tipo de situaciones siempre. Justo yo tengo unos vecinos que son bastante problemáticos y en la cuarentena todas las semanas algún problema había, se juntaban en la vereda y estaban tomando hasta cualquier hora de la noche y ahora están más tranquilos por suerte, pero tuvo que venir la policía a ponerles bien los puntos, porque nunca respetaron la cuarentena. (Entrevista a Nuria)

La expresión "ponerles los puntos" expresa que la presencia policial, en este caso, es usada para "educar" a los vecinos concebidos como problemáticos y prevenir situaciones de contagio. La denuncia policial, desde la perspectiva de los actores, revela también una intención ética cuando el objetivo último no es la producción de daño sino más bien evitar el contagio masivo. Asimismo, la delación y el control operan en nombre de la salud.

Nosotros en el barrio tenemos un grupo de WhastApp y un grupo de Facebook, entonces todo el tiempo estamos comunicados por esos dos lados. Al principio hubo mucha psicosis, mucha pero mucha, al extremo que no podías ni ir a comprar porque ya te ponían en el grupo del barrio que saliste a comprar. Después muchos fuimos hablando en el grupito, que un integrante por familia puede salir a comprar, y nos fuimos haciendo entender. (Entrevista a Juana)

“Mejor prevenir que curar” como horizonte de sentido de un prudencialismo vecinal que dota de significación la manera en la que los vecinos están en el barrio (cuidado como vigilancia y delación). La cuarentena pareciera intensificar la cultura de la denuncia preexistente, una cultura fundada en la prevención vecinal, muchas veces basada en la enemistad, que se activa en estos tiempos para cuidar al otro y, según el caso, cuidarse del otro (Rodríguez Alzueta, 2020). Este control social se ve impregnado por el miedo, por el temor a esa intangible enfermedad. La sola idea de contar con un vecino con coronavirus habilita y activa la regulación de la vida vecinal marcada por los rumores, estigmas y temores.

Al principio fue todo una psicosis y unos malos entendidos en el grupo por el miedo. Por ejemplo yo tengo al lado mi vecina que tiene al hijo con adicciones y estuvo muchas veces internado y entró la ambulancia y dos patrulleros la semana pasada y ya ponen en el grupo “¿qué pasó? tiene coronavirus”, hasta que salió la hija a hablar en el grupo “no, no tiene coronavirus mi hermano, mi hermano es un adicto y fue asistido por eso” y bla, bla, como que todo el tiempo tenes que estar dando explicaciones si viene una ambulancia, se arma toda una paranoia (Entrevista a Juana)

Así, se escrachan vecinos que salen por razones que no son consideradas de primera necesidad, se renegocian las lógicas de circulación, se da aviso de los casos positivos así como se denuncia o se llama la atención respecto a las personas que ocupan el espacio público en tiempos de aislamiento.

Si bien estas estrategias pueden ser pensadas de forma diferencial desde lógicas de la solidaridad y enemistad, nos interesa recuperar las continuidades entre las distintas estrategias en torno a la noción de “éticas de cuidado”. Autores como Álvarez y Auyero (2014) van a señalar que dichas prácticas pueden ser coherentes entre sí cuando la punición es entendida y ejercida como un modo de interrumpir una cadena mayor de peligros. En ese sentido, las lógicas de delación, escraches y denuncias policiales pueden ser entendidas desde las lógicas de los propios actores, paradójicamente, como una expresión de cuidado colectivo para minimizar el riesgo en contexto de pandemia.

Por su parte, la ética de cuidado como control sobre el uso del espacio público repercute a su vez en negociaciones y tensiones en las dinámicas al interior de cada hogar. Padecimientos que antes eran concebidos como individuales se experimentan como compartidos entre los que co-habitan. “El novio de mi mamá está en tratamiento por diálisis así que nos tenemos que cuidar bastante todos porque estamos en el mismo terreno” (Entrevista a Dina). El grupo de riesgo parece ser el cuerpo colectivo de quienes comparten un techo o terreno.

En ese sentido, el control de la movilidad debe ser ejercido también sobre los objetos y requiere la aplicación de una serie de ritualidades sobre los mismos para aislar o purificar elementos contaminantes y proteger la salud del hogar. En palabras de una de las entrevistadas: “A veces de todo lo que tengo en la cabeza, llegó de afuera y me olvido de lavarme las manos y rociar todo y me pongo a hacer las tareas de la casa y después me doy cuenta y digo ¡ay, no!” (Entrevista a Nuria). Como vemos, esto implica un mandato ético tan fuerte que, en casos de descuido, moviliza enormes sentimientos de culpa por no estar velando “correctamente” por el bienestar de la familia. En el siguiente apartado atenderemos a las dinámicas específicas del cuidado de la salud al interior de los hogares.

### **“EL TIEMPO DUELE”: DIVERSAS CONCEPCIONES DEL CUIDADO DE LA SALUD Y EL BIENESTAR.**

Las concepciones acerca de la salud y el bienestar no son estáticas, por el contrario, se trata de construcciones basadas en disputas y consensos, redefinidas a lo largo de la historia en función de contextos políticos, económicos y sociales específicos. Dentro del campo médico y más allá de él, se pueden identificar dos concepciones acerca de la salud. La primera, derivada de la biomedicina, centrada en el bienestar físico y en los procesos biológicos. La segunda, de corte holístico, donde se incluye la dimensión emocional (no orgánica) y espiritual, como elementos igual de relevantes a la dimensión biológica. Estas concepciones se tensionan y, por momentos, dialogan en los discursos biomédicos.

En el contexto del aislamiento, emergen relatos de cómo la vida y la muerte suelen evaluarse a diario, tensionando concepciones previas y habilitando nuevas estrategias e itinerarios. En base a los relatos de las entrevistadas, se ha podido advertir que tanto desde los discursos oficiales<sup>2</sup> como desde los discursos médicos se ha acentuado una concepción de la salud que restringe el cuidado a la prevención del contagio del COVID-19, a partir de los procedimientos y protocolos establecidos, que no contemplan experiencias y situaciones más amplias. Al respecto Silvina, referente de un centro terapéutico ubicado en el Gran Buenos Aires donde concurren mujeres por consumo problemático de sustancias, sostiene: “No hubo una política especial entendiendo cómo este contexto afecta la salud mental”. A esto se suma que las respuestas a sus intentos por realizar articulaciones con instituciones de salud, como hospitales y centros de salud, para atender a personas en tratamiento por adicciones resultaron nulas.

En ese sentido, en un contexto de ASPO, vemos cómo el proceso de salud-atención-enfermedad parece restringirse a algunos actores y padecimientos, por ejemplo en el discurso médico y el discurso oficial a la prevención del COVID,

<sup>2</sup> Consideramos los discursos oficiales como las declaraciones realizadas por el Poder Ejecutivo (el Presidente, la Vicepresidenta y las y los gobernadores/as, como así también las declaraciones diarias realizadas por representantes del Ministerio de Salud tanto a través de conferencias de prensa como mediante los canales digitales oficiales.

suspendiendo la atención de consultas como las asociadas a la salud mental.

En este marco, las concepciones de salud, amplias o restringidas, son asumidas, como un “problema práctico” por cada actor (Crivos y Martínez, 1996) generando así una secuencia de acciones orientadas a su resolución. En esta tensión y reconfiguración, los actores involucrados toman decisiones, realizan y evalúan alternativas en base a las experiencias previas. Se trata, entonces, de seleccionar alternativas satisfactorias y no necesariamente óptimas desde cada una de las aristas del problema (Martínez, 2006).

Por su parte, en las instancias familiares, vemos cómo se produce una negociación entre las nociones y creencias previas, los discursos médicos, los discursos oficiales y, en algunos casos, las voces religiosas, acerca de la salud, el riesgo y el cuidado. Estas concepciones no entran en contradicción, sino que se complementan y construyen mutuamente. Así, se considera dentro del universo de la salud lo relativo al estado de ánimo, la necesidad de reconfigurar las rutinas y hábitos previos al ASPO como ordenadores de la vida cotidiana, la administración del consumo de información y la selección de los contenidos así como la atención de la salud física más allá del contagio de COVID-19; entre otras.

En cuanto a la importancia del estado anímico como parte de la salud, Nuria señala la preocupación por sus hijos a quienes, en ocasiones, les resuelve las tareas para no sobrecargarlos con la excesiva demanda escolar. En este sentido, Silvina manifiesta claramente algo que es enunciado por muchas de las entrevistadas:

Lo emocional es fundamental y no se lo está pensando cuando se habla de salud, no es solo contagio, la angustia de estar solo, encerrado, no poder abrazar a tus hijos también disminuye las defensas. Y hace que estés más proclive a que puedas absorber la enfermedad, la angustia o una depresión, una recaída. (Entrevista a Silvina)

Además de la situación anímica como algo íntimamente vinculado a la salud, aparece la noción de que el estado emocional se encuentra directamente asociado al encierro y a la pérdida de aquellos hábitos y rutinas, que resultaban ordenadores de sus vidas cotidianas, tal como estaban configurados previo a la pandemia. En sintonía con lo que desarrolla Good (1992) la enfermedad trastoca rutinas, roles y hábitos e irrumpe en lo cotidiano, lo que en este caso en particular, se trata de la prevención de una enfermedad que tiene como medida principal el aislamiento, no solo la enfermedad ya contraída.

Desde los relatos analizados, el intento por sostener o reconfigurar hábitos como forma de mejorar el bienestar, aparece asociado al cuidado de la salud. Esto se ancla en imaginarios que sostienen que existen rutinas de por sí más saludables, como el hábito de despertar temprano por la mañana o tener una continuidad con actividades que se realizaban por fuera del hogar, como la asistencia a la escuela; mantener el buen humor o evitar el conflicto. En ese sentido Dina da cuenta de lo “desordenador” que resulta el aislamiento y asume como una prác-

tica negativa el no levantarse temprano, como algo que sería saludable revertir:

La vida de nosotros cambió, estamos comiendo más y antes al menos 4 o 5 horas estaban en la escuela. Lo que sí, estamos haciendo un desastre con los horarios, no logramos dormirnos a horario y no nos estamos levantando. Mis nenas van siempre a la mañana al colegio, pero recién ahora estamos logrando despertarnos a las 11 o 11.30. Está mal pero no tenemos obligaciones temprano. (Entrevista a Dina)

Por último, Juana, manifiesta el cambio en las rutinas durante la cuarentena, aunque pone énfasis en el padecimiento que implica, en el encierro, todo lo que es del orden de lo emocional:

(Normalmente) todo el mundo vive acelerado, estamos con la rutina, que nunca te alcanzaba el tiempo y, de repente, tener tanto tiempo y tanto para pensar que... a veces duele el tiempo... A veces duele tanto tiempo... sí, porque te planteas la vida desde otro lugar, pensar de cómo se puede terminar todo en un segundo y yo que soy madre o que tengo nietos me lo planteo desde ese lado, sentir que puedo perder a alguien. (Entrevista a Juana)

Esas concepciones de salud, riesgo y bienestar no solo son imaginadas y elaboradas familiarmente sino que la salud y el cuidado integral termina administrándose y gestionándose desde el ámbito familiar. Esto tiene fuertes implicancias en dos sentidos. En primer lugar, las posibilidades de las familias en cada contexto son diferentes tanto en términos de capitales económicos como sociales lo que, en última instancia, favorece la reproducción de las desigualdades sociales. En segundo lugar, la gestión familiar de los cuidados de la salud, termina recayendo en las mujeres de las familias como principales cuidadoras, lo que se traduce en una exigencia y sobrecarga que se encadena con las ya existentes, en relación al cuidado de los hijos/as, las tareas domésticas y el sostenimiento del hogar. Finalmente, la gestión familiar de la salud supone también desempolvar viejas recetas familiares, así como inventar nuevos modos de afrontar aquello que es considerado riesgoso.

Así vemos en los relatos de las entrevistadas cómo se renegocian y ponderan en función de cada situación cotidiana específica aquello que resulta saludable, riesgoso y posible en función de la supervivencia en términos materiales, redefiniendo también cuál es la frontera del peligro, quiénes reportan un riesgo de contagio y quiénes no. Esta renegociación tampoco deja por fuera los protocolos sanitarios, los cuales por momentos se aplican de forma rigurosa y, por otros, son considerados arbitrarios y no tenidos en cuenta. En el caso de Analía, quien sostiene su actividad laboral cuidando al hijo de una amiga, vemos cómo negocia el cuidado de la salud con los protocolos sanitarios y con la necesidad de sostener los ingresos del hogar:

Me pasó muchísimo de no saber si aceptar o no seguir cuidando a los chicos en este contexto... porque bueno, mi papá al trabajar se transporta todos los días a Capital en transporte público (...) y la mamá del nene, que es trabajadora sexual, también tiene contacto con muchísimas personas, entonces fue como una duda que finalmente terminamos aceptando porque si no económicamente no hubiésemos podido. (Entrevista a Analía)

Asimismo, ella y su pareja, se encontraban muy preocupados por la salud emocional de sus hijos en tanto notaron retrocesos en lo relativo a sus procesos madurativos. Por este motivo, atendiendo a una concepción de la salud que contempla las emociones y ánimos, sopesan los riesgos que implica el encierro para la salud mental de sus hijos con el riesgo del contagio de COVID. Así, negocia el cumplimiento de los protocolos de circulación y deciden salir a caminar con sus hijos para interrumpir la situación de encierro: “Acá lo que se impuso en provincia es que los chicos no pueden salir a caminar pero pueden entrar al supermercado con los padres, a mí me parece muchísimo menos arriesgado sacarlos a caminar”.

Al igual que en el caso de Crsitina quien refiere: “Mi hija se iba caminando 20 cuadras para conseguir alcohol cuando no andaban los colectivos por acá y yo en casa con una sobrecarga de tensión, angustia y un montón de sentimientos” (Entrevista a Elisa).

Claramente, aquí se aprecia cómo se lleva a cabo una acción motivada por el esfuerzo de cuidar la salud que, en sí misma, reporta un riesgo de contagio y la violación de las normas de circulación que se supone, pretenden evitar los contagios; al tiempo que pareciera ir en detrimento de la estabilidad emocional.

En el caso de Nuria se aprecia de qué modo ella reconfigura su trabajo en función de una definición de aquellas personas y espacios que podrían representar un riesgo y aquellos que no. Así, evita el espacio barrial del trueque porque se aglutinan gran cantidad de personas y construye un espacio familiar de trabajo, que quizás concibe con menor riesgo: “Ayer fui a teñirle el pelo a mi hermana y le corté el pelo a mi hermano y ellos me ayudan, me tiran unos mangos por eso”.

También negocia el riesgo que implica que sus hijos rompan el aislamiento ponderando los beneficios de que salgan y se despejen: “Al principio iba sola porque hay mucha gente aunque hay protocolo, barbijo, distancia y todo eso, pero hace dos entregas mis nenes quieren venir conmigo porque quieren salir, ver su escuela, como que los despeja”. (Entrevista a Nuria)

## **VARIEDAD DE ITINERARIOS TERAPÉUTICOS: PRÁCTICAS SALUDABLES, AUTODIAGNÓSTICO Y AUTOMEDICACIÓN**

En contexto de ASPO se han intensificado las barreras y los obstáculos para acceder al sistema de salud. En este marco, lo que se considera normal, preocupante y urgente se ve redefinido tanto por los agentes médicos como así también por las entrevistadas y sus entornos familiares. Así, profesionales de la salud recomiendan suspender tratamientos y/o posponer las consultas presenciales. Analía, en este sentido, manifiesta: “durante la cuarentena solo fuimos a la salita a vacunarle a él dos veces, pero no, el pediatra nos dijo que hasta que esto no pase, no”. Su relato hace referencia a la re evaluación realizada por el pediatra de su hijo en referencia al tratamiento que realiza por asma.

Al mismo tiempo, manifestaron que los hospitales no están realizando estudios, consultas, ni otorgando turnos para el futuro próximo. Quienes pueden acceder a consultas, lo hacen mediante la utilización de videollamadas o mensajes de texto.

En este marco, el cuidado de la salud dentro de las familias dependerá del contexto social. Así, las prácticas desplegadas se pueden leer a partir de lo que se describe como itinerarios terapéuticos (Idoyaga Molina, 2005; Ramírez Hita, 2010), es decir, las formas de acceso a la salud que se reconfiguran teniendo en cuenta otras alternativas de bienestar que exceden a la consulta médica, lo que implica comprender a la salud en términos procesales, y también reconocer que un mismo problema de salud puede tener varias estrategias para su abordaje. Por último, resulta indispensable dar cuenta de las redes que acompañan al enfermo y que sostienen el proceso de bienestar.

Por su parte, Elisa, si bien consiguió una video-consulta con su psiquiatra, el diagnóstico y tratamiento que él le ofrece, le parece insuficiente y no logra calmarla.

Con todo esto lo tuve que ir a ver al psiquiatra. Me pudieron conseguir para que pueda verlo por videollamada y me volvió a medicar con un ansiolítico, me dijo que era muy leve y que me quede tranquila que está todo dentro de lo que estamos viviendo. Le expliqué, no duermo o duermo muy mal, me cuesta concentrarme, leo y no sé lo que estoy leyendo.

Para ella, la respuesta obtenida no es una opción terapéutica adecuada, sin embargo, sí lo es el acompañamiento religioso:

Desde que empezó la cuarentena me están pasando unas citas bíblicas todos los días. Las escucho todos los días y siento que me encuentro mucho mejor, como que ya bajé un cambio, estaba muy angustiada y me hace muy bien. (Entrevista a Elisa)

Así, vemos cómo desde los ámbitos familiares, los itinerarios terapéuticos en contexto de ASPO, son sometidos a debate, ensayo, negociación y experimentación. En paralelo a las recomendaciones sanitarias oficiales, coexisten diversas estrategias en la gestión del cuidado de la salud y formas de organización cotidiana que son ensayadas por las mujeres, familias y militantes territoriales para hacer frente a este contexto dentro de las que destacan, por un lado, un conjunto de prácticas que se consideran saludables y, por otro lado, el autodiagnóstico y el autotratamiento complementado con la automedicación.

En primer lugar, una de las principales medidas para hacer frente a la pandemia que llevan adelante las entrevistadas es la reclusión en el hogar. Se suman otro tipo de prácticas que contribuyen a la salud como la participación en grupos de WhatsApp en tanto lugares de contención, el contacto aunque sea de modo virtual con sus seres queridos, las videollamadas con psicólogos, la limitación del consumo de noticias, las prácticas y creencias religiosas re editadas a éste contexto y la salida al exterior para realizar actividades permitidas. Estas prácticas han to-

mado valor dentro de los itinerarios terapéuticos de estas mujeres que parecieran complementar el cuidado de la salud apelando a la combinación de diferentes medicinas, prestando igual reconocimiento de su valor terapéutico, lo que Idoyaga Molina (2005) nombra como complementariedad terapéutica.

En segundo lugar, hemos podido observar que, frente a un sistema de salud abocado a la atención y prevención del COVID-19, reaparece la práctica del autodiagnóstico y la automedicación como estrategias para afrontar los padecimientos. Esto implica una tensión entre lo que se concibe como saludable y lo riesgoso.

El autotratamiento es entendido como las representaciones y las prácticas que los sujetos utilizan para diagnosticar, explicar, atender, controlar, aliviar, aguantar, curar, solucionar o prevenir los procesos que afectan su salud en términos reales o imaginarios "(...) sin la intervención directa e intencional de curadores profesionales, aun cuando estos pueden ser la referencia de la actividad de autoatención" (Menéndez 2002:14). En este sentido, Nuria, comenta cómo trata su asma en relación a los recursos de que dispone, entre ellos, una médica conocida con la que puede hablar por teléfono y cómo ella misma realiza un autodiagnóstico respecto de sus alergias:

Yo soy asmática, me hago el paf, tomo antialérgico. Cuando salgo a comprar me agarra un miedo de contagiarme y cuando llego a casa estoy con un ataque de alergia y ya me empiezo a hacer la cabeza. Psicósomático (...) Ahora que empecé la cuarentena hablé con una médica que conozco de qué podía tomar y me recetó un antihistamínico, antialérgico de venta libre porque no tenía receta, yo hablé con ella por teléfono y me dijo cómo tomarlo. Me dijo que podía comprar en la farmacia directo. (Entrevista a Nuria)

Las prácticas de automedicación o auto-tratamiento (y sobre otros a cargo), pueden ser entendidas como sedimentación de trayectorias de cuidado de la salud en las experiencias de determinadas mujeres. Estos saberes pueden haber sido aprendidos de especialistas médicos, ser una transmisión familiar o parte de la experiencia personal.

En los casos de entrevistadas que no cuentan con la posibilidad de movilizar su capital social con vistas a resolver un problema de salud se configuran otros itinerarios. Dina, evidencia el miedo a acudir a un hospital por el riesgo de contagio de COVID-19 y la falta de alternativas que habiliten una consulta con un profesional conocido o vecino y cómo, frente a ello, se articulan nuevas estrategias de autodiagnóstico y automedicación, negociando el riesgo que implica.

Hace una semana me levantó fiebre la chiquita, pero yo no la pienso llevar a ningún lado en este contexto, le hice paños, le di antibiótico que justo tenía. Le agarró a la tarde y se le fue al otro día de tarde, un día le duró. Un re susto, tiene 2 años, no quería comer, solo quería estar con el celular. (Entrevista a Dina)

Tal como lo relata, las personas escogen entre unos y otros remedios según su propio criterio y sobre sus experiencias previas. En esta elección vienen sedimen-

tadas creencias, valores, concepciones de salud y de enfermedad, presiones sociales, modas, en otras tantas razones, a las que se suma la disponibilidad de recursos en ese momento. La decisión de automedicarse (o a sus dependientes) radica en los diversos itinerarios y agentes terapéuticos involucrados, así como en las distintas y complementarias formas de atender a la salud. En este sentido, vemos cómo comienzan a aparecer nuevas voces autorizadas dentro de los grupos familiares para hablar sobre la salud. Como en el caso de Elisa, en el cual quien realiza la evaluación del riesgo ante su enfermedad parece ser su hija: “en febrero me diagnosticaron un enfisema pulmonar y estuve casi 2 meses sin salir de casa porque mi hija de 25 años tenía mucho miedo por mí”.

En su voz, se puede observar cómo toma centralidad el familiarismo en los cuidados y sobre todo de una división sexual diferencial al interior de los hogares en la atención de la salud. Nuevamente, el autodiagnóstico y el autotratamiento (o de sus dependientes) está llevada adelante por alguna mujer de la familia, centrada principalmente en las madres o en la hija mayor (Módena 1990; Ramírez Hita 2010).

En el contexto de la pandemia, tanto agentes sanitarios como pacientes redefinen sus criterios de salud y enfermedad. Los primeros, concentrados en reducir el riesgo de contagio del COVID-19, según lo expresado por las entrevistadas, re-evalúan diagnósticos y tratamientos, suspenden consultas y redefinen criterios de atención priorizando aquellas demandas asociadas al virus. Por su parte, las pacientes ante la dificultad de acceder a la atención médica, parecen redefinir ese lugar de “paciente” adoptando una posición activa. De ese modo, construyen sus propias concepciones acerca del riesgo y la salud, generando tensiones y renegociaciones con los discursos oficiales y los discursos médicos, tomando las categorías a mano, las de la biomedicina así como los saberes heredados en torno al bienestar corporal y aquellos producto de su propia experiencia. A partir de ello, trazan sus propios itinerarios terapéuticos basados en la complementariedad, que parecieran independizarse, aunque no por completo, de la atención médica y despliegan estrategias como el autodiagnóstico, el autotratamiento y la entronización de otras voces en relación a la salud como la hermana o la madre.

## CONSIDERACIONES FINALES

La pandemia ha generado, desde el aparato estatal y por parte de sus funcionarios, un discurso centrado en una concepción de la salud restringida al “no contagio” y anclada en la biomedicina. La prevención y aislamiento como principal recomendación para afrontar la crisis se desprende de esta concepción, sin embargo, en los territorios una constelación alterna de prácticas se configuró para transitar este contexto.

Ante el temor que despierta la posibilidad de muerte y/o contagio de COVID-19, las estrategias establecidas para garantizar cuestiones referidas al bie-

nestar y la salud no se limitaron a la consulta con el profesional médico, todo lo contrario. A partir del entendimiento de la salud en términos procesales y el valor asignado a redes como organizaciones sociales o el barrio mismo, las entrevistadas permitieron reconstruir algunas de las prácticas y concepciones que desde los sectores populares del Gran Buenos Aires se pusieron en juego.

En este sentido, las palabras de las entrevistadas dieron lugar a dos espacios de análisis. El primero de ellos, remite a las acciones organizadas en torno a una ética del cuidado. Aquí podemos observar el cuidado colectivo de la salud del barrio desde perspectivas que, si bien parecen contrapuestas, dan cuenta de continuidades antes que rupturas.

Por un lado, encontramos que el papel de los referentes barriales en torno al cuidado de la salud de los vecinos/as y del colectivo barrial era una dimensión central desde antes de la pandemia, sin embargo, luego de que ésta irrumpe, su rol pasa a dar cuenta de un acercamiento e interpretación holística de la salud.

Por otro lado, podemos observar las acciones que se centran en el control y cuidado establecido en nombre de la salud de las personas, no solo desde las fuerzas de seguridad, sino por parte de los vecinos mismos. Aquellos “otros” que antes de la pandemia encarnaban un peligro para la seguridad, ahora configuran una nueva peligrosidad en cuanto posibles focos de contagio, a pesar de ello, las prácticas identificadas en el artículo apuntan, en última instancia, al cuidado del colectivo.

Sobre el telón de fondo que analíticamente configuró el abordaje a partir de la noción de una “ética del cuidado”, la segunda parte de nuestro análisis abordó de manera detallada las concepciones contrapuestas de salud y bienestar (restringida y amplia) que circulan, así como los itinerarios terapéuticos reconfigurados durante la pandemia.

En primer lugar, se pudo observar que ante la situación de las instituciones sanitarias que se encuentran principalmente abocadas a la prevención y tratamiento del COVID-19 y que restringen su concepción de la salud a ello, son las familias y, particularmente, las mujeres quienes toman a su cargo la gestión de la salud y el cuidado de los suyos. De este modo, se ponen en juego nociones y concepciones acerca de qué resulta saludable que amplían los horizontes de la biomedicina incorporando dentro de la salud el sostenimiento de los hábitos y rutinas previos al ASPO, así como el estado de ánimo, la limitación del consumo de información, entre otras cosas. Asimismo re-evalúan riesgos y realizan negociaciones específicas en cada caso atendiendo a los discursos médicos, los discursos oficiales, las medidas y protocolos sanitarios, sus creencias previas y las nuevas experiencias a la luz de esta situación sanitaria.

Además, ante los problemas de salud que se deben resolver y, a partir de estas nociones elaboradas familiarmente, se opta por el despliegue de distintas

estrategias trazando itinerarios terapéuticos diversos, involucrando complementariamente diferentes tipos de medicinas y tratamientos que atienden no solo a la salud física, sino también a la emocional y la espiritual.

Dentro de los nuevos itinerarios terapéuticos aparece con fuerza el recurso a la automedicación y el autodiagnóstico, prácticas que tienden a legitimarse en voces de autoridad re-editadas en este contexto y encarnadas, sobre todo, en las mujeres de cada grupo familiar.

Lejos de una concepción pasiva del sujeto enfermo, lo que encontramos a raíz de las entrevistas es un sujeto activo y con un repertorio amplio de prácticas y concepciones destinadas al cuidado de la salud, tanto de uno y su grupo familiar como del colectivo barrial.

La compleja relación que se observa entre éticas del cuidado y las variadas configuraciones que los itinerarios terapéuticos pueden adquirir demuestra la profundidad analítica con la que cuenta la dimensión del cuidado y la salud, particularmente en tiempos de coronavirus. Este trabajo se presenta como una línea de análisis y deja abierto el camino para futuras indagaciones.

## BIBLIOGRAFÍA

Algranti, J., & Mosqueira, M. (2018). Sociogénesis de los dispositivos evangélicos de "rehabilitación" de usuarios de drogas en Argentina. *Salud colectiva*, 14, 305-322.

Allué, M. (2013) El paciente inquieto. Los servicios de atención médica y la ciudadanía. Barcelona: Ediciones Bellaterra.

Álvarez, L., & Auyero, J. (2014). «La ropa en el balde» Rutinas y ética popular frente a la violencia en los márgenes urbanos. *Nueva sociedad*, (251), 17-30.

Carlis, M. F., et al., (2020), Cuando el tapabocas no protege: pandemia y abuso sexual en las infancias. *Red Sociales, Revista del Departamento de Ciencias Sociales*, 7 (2), 38-45.

Carrasco, L., & Martínez Reina, M. J. (2020). Riesgos inminentes, cuerpos descorpORIZADOS, silencios que gritan, luchas colectivas o muerte: efectos de la pandemia COVID-19 en la configuración de las violencias contra las mujeres. *Red Sociales, Revista del Departamento de Ciencias Sociales*, 7 (02), 46-57.

Cendali, F., et al., (2020), La pandemia que puso en agenda de los gobiernos a la salud pública, *Red Sociales, Revista del Departamento de Ciencias Sociales*, 7 (02), 12-17.

Cernadas, C. C. (2006). El poder de los símbolos. Magia, enfermedad y acto médico. *Revista del hospital italiano de Buenos Aires*, 26 (3), 87-93.

Citro, S. (2011). La eficacia ritual de las performances en y desde los cuerpos. *Ilha Revista de Antropología*, 13(1, 2), 061-093.

Coppola, L., (2020), El COVID-19 y el sistema de salud argentino, *Red Sociales, Revista del Departamento de Ciencias Sociales*, 7 (02), 18-28.

Crivos, M., & Martínez, M. R. (1996). Las estrategias frente a la enfermedad en Molinos (Salta, Argentina). Una propuesta para el relevamiento de información empírica en el dominio de la etnobiología. In *Contribuciones a la Antropología Física Latinoamericana (IV Simposio de Antropología Física "Luis Montané", La Habana, Cuba*.

Escudero, J., (2020), Medir las muertes en la pandemia, *Red Sociales, Revista del Departamento de Ciencias Sociales*, 7 (02), 10-11.

Espelt, E. (2009). ¿Somos racistas? valores solidarios y racismo latente. Barcelona: Icaria Editorial.

Faur, E., & Pita, M. V. (2020). Controles desiguales, cuidados comunitarios. *El Puan Óptico*, (4), 23-27.

Flores Martos, J. A. (2004). Una etnografía del año de provincias y de cuando no hay doctor: perspectivas de salud intercultural en Bolivia desde la biomedicina convencional. In *Salud e interculturalidad en América Latina: perspectivas antropológicas*, 181-212.

Funes, M. E. (2012). Notas sobre el concepto de estrés como clave de interpretación del mundo en el arte de vivir. *Mitológicas*, 27, 61-73.

Gil García, Francisco M. (2017). El remedio fetiche. Apuntes para una etnografía del medicamento. En F. M. Gil y P. Vicente (coords.): *Medicinas y cuerpos en América Latina. Debates antropológicos desde la salud y la interculturalidad*, 99-136. Quito: Abya-Yala.

Giménez Beliveau, V., & Fernández, N. S. (2018). Somos cuerpo, alma y espíritu: Persona, enfermedad y procesos de sanación y exorcismo en el catolicismo contemporáneo en Argentina. *Salud colectiva*, 14, 161-177.

Giménez Beliveau, V., Irrazábal, G., & Griera, M. (2018). Salud y religiones: prácticas y sentidos en diálogo y disputa. *Salud Colectiva*, 14 (2), 153-159. Disponible en: <http://revistas.unla.edu.ar/saludcolectiva/article/view/1958/pdf> [19/11/2020]

Goffman, E. (2009). *Estigma: la identidad deteriorada*. Buenos Aires: Amorrortu.

Good, B. J. (1992). A body in pain-the making of a world of chronic pain. *Pain as human experience: An anthropological perspective*, 29-48.

Idoyaga Molina A. (2005). Reflexiones sobre la clasificación de medicinas: análisis de una propuesta conceptual. *Scripta Ethnologica*. 27, 111- 147.

Juárez, G. F. (2006). Salud e interculturalidad en América Latina: antropología de la salud y crítica intercultural. *Universidad de Castilla La Mancha*.

Maffía, M. (2020). Violencia de Género ¿La otra pandemia? En Argentina Futura, Presidencia de la Nación, *El futuro después del Covid-19*. Disponible en: [https://www.argentina.gob.ar/sites/default/files/el\\_futuro\\_despues\\_del\\_covid-19\\_0.pdf](https://www.argentina.gob.ar/sites/default/files/el_futuro_despues_del_covid-19_0.pdf) [20/09/2020]

Mancini, M. (2020). Crisis y alternativas en torno al género en la pandemia mundial. Disponible en: <http://biblioteca.puntoedu.edu.ar/handle/2133/18088> [20/09/2020]

Martínez, A. G. H. (2006). La decisión y su relación con el tiempo: estrategia, procesos e identidad. *Revista de la Facultad de Ciencias Económicas: Investigación y Reflexión*, 14(1), 23-43.

Martínez, B. (2016). Factors associated with the health system and disease in San Antonio (Catamarca, Argentina): an anthropological approach. *Revista Salud Uninorte*, 32(3), 411-418.

Hernán-García, M., Cubillo-Llanes, J., García-Blanco, D., & Cofiño, R. (2020). Epidemias, virus y activos para la salud del barrio. *Gaceta Sanitaria*.

Kessler, G., Bermúdez, N., Binstock, G., Cerrutti, M., Pecheny, M., Piovani, J. I., & Wilkis, A. (2020). Relevamiento del impacto social de las medidas del Aislamiento dispuestas por el PEN. *Comisión de Ciencias Sociales de la Unidad Coronavirus COVID-19. Buenos Aires, Argentina: MINCYT-CONICET-AGENCIA*.

Korol, C. (2016). Feminismos populares: Las brujas necesarias en los tiempos de cólera. *Nueva sociedad*, (265), 142.

Menéndez, E. L. (1983). *Hacia una práctica médica alternativa: hegemonía y autoatención (gestión) en salud* (86). Secretaría de Educación Pública, Centro de Investigaciones y Estudios Superiores en Antropología Social.

Menéndez, E. (2002). La parte negada de la cultura. *Relativismo, diferencias y racismo*. Barcelona: Ediciones Bellaterra.

Míguez, D. (2004). *Los pibes chorros: estigma y marginación*. Buenos Aires: Capital Intelectual.

Módena, M. E. (1990). *Madres, médicos y curanderos: diferencia cultural e identidad ideológica*, 572 (6).

Monzón, J. & Sosa, A. (2020) ¿Qué pone la cuarentena sobre la mesa?: Debates sobre soberanía alimentaria y economía popular. *Series de producciones colectivas en tiempos de pandemia 3, 9*. Buenos Aires, Argentina.

Olmos Álvarez, A. L. (2018). Between doctors and healers: managing meanings and practices of the health-disease-care process in an Argentine Catholic charismatic movement. *Salud colectiva, 14*(2), 225-240.

Plaza-Schaefer, V. (2018). ¿Por qué tu gorra sí y la mía no? Los procesos de construcción de identidad en jóvenes organizados contra la violencia policial. *Revista Crítica Penal y Poder, 14*, 55-75.

Puglisi, R. S. (2015). La "energía" que crea y sana: representaciones corporales y prácticas terapéuticas en devotos de Sai Baba. *Ciências Sociais e Religião, 22*(17), 71-89.

Ramírez Hita, S. (2010). Calidad de atención en salud: prácticas y representaciones sociales en las poblaciones quechua y aymara del altiplano boliviano. 2da. edición La Paz: OPS/OMS.

Rodríguez Alzueta, E. (2020). Las tramas de la unidad. Malvinas, el Guasón y el coronavirus: una prevención hecha de desconfianza y enemistad. *El cohete a la luna*. <https://www.elcohetelaluna.com/las-trampas-de-la-unidad/> [19/09/2020]

Saforcada, E. (2010). Acerca del concepto de Salud Comunitaria. *Salud Comunitaria y Sociedad, 1*(1), 7-19.

Saizar, M. M. (2015). De la censura a la complementariedad domesticada: reflexiones en torno a los modos de vinculación de la biomedicina con otras medicinas. Saizar M, Krmpotic C. *Políticas sociosanitarias y alternativas terapéuticas: Intersecciones bajo la lupa*. Buenos Aires: Espacio Editorial.

Salgado, R. (2020). El marco causal de experiencias de la economía popular: análisis exploratorio de merenderos de la Ciudad de Buenos Aires integrantes de la CTEP. *Observatorio Social sobre Empresas Recuperadas y Autogestionadas, 15*(15).

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

Solís, C. V., & Buján, R. M. (2017). Explorando el lugar de lo comunitario en los estudios de género sobre sostenibilidad, reproducción y cuidados. *Quaderns-e de l'Institut Català d'Antropologia, 22* (2), 65-81.

Strauss, A. & Corbin, J. (2002). Bases de la investigación cualitativa. *Técnicas y procedimientos para desarrollar la teoría fundamentada*. Medellín: Universidad de Antioquia.

Vasilachis, I. (2006). La investigación cualitativa. *Estrategias de investigación cualitativa, 23-64*.

Viotti, N. (2018). De las mediaciones a los medios: la vida material de la espiritualidad contemporánea. *Ciencias Sociales y Religión/Ciências Sociais e Religião, 20*(29), 17-40. Disponible en: <http://revistas.unla.edu.ar/saludcolectiva/article/view/1519> [19/11/2020]

Viotti, N. (2020). Anticientificismo, derechas antisistema y nuevas articulaciones políticas en contexto de pandemia. Disponible en: <http://noticias.unsam.edu.ar/2020/08/27/idaes-en-foco-anticientificismo-derechas-antisistema-y-nuevas-articulaciones-politicas-en-contexto-de-pandemia/> [19/11/2020]

Zibecchi, C. (2020). Cuidar a los chicos del barrio: trabajo comunitario de las cuidadoras, expectativas y horizontes de politización en contextos de pandemia. En Sanchis, N. (comp.) *El cuidado comunitario en tiempos de pandemia... y más allá*. Ciudad Autónoma de Buenos Aires: Asociación Lola Mora, Red de Género y Comercio.