



Territorios de la salud y COVID-19: el barrio El Monte, Quilmes.

Arnaldo Medina¹, Claudia Congett², Erica Avalos³, Florencia Montori⁴, Gabriel Sosa⁵, Laila Domínguez, Marcela Cabral, Micaela Flores, Mariela González⁶, Patricia Roussel⁷, Patricio Narodowski⁸ y Verónica Pellegrini⁹

Resumen

En el presente documento se estudia la respuesta del sistema de salud ante la pandemia de Covid-19 en el barrio vulnerable El Monte-Mataderos, Quilmes, en el sur del Gran Buenos Aires (GBA) desde la perspectiva del sanitarismo crítico actual que brinda particular importancia a la atención primaria entre otros elementos. Se describen los dos enfoques antagónicos el neoinstitucionalismo neoclásico basado en el individuo racional y el sanitarismo de base estructuralista pero que en los últimos años incluye un enfoque diverso sobre la subjetividad, fundamental para el análisis del territorio. Con este marco, se exponen las problemáticas del sistema de salud en general y del GBA, en particular, donde predomina

Todos los autores: Miembros de del colectivo Ciclo Enfermería y Emergencias desde adentro. Instituto de Salud. Universidad Nacional Arturo Jauretche.

¹También Secretario de Calidad en Salud del Ministerio de Salud de la Nación Argentina. Mail: medina.arnaldo@gmail.com

²También Coordinadora Operativa de la Dirección Nacional de Emergencias y Docente de la UNAJ- Argentina. Mail: claudiacongett@gmail.com

³También voluntaria del barrio “El monte”- Argentina. Mail: eri.avalos07@gmail.com

⁴También coordinadora del área de comunicación social del Hospital El Cruce Néstor Kirchner de Florencio Varela - Argentina. Mail: Florencia.montori@gmail.com

⁵También Coordinador de DINESA Dirección Nacional de Emergencias Sanitarias - con coordinador de la Tecnicatura de Emergencias Sanitarias de UNAJ- Argentina. Mail: shgabriel2000@gmail.com

⁶También voluntarias del Ministerio de Salud de la Nación Argentina. Mails en orden: lailadominguez3@gmail.com; mmaru.cabral@gmail.com; micaelaflores73@gmail.com; mariela_ely1988@hotmail.com

⁷También directora de enfermería del Hospital El Cruce Nestor Kirchner de Florencio Varela y Docente de la UNAJ - Argentina. Mail: roussel36@gmail.com

⁸También funcionario del Ministerio del Interior de la Nación y colaborador del Ministerio de Salud de la Provincia de Buenos Aires- Argentina. Mail: pnarodowski@hotmail.com

⁹También jefa del servicio de enfermería del Hospital El Cruce Nestor Kirchner de Florencio Varela - Argentina. Mail: veronicapellegrini71@gmail.com

la falta de financiamiento, los problemas de diseño y la debilidad del Estado en un territorio con elevados niveles de pobreza. Y luego se aborda el sistema local de salud en Quilmes, y la realidad socioeconómica y el entramado relacional-institucional en un territorio particular para ver cómo funcionó el esquema establecido por la Nación, la Provincia y el Municipio para enfrentar la pandemia. Las conclusiones muestran que al momento del inicio de la pandemia y más allá del esfuerzo realizado, la atención primaria en general y en el barrio en particular, era endeble y no contaba con el nivel de participación de los actores necesaria para cumplir con su cometido, eso dificultó la respuesta.

Palabras claves: Salud; atención primaria; territorio

Health territories and COVID-19: the El Monte neighborhood, Quilmes

Abstract

This document studies the response of the health system to the Covid-19 pandemic in the vulnerable neighborhood El Monte-Mataderos, Quilmes, in the south of Greater Buenos Aires (GBA) from the perspective of critical sanitarianism that provides particular importance to primary care. The two antagonistic approaches are described: neoclassical new institutionalism based on the rational individual and sanitarianism with a structuralist base, but which in recent years includes a diverse focus on subjectivity, fundamental for the analysis of the territory. With this framework, the problems of the health system in general and the GBA, in particular, are exposed, where lack of financing, design problems and the weakness of the State prevail in a territory, with high levels of poverty. And then we study the local health system in Quilmes, and the socio-economic reality and the relational- institutional framework in a particular territory, to see how the scheme established by the Nation, the province and the Municipality work to face the pandemic. The conclusions show that at the time of the start of the pandemic and beyond the effort made, primary care in general and in the neighborhood in particular, was weak and did not have the level of participation of the actors necessary to fulfill its mission, that made the answer difficult.

Keywords: Health; primarycare; territory

Introducción

El objetivo de este trabajo es indagar acerca de la respuesta del sistema de salud ante la pandemia de Covid-19 en un barrio vulnerable o villa: El Monte-Mataderos, Quilmes, en el sur del Gran Buenos Aires (GBA). Para realizar el abordaje se exponen los debates sobre economía y gestión de la salud desde dos enfoques antagónicos: por un lado el neoinstitucionalismo neoclásico basado en el individuo racional y por el otro lado, el sanitarismo crítico actualmente denominado Movimiento de la Salud Colectiva (MSC). En el marco de estos debates se propone trabajar con el enfoque basado en el sanitarismo crítico y su visión de la importancia del rol de la atención primaria considerando la respuesta del sistema de salud específicamente a partir de las dimensiones económicas y no económicas que surgen del enfoque.

Con ese contexto se describe y analiza críticamente el funcionamiento del sistema de salud en general y en su dimensión territorial, para luego estudiar, mediante el trabajo de campo, las características centrales del barrio y la respuesta del sistema de salud ante la pandemia de Covid-19 en ese entorno, con particular atención sobre las acciones de testeo y seguimiento de pacientes en el momento de la pandemia.

Para abordar el objetivo propuesto se definió en principio un diseño de investigación exploratorio. Se trata de un diseño que permite “la familiarización con el problema de investigación para deducir (a partir de la información reunida) qué aspectos requieren un análisis pormenorizado en las indagaciones posteriores” (Cea D’Ancona, 1996: 108). Se avanzó luego hacia un diseño de investigación descriptivo con el objetivo de analizar la respuesta del sistema de salud ante el Covid 19 para caracterizar el fenómeno y sus manifestaciones. Se presentan en este trabajo parte de los resultados¹⁰.

¹⁰ Al momento de la entrega del artículo se estaba procesando más detalladamente la información para continuar su análisis.

Se utilizaron como herramientas de recolección de información la observación combinada con la entrevista no estructurada (Marradi, Archenti y Piovani, 2007). Esta tarea estuvo a cargo de una de las integrantes del colectivo que es habitante del barrio y contó luego con la participación del resto del equipo. El trabajo se llevó a cabo entre los meses de julio y agosto de 2020. Para definir las unidades de observación se utilizó un criterio muestral no probabilístico conocido como muestreo estratégico o por conveniencia, una técnica utilizada para crear muestras de acuerdo a la facilidad de acceso, la disponibilidad de las personas de formar parte de la muestra, en un intervalo de tiempo dado o cualquier otra especificación práctica de un elemento particular (Cea D´Ancona: 1996). El criterio estratégico para definir esa muestra se definió a partir de personas infectadas y atendidas que habitan en el barrio¹¹.

Para complementar la información se realizaron contactos informales con informantes clave del municipio – como el Secretario de Salud y el Subsecretario de Obras Públicas- y también con miembros de movimientos sociales con influencia en el barrio.¹²

Teniendo en cuenta que desde el enfoque MSC un aspecto fundamental es el relevamiento de las características centrales del barrio y considerando que no hay información actualizada por la antigüedad de los censos y la ausencia de estudios específicos, se utilizó el trabajo exploratorio para esta caracterización.

El debate de la economía y la gestión de la salud.

En los debates sobre la economía y la gestión de la salud en América Latina hay dos enfoques antagónicos: el neoinstitucionalismo (NI) de origen neoclásico y el Movimiento de la salud colectiva (MSC), vinculado al estructuralismo económico. En el NI se valora la apertura, la desregulación y la competencia como reaseguro de la eficiencia tanto en el seguro como en la provisión de la salud, se valoriza la atención primaria y las redes, pero entendiéndolas como

¹¹ Debe aclararse que se usará la frase “los entrevistados” aunque se ha tratado de personas de diversa condición sexo-genérica

¹²Se agradece especialmente al Secretario de Salud Jonatan Konfino y al Subsecretario de Obras Públicas de la Municipalidad de Quilmes por las entrevistas concedidas, naturalmente la responsabilidad sobre el texto es de sus autores.

puerta de entrada para ordenar el sistema y para coordinar las relación entre niveles de atención y entre profesionales (WHO, 2005; Shortell, 2006)¹³. En lo que hace a la relación en el consultorio se basan en el concepto de la satisfacción individual, que muchas veces se asocia a pagos por rendimiento (NHFP, 2014). El enfoque del MSC, de la tradición sanitarista, le cuestiona al NI su base racionalista, su concepción del paciente-cliente y su falta de interés por las problemáticas estructurales de los países de América latina y de sus sistemas de salud (Giovanella, 2013). En este trabajo se sigue este planteo.

El MSC mantiene el discurso pro estatal fuerte del estructuralismo, pero en los últimos años han surgido diversos autores que han puesto el foco en la dimensión subjetiva y en el modo en que se estructuran otros vínculos en el territorio,

En relación con los problemas estructurales, el enfoque del MSC –y el de este documento– pone el acento del lado de la demanda en la situación social de los sectores vulnerables y, del lado de la oferta de la salud– en los problemas del presupuesto como una causa fundamental de la inequidad en la calidad del acceso, los problemas de diseño del sistema, el deterioro del rol del Estado central y la debilidad de los gobiernos provinciales y municipales (Menendez, 2003; Giovanella, 2013). Estas son las dimensiones consideradas en el diagnóstico de los capítulos sucesivos.

En cuanto a los vínculos en el territorio, se pone el foco en las trayectorias y las propias experiencias de los actores de este. La cuestión es central porque aporta al modo en que las políticas públicas deben abordar el vínculo en la escala territorial para resolver problemas de coordinación y acceso. Se debe mencionar aquí el concepto que proponen Almeida Filho y Silva Paim (1999) –citando a Castoriadis– de un nuevo radicalismo vinculado a saberes, deseos, proyecciones de lucha, etc; o el de Almeida Filho (2006), en base a Boaventura de Sousa Santos, de los saberes de la vida; también a Rovere (2004) y su análisis de las jerarquías; a Breilh (1999) quien propone el concepto de ecosistema, citando a Prigogine y a

¹³Debe aclararse que hay autores en América Latina que cuestionan algunos planteos macro del NI, especialmente el ajuste, pero valoran el aporte en relación con la organización micro del sistema y la red, sería el caso de Cepal (2006), OPS (2008) y VilacaMendes (2013).

Harvey; y a Breilh (2008) que plantea una matriz integrada de clase, género, etnia. Posteriormente se considera el aporte de Ubieto (2015) que se apoya en la biopolítica de Foucault o Ubieto (2018) y su idea de conversación. También Garrafa y Manchola (2017) que citan el concepto de ética liberadora de Dussel¹⁴.

En este aspecto, se ha tomado en este trabajo el planteo de Batista y Merhy (2011) para quienes, a fin de quebrar la lógica del NI, la política de salud debe apoyarse en el vínculo con el entramado territorial, para lo cual debe incentivar una participación popular fuerte que permita construir un territorio sociosanitario basado en la solidaridad social como un proyecto político para enfrentar las asimetrías. De este modo, la multiprofesionalidad o multidisciplinariedad, la atención centrada en el paciente, la participación comunitaria, etc, adoptan otro sentido en el que sobresale la no estigmatización, la solidaridad, la comprensión, la escucha, la confianza mutua y la horizontalidad (Baixench, 2012; Medina y Narodowski, 2019b). El concepto de participación y no jerarquía son centrales para el análisis de la atención primaria y la red en este documento.

El sistema de salud provincial y municipal al inicio de la pandemia a la luz de las dimensiones establecidas

Al inicio de la pandemia el sistema de salud tenía los problemas estructurales tradicionales y otros causados por la gestión de los últimos años. Por un lado, el problema del presupuesto ya que el nivel de gasto público en salud per cápita es muy bajo, cercano a los 700 dólares en 2015 mientras que el promedio europeo supera los 5.000 dólares. Esto influye en la cantidad y calidad de la infraestructura edilicia y del equipamiento, acceso a insumos y medicamentos, así como en los salarios del personal Medina y Narodowski, 2019a). En el período 2016-2019

¹⁴Lo hacen en el contexto del debate que confluye en América Latina en la cuestión del poder contrahegemónico del que participan el mencionado Dussel, Hinkelammert y su “ética del bien común” (Vergara Estevez, 2002); Escobar (2014) con las ontologías relacionales y el pluriverso, Sousa Santos (2010 y 2014) y su idea de la autonomía territorial en la que también coincide Coraggio (2009 y 2013). Por lo tanto, lejos estamos de entender al territorio, incluso al que estamos analizando, como comunidades esenciales (Cravino, 2002)

el problema se agravó por el deterioro de los presupuestos, la devaluación y la inflación (Medina y Narodowski, 2018). A este fenómeno se sumó la caída en el nivel de vida de la población, afectando los condicionamientos de la salud.

La segunda dimensión es la de los problemas de diseño, los mismos pueden sintetizarse en la segmentación y fragmentación existente por la coexistencia de distintas entidades públicas pertenecientes a diferentes jurisdicciones administrativas, nacional, provincial (especialmente hospitales) y municipal (la atención primaria y en algunos casos hospitales); la seguridad social (obras sociales nacionales, provinciales, PAMI y obras sociales de las fuerzas de seguridad) y los seguros privados. También debe considerarse como parte del problema de diseño, es la mayor importancia que el sistema asigna al hospital en detrimento de la atención primaria. El resultado es una fuerte descoordinación e ineficiencia.

En tercer lugar, se debe mencionar el deterioro del rol del estado central especialmente en lo referente a su capacidad reguladora y como garantía de la equidad interregional debido a la descentralización del sistema en provincias y municipios de los años 90s y las dificultades de éstos en cuanto a capacidades de gasto y gestión¹⁵. Esto profundizó los problemas planteados más arriba de presupuesto y coordinación (Centrángolo, 2014)

En cuanto a los vínculos con el territorio y el sentido que hemos propuesto para la atención primaria y la red, con el eje puesto en la participación y la horizontalidad, ha habido esfuerzos a lo largo de los años para fortalecer este nivel, la bibliografía menciona para la provincia de Buenos Aires, el ATMDOS y hay otras experiencias locales que exceden este trabajo (Recalde, 2020). Los programas han sido inestables o limitados, y ha habido otros que fueron en el sentido inverso¹⁶. Pero es posible encontrar en los Centros de Salud Primaria (CAPS) equipos organizados a partir de esos parámetros, generando espacios para una interacción

¹⁵ También influyó la degradación del Ministerio de Salud de la Nación a una secretaria de 2018

¹⁶El SAME provincial avanzó en forma parcial, sin fortalecer los equipos de salud y sin un sistema de referencia-contrarreferencia. La Red Pública de Salud AMBA se concentró en la mejora edilicia, no contempló un sistema de coordinación ni tampoco generó un modelo de cohesión y de participación. El modelo basado en el cofinanciamiento municipal sometió a los gobiernos locales a un stress financiero que aún persiste

menos jerárquica, centrada en el paciente, aunque no se trata de un modelo de atención generalizado. En el trabajo de campo se abordan estos aspectos especialmente.

Por lo expuesto, en el momento en que llegó la pandemia, lo central que caracterizaba al sistema de salud de la provincia de Buenos Aires y sus municipios es, del lado de la demanda, la existencia de graves problemas sociales que hacen a los condicionamientos de la salud. Del lado de la oferta la falta de presupuesto, los problemas de descoordinación, y la debilidad estatal en las tres escalas administrativas. En lo que hace a la atención primaria, se verificaba además el impacto de la presencia reciente de programas que atentan con el sentido que, el enfoque que se está siguiendo, indica.

En el caso específico de Quilmes hay dos hospitales, uno provincial y otro municipal, así como 49 CAPS y dos centros intermedios con una mayor gama de especialidades. En 2015 era el que mostraba el menor gasto público per cápita entre los municipios vecinos; en cuanto a la relación de habitantes por CAPS o de consultas en CAPS por habitante, estaba ese año por detrás de Florencio Varela y Berazategui (Medina y Narodowski, 2015). Por entonces Consejo Federal de Inversiones (2015) había evaluado que existían problemas de coordinación graves. Según una funcionaria actual entrevistada, para la promoción y prevención se dependía de operativos barriales.

En lo que hace a la perspectiva de las relaciones en el territorio y el sentido participativo de la atención primaria, durante 2016-2019 no hay indicios en los documentos oficiales de la búsqueda de un modelo específico más allá de la lógica de la ya mencionada Red AMBA. En la gestión iniciada en diciembre 2019 el planteo responde al enfoque sanitarista, poniéndose el acento en la atención primaria y la promoción de la salud comunitaria (Konfino, 2020). De las entrevistas surge que se había llegado a cambiar la conducción de la mayoría de los CAPS, pero el proceso recién empezaba.

Las políticas públicas en el municipio de Quilmes a partir de la Pandemia del Covid-19

Desde el inicio de la pandemia los gobiernos nacionales y provinciales determinaron una serie de estrategias para enfrentar la situación. La más importante ha sido el aislamiento social

preventivo y obligatorio en una primera etapa, muy estricto. En paralelo se comenzaron a construir hospitales modulares y centros de aislamiento sanitarios extrahospitalarios, también se reforzaron las camas de terapia intensiva. En Quilmes se habilitaron tres centros de aislamiento (Universidad Nacional de Quilmes, Sindicato del Plástico y la Escuela de Gestión Privada San Jorge), un hospital modular, ubicado en la UPA 17 de Bernal, y además se han sumado camas en los dos hospitales preexistentes (Ministerio de Salud de la Nación, 2020).

Cuando se produce el aumento de contagios, especialmente en barrios vulnerables de la ciudad Autónoma de Buenos Aires (CABA) y el GBA (ambas conforman el AMBA), el Ministerio de Salud de la Nación lanza el Programa Detectar con el fin de promover el abordaje territorial para la búsqueda activa y detección de casos de Covid-19. Los operativos se realizan donde los gobiernos provinciales y locales lo determinan, el Ministerio nacional pone a disposición sus profesionales y voluntarios que trabajan con sus pares del territorio, así como los equipos móviles. Cada provincia es responsable de los protocolos y además desarrolla modelos propios. En Quilmes se organizaron también en forma autónoma los operativos denominados “Cuidarnos”.

El Detectar comenzó el trabajo en abril 2020, en CABA y en el Barrio La Paz de Quilmes, el 24 de mayo se instaló en Villa Azul y el 29 del mismo mes en Itatí, donde se trabajaron de manera continua y sostenida en forma conjunta los tres niveles de gobierno con fuerte presencia del municipio. En ambos se establecieron comités de crisis y, según las diversas fuentes, se ha logrado mayor organización.

Posteriormente, en el marco del programa Cuidarnos se incrementó la capacidad de detección garantizando el hisopado en CAPS, en menor medida en domicilios con el SAME y con los operativos con las unidades sanitarias móviles, constituyo nuevos comités operativos de emergencias y se logró que los vecinos se sumen voluntariamente al abordaje del COVID. Naturalmente este esquema tiene más amplitud espacial que lo que puede hacerse desde Nación y mayor sostenibilidad en el tiempo.

Tanto el esquema inicial del Detectar, como este Programa local se proponen evitar la propagación del virus, para eso, se realizan los recorridos casa por casa buscando personas

con síntomas, se acompaña al vecino si corresponde, al hospital móvil o Centro de Salud en el momento, se realiza un “triage”, se completa una ficha epidemiológica y de ser necesario se realiza el hisopado correspondiente. Luego se verifica la posibilidad de aislamiento domiciliario y se lo ayuda con alimentos, elementos de higiene, garrafas, etc. (Ministerio de salud de la Nación, 2020). En caso de no poseer posibilidad de aislamiento en su domicilio, se deriva a un centro de del municipio. Luego de obtenido el resultado, se procede de acuerdo a los síntomas y al protocolo, ya sea internación o seguimiento. Todo este proceso es registrado en el SIISA (Sistema Integrado de Información Sanitario Argentina). Si no hay una buena conexión, en términos operativos, pero también del sentido ya analizado entre los vecinos, los promotores, el equipo de testeo y si no hay un buen acompañamiento primero y seguimiento después, el testeo pierde sentido. Y más aún cuando el resultado del test por la falta de capacidad en los laboratorios se demora.

El barrio El Monte- Matadero

Monte- Matadero es un barrio vulnerable ubicado en el municipio de Quilmes. Sus límites en relación al resto de la ciudad son Alberdi hasta Carlos Gardel y desde Avenida Caseros hasta la Autopista Bs. As- La Plata. Los barrios circundantes son al norte Villa Alcira, que tiene algunas calles de tierra, pero con condiciones generales superiores; al Sur está la Ribera, similar al Monte; del otro lado de la Avenida Caseros está Barrio Parque Bernal y los barrios que luego evolucionarán hacia el centro, que muestran un nivel de vida a simple vista muy superior.

Está dividido en dos grandes secciones: “El Matadero” desde Carlos Gardel hasta avenida Las Heras y “El Monte” desde Las Heras hasta Alberdi. También se suele distinguir: “La Punta”, desde Carlos Gardel hasta Patricios; “El medio” desde Patricios hasta Pueyrredón; “El puente” calle Pueyrredón y todo el fondo hasta la Autopista.

A partir del estudio exploratorio se identificó que la mayor parte de las vías son pasillos y las calles son de tierra, aunque hay algunas arterias principales asfaltadas que atraviesan el barrio de norte a sur y de este a oeste: estas son Caseros, Las Heras, Otamendi, Alberdi, Castelli y

Suipacha que va hasta la autopista. El asfalto costea el barrio hasta la cancha “Once Corazones” que es al fondo de Reconquista.

En total tiene aproximadamente 10 hectáreas y habitan, según cálculos de los entrevistados, entre 8.000 y 10.000 personas, con entre 5 y 8 personas promedio por habitación de no más de 6 metros cuadrados. El gobierno de la provincia de Buenos Aires (2019) sostiene que había en 2010, 1029 hogares y unos 4000 habitantes, porque asumen que menos del 20% vive hacinado; no hay otros estudios al respecto. Otro aspecto identificado en las observaciones y entrevistas no estructuradas es que no hay grandes segmentaciones por el origen de las familias, aunque se menciona la zona de los chaqueños del lado del Matadero, costeando la autopista desde Pueyrredón hasta Las Heras y la de las comunidades paraguayas, en la zona de Alberdi y Mozart.

La zona del fondo, más cercana a la autopista, ha sido ocupada en un período reciente; es más baja e inundable, las calles de tierra están en peores condiciones y las casas son en su mayoría de material. Todas cuentan con precarias conexiones de luz y a partir de los testimonios se verificó que existen históricamente problemas de tensión que el municipio ha intentado resolver poniendo transformadores. También tienen agua debido a conexiones que realiza cada familia, en algunos pasillos mediante mangueras muy precarias y al borde de la autopista con muy baja presión, sobre todo en verano. El gas es de garrafa. Pero el gran problema es la falta de cloacas porque los pozos ciegos están a corta distancia entre sí, se confunden, se rebalsan, etc. Las conexiones a internet son provistas por empresas chicas y son pocos los que tienen ese servicio. También surgió de los testimonios que hay problemas dominiales y un esquema de compraventa informal permanente.

Como se dijo en la introducción, es difícil tener información actualizada sobre el perfil socioeconómico del barrio por la antigüedad de los censos y la ausencia de estudios específicos. El trabajo de campo exploratorio permitió obtener una aproximación interesante a partir de la observación y las entrevistas no estructuradas.

Los entrevistados coinciden en afirmar que el nivel educativo de los habitantes del barrio alcanza en su mayoría el primario completo y es muy inferior el secundario completo. Se

mencionan casos de jóvenes con estudios terciarios especialmente en profesorado de educación o enfermería, pero se han podido detectar muy pocos ejemplos de educación universitaria. Un dato interesante para señalar es que la Universidad Nacional de Quilmes queda a 12 cuadras de la sección más cercana.

En cuanto al perfil laboral el primer rubro que se menciona es la construcción ya que la gran mayoría de los trabajadores son ayudantes de albañil, muchos trabajan en obras y son afiliados a la UOCRA. Hay una menor cantidad de oficiales, generalmente de mayor edad que hacen trabajos en casas particulares. Hay 2 talleres mecánicos sobre la avenida Caseros-Cevallos.

Las mujeres generalmente trabajan en casas de familia limpiando o cuidando chicos. Otras, en menor medida, en comercios dentro y fuera del barrio. En este sentido las mujeres tienen un rol vinculado a las tareas de cuidado, incluso se pudieron registrar al menos tres que trabajan como maestras particulares. Pero, en paralelo, cada vez más mujeres hacen venta online de ropa y diversos productos por redes sociales, algo que no solo se identificó con las entrevistas, sino que también se verifica entrando a los grupos de Facebook.

En las observaciones realizadas en el barrio se ven en todas las cuadras, negocios alimenticios: por un lado, pequeños supermercados que tienen almacén, panadería, verdulería e incluso carnicería y pollería, provistos por grandes empresas, pero también hay pequeños locales que compran en mayoristas; hay una forrajería sobre Caseros y varias regalerías. Los únicos mercados chinos están afuera, uno en Las Heras y Brown y otro en Patricios y Andrade.

Se ubican dos remiserías bien constituidas y se pudo reconstruir que algunas familias con auto brindan el mismo servicio, llamado “particular”.

Se repite en las entrevistas la idea de los habitantes del barrio El Monte que las relaciones entre las personas son mucho más estrechas que del otro lado, que se conocen más y transmiten una sensación al menos las personas de más de 25 o 30 años con una familia constituida, que los vecinos se ayudan, aunque sin desconocer una cierta circulación de

chismes y otros problemas relacionales que parecen no tener más relevancia que los aspectos positivos de los vínculos¹⁷.

Ni el gobierno provincial en el municipio tuvieron hasta ahora una presencia institucional en el barrio, no hay escuelas, ni centros de atención primaria de salud, ni otra institución sanitaria; tampoco comisaría o destacamento policial. Tradicionalmente los chicos y los jóvenes van a las escuelas n° 7 (Alberdi 130), n°29 (Brown 100) o a la n°47 (José E. López 299) que quedan a 7 u 8 cuadras de las secciones más cercanas y mucho más, hasta 15 cuadras de las más alejadas. Lo mismo sucede con la llamada tradicionalmente salita Houssay que queda en Paz y Alberdi. Para los trámites hay que ir a la municipalidad que queda en Alberdi 500. Sin terminar hay un Centro de Integración Comunitaria (CIC) dentro de la villa, en la calle Alberdi y el Municipio ha avanzado últimamente en el proyecto de finalización del edificio. Mientras, se muestra activa en la villa la responsable del CIC de La Ribera y los funcionarios aseguran que se pondrá en marcha dentro de la estrategia de dinamizar la participación en el barrio.

La iglesia católica tiene una capilla en Patricios y Pasaje 20 de agosto que según los entrevistados no realiza tarea social alguna. Al mismo tiempo se han identificado diversas iglesias cristianas evangelistas, que no tienen una actividad social más allá de sus objetivos específicos.

De las entrevistas surge que funciona en el barrio un Programa de primera infancia (0 a 4 años) que tiene el objetivo de apoyar a los habitantes del barrio para hacer tramites por violencia de género, discapacidad, etc. aunque sin un presupuesto más allá del pago al personal afectado. Sin embargo, durante los meses de trabajo exploratorio no se ha podido dar con su responsable a nivel municipal. Se pudo reconstruir a partir de las observaciones y

¹⁷Esto nos aleja completamente de la leyenda negra y nos acerca a la rosa, en la interesante disquisición de Cravino (2002), pero como dice esta antropóloga, sin desconocer las disputas internas, especialmente por la representación y –se agrega- la heterogeneidad de trayectorias, ilusiones, sentimientos, estéticas.

entrevistas que el Programa habría empezado en el año 2017 y no está muy difundido, aunque se identificaron “facilitadoras” del propio barrio que cobran una beca. El problema es que según el testimonio de las facilitadoras les cuesta mucho realizar los trámites y muestran diferencias con el equipo interdisciplinario. Este esquema –que parece heredado del gobierno local anterior- no tuvo vínculo con las tareas de prevención y testeo de la pandemia. También se han detectado personas que se autodefinen como manzaneras, responsables de la coordinación de diversos programas en los barrios en el marco de un modelo surgido en los años 90s.

En cuanto a organizaciones de la sociedad civil y los movimientos sociales sobresale el Centro Cultural Garelli- Asociación Civil Villa Valdoco que no está dentro de la villa sino enfrente (en la avenida Las Heras y Cevallos) pero que tiene diversas actividades a las que concurren desde el barrio, con apoyo municipal y una cierta estabilidad en el tiempo. Por otro lado, están los movimientos sociales de la villa nucleados especialmente en torno a los comedores y con la autonomía que le brinda el presupuesto de las cooperativas. A partir de las entrevistas se individualizaron más de diez comedores ubicados en toda la villa. Los mismos son de la Cámpora, Barrios de Pie, Movimiento Evita y otros de más difícil identificación.

Cómo se dijo ya, la “salita” Houssay de calle Paz es a la que acuden los habitantes del barrio, la otra opción es otra “salita” que se encuentra en Lago Alumin  1399, en Villa Alcira; para otros temas van al hospital Iriarte que queda en Alison Bell 770 a 10 cuadras de las selecciones más cercanas y a 25 de las más alejadas. Ambas “salitas” ofrecen la presencia de un equipo chico que sólo atiende de mañana, como sucede en este tipo de espacios del GBA, los vecinos se quejan de que no alcanza a cubrir las necesidades, especialmente a la tarde y a la noche.

El centro de Houssay está en buenas condiciones. El director anterior no era conocido entre los vecinos, pero los testimonios indican que el director actual ha demostrado una gran presencia, probablemente en sintonía con el enfoque de la nueva gestión municipal. Lo que mejor funciona según los entrevistados es el servicio de obstetricia y el de pediatria durante los tres primeros años del niño. La obstetra atiende sin turno y la pediatra da los turnos mensuales, el problema es si éste se pierde. En las entrevistas surgen algunas cuestiones sobre

estos servicios y las profesionales. Sostienen que la obstetra es muy empática, no así la médica pediatra. En los otros servicios todo es más complejo en cuanto a turnos y esperas. Los análisis ginecológicos y de laboratorios habituales son realizados allí mismo de modo coordinado con el laboratorio, pero en las entrevistas aparecen quejas por la lentitud de los resultados. Según las épocas hay más o menos entrega de medicamentos y leche en polvo. En la “salita” de villa Alcira la atención pediátrica, odontológica y clínica es con turnos diarios, por orden de llegada, por este motivo muchos vecinos se atienden y tienen allí la historia clínica. Ambas “salitas” comparten la obstetra.

Las entrevistadas han insistido en que han tenido mala experiencia con maltratos en los partos llevados a cabo en el Hospital, aunque también resaltan que en otros servicios no sucede lo mismo. En función del relevamiento realizado se entiende que la relación entre la salita y el hospital es nula.

El barrio El Monte durante la pandemia

Durante la pandemia, en el barrio El Monte como en todo el país, luego de una primera etapa de una evolución supuestamente controlable de contagios, se produjo un aumento en poco tiempo¹⁸ que generó una alarma en el barrio y entre las autoridades. A partir de las entrevistas se identificaron algunas dinámicas generadas por el aumento de casos que tienen que ver con el caos y la alarma, pero también con un sinnúmero de problemas internos y reproches porque algunos vecinos acusaban a otros de ocultar el contagio.

Hubo dos operativos denominados Detectar + Cuidarnos, el primero el 2 de junio en el Centro Cultural Garelli y el segundo en la “salita”, el 10 de agosto. En la primera jornada no hubo casos positivos, pero en la segunda –que incluyó sólo el extremo sur y algunas cuadras cercanas al Municipio- resultó contagiado el 62%. En la exploración realizadas no se pudo

¹⁸ Toda la información epidemiológica puede verse en Sala de Situación del Ministerio de Salud de la Nación, en el sitio web: <https://www.argentina.gob.ar/salud/coronavirus-COVID-19/sala-situacion>

obtener un dato certero de la cantidad de internados o fallecidos, pero de las entrevistas surge que la suma no sería mayor a seis. Asimismo, se indica que tres personas fueron aisladas en la Universidad nacional de Quilmes.

En ambos operativos se constituyó un grupo formado por promotores de provincia, municipales y voluntarios de las cooperativas o simplemente conocidos. Éstos, la mayor parte sin conocimientos de salud, fueron capacitados en el momento. La tarea de los promotores consistía en ir casa por casa, preguntar, tomar los datos y llamar a los promotores más experimentados en caso de necesidad; también, acompañar a los posibles contagiados a la “salita” o al Centro Cultural Garelli, tres cuadras, diez cuadras, a pie.

Fuera de los operativos ya mencionados, el testeo se realiza en la “salita” con un sistema de turnos, salvo las urgencias. De los testimonios se puede inferir que el grupo de promotores y voluntarios funciona erráticamente fuera de los operativos y que no hay una tarea organizada actualmente de prevención pero que al mismo tiempo los vecinos están mucho más informados.

Los casos relevados de contagios muestran los problemas para el llamado telefónico y surge la presencia de contactos informales con personal de la municipalidad como medio de dar aviso. También aparece con una fuerte valoración en las entrevistas la presencia de la responsable del CIC de La Ribera ya mencionada.

En junio los pacientes con síntomas podían ser llevados a realizar el hisopado en ambulancia y los resultados llegaban relativamente rápido. Pero en agosto, en el momento del pico, se buscaban otros medios para llegar a la “salita” y, según los testimonios, la demora de los resultados era mayor y en algunos casos superaba el tiempo de aislamiento. Una vecina refirió que su marido se hizo la prueba en el segundo operativo y recibió el resultado en 24 horas.

Los testimonios de los vecinos en las entrevistas destacan la figura del director del Centro Houssay que realiza el seguimiento personalmente y a diario. Este seguimiento es menor en el marco del aumento de los casos y el fin de semana en que la salita casi no trabaja.

En cuanto a los vínculos durante la pandemia, se identificó la percepción general entre los vecinos de que las personas contagiadas -si lo informan y se cuidan- no son estigmatizadas por el resto, más bien dicen ser ayudadas y lo contrario sucede con quienes muestran signos de irresponsabilidad; si bien este mecanismo puede ser útil, a veces ha generado violencia. En paralelo hubo especialmente durante la fase más rígida del aislamiento, una solidaridad vinculada a la falta de alimentos debido a la presencia de los ya mencionados comedores; también el municipio ha brindado—además de elementos de higiene- paquetes de mercadería.

Palabras finales

El documento aborda desde una perspectiva de salud colectiva la respuesta del sistema de salud y especialmente de la atención primaria a la pandemia en un barrio vulnerable del GBA. Se muestra que cuando llegó la pandemia sobresalía la falta de recursos, la fragmentación general, la poca coordinación y la presencia de un débil entramado socio- sanitario en los barrios, problemas que se habían profundizado por la perspectiva neoinstitucionalista de la política sanitaria de los últimos cuatro años. La situación se suplió en el caso estudiado con una estrategia territorial llevada adelante por los tres niveles de gobierno, fuerte presencia municipal y el compromiso de un director de CAPS, formado en la tradición sanitarista y de la responsable del CIC de La Rivera que es una funcionaria externa a la villa. Primó la coordinación entre los mencionados niveles de gobierno y también fue central la existencia de un sistema de comedores y la solidaridad de los vecinos. Pero el déficit institucional y de una alianza entre estado y barrio en la salud resulta aún, un problema importante. El aumento de la presencia del área de salud municipal en la villa y de la participación de los vecinos deberá ser el desafío de largo plazo.

Bibliografía

ALMEIDA-FILHO, N (2006) Complejidad y Transdisciplinariedad en el Campo de la Salud Colectiva: Evaluación de Conceptos y Aplicaciones. *Salud colectiva*, Buenos Aires. En: [www.unla.edu.ar/saludcolectiva/revista05/3.Naomar Almeida.pdf](http://www.unla.edu.ar/saludcolectiva/revista05/3.Naomar%20Almeida.pdf)

ALMEIDA FILHO, N y SILVA PAIM, J (1999) La crisis de la salud pública y el movimiento de la salud colectiva en América Latina. *Cuadernos Sociales Nro 75*. En: www.saludcolectiva-unr.com.ar/docs/SC-010.pdf

BAIXENCH, C (2012). ¿Trabajamos en equipo los médicos? Una realidad o solo palabras. Acta méd. costarric vol.54 n.3 San José Jul./Sep. En: http://www.scielo.sa.cr/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0001-60022012000300001

BATISTA, F y MERHY, E (2011). El reconocimiento de la producción subjetiva del cuidado. Salud Colectiva. Universidad de Lanus. En: https://www.academia.edu/31805155/El_reconocimiento_de_la_producci3n_subjetiva_del_cuidado

BREILH, J (2008) Una perspectiva emancipadora de la investigación y acción basada en la determinación social de la salud. *Taller latinoamericano sobre determinantes sociales de la asociación latinoamericana de medicina social*. México, 29 de septiembre - 3 de octubre. En: [repositorio.uasb.edu.ec/bitstream/10644/3413/1/Breilh%2C J-CON-119-Una perspectiva em.pdf](http://repositorio.uasb.edu.ec/bitstream/10644/3413/1/Breilh%2C%20J-CON-119-Una%20perspectiva%20em.pdf)

CEA D'ANCONA, M (1996) Metodología Cuantitativa: Estrategias y técnicas de investigación social, Madrid, *Síntesis Edit.*

CENTRÁNGOLO (2014) Financiamiento fragmentado, cobertura desigual y falta de equidad en el sistema de salud argentino. *Revista de Economía Política de Buenos Aires Num. 13*. En: ojs.econ.uba.ar/index.php/REPBA/article/view/785

CEPAL (2006) La protección social de cara al futuro. Acceso, financiamiento y solidaridad. CEPAL, Montevideo. En: http://repositorio.cepal.org/bitstream/handle/11362/2806/1/S2006002_es.pdf

CONSEJO FEDERAL DE INVERSIONES (2015) Fortalecimiento de la coordinación de la red de hospitales de la región sudeste del conurbano de la Provincia de Buenos Aires que referencia en el Hospital El Cruce “Dr. Néstor Kirchner” CFI.

CORAGGIO, JL (2009) Transformar las políticas sociales, *Página 12*, 3 de febrero. En: <https://www.pagina12.com.ar/imprimir/diario/elpais/1-119412-2009-02-03.html>

CORAGGIO, JL (2013) La Economía Social y Solidaria: hacia la búsqueda de posibles convergencias con el Vivir Bien. En: <https://www.coraggioeconomia.org>

CRAVINO, C (2002) El barrio concebido como comunidad reflexiones acerca de algunos supuestos presentes en la focalización territorial de políticas asistenciales. *Jornadas Regionales de Investigación en Humanidades y Ciencias Sociales*. Jujuy.

DE SOUSA SANTOS, B (2010) Descolonizar el saber, reinventar el poder. *RditorialTrilce*, Montevideo.

DE SOUSA SANTOS, B (2014) Democratizar el territorio, democratizar el espacio. En: <https://marxismocritico.com/2014/02/03/democratizar-el-territorio-democratizar-el-espacio/>

ESCOBAR, A (2014) Sentipensar con la tierra: nuevas lecturas sobre desarrollo, territorio y diferencia. Universidad Autónoma Latinoamericana UNALA, Medellín. En: http://biblioteca.clacso.edu.ar/Colombia/escpos-unala/20170802050253/pdf_460.pdf

GARRAFA V Y MANCHOLA C (2017) Bioética y asimetría (negativa) de poder: explotación, desigualdad y derechos humanos. En: <https://aldiaargentina.microjuris.com/2017/08/30/bioetica-y-asimetria-negativa-de-poder-explotacion-desigualdad-y-derechos-humanos-garrafa-volnei-manchola-camilo/>

GIOVANELLA, L (2013) Los sistemas de salud de Argentina, Brasil y Uruguay en perspectiva comparada. Observatorio de Salud del Mercosur, Río de Janeiro. En: <http://www.oiapss.org/wp-content/uploads/2013/11/final-Giovanella-comparaci%C3%B3n-SSS-Argentina-Brasil-Uruguay-final-15-nov.pdf>

HINKELAMMERT, F (1998) El grito del sujeto. Del teatro-mundo del evangelio de Juan al perro-mundo de la globalización, 2 ed., San José, Costa Rica, DEI.

KONFINO, J (2020) Gestionar con los pies en el barro. Kranear, 18 de julio. En: <https://kranear.com.ar/2020/07/18/gestionar-con-los-pies-en-el-barro/>

MARRADI, A; ARCHENTI, N Y PIOVANI, J (2007) Metodología de las Ciencias Sociales. Buenos Aires: Emecé.

MEDINA, A Y NARODOWSKI, P (2015) Estado, integración y salud. La gestión en red de un hospital público, 1ª ed., Ediciones Imago Mundi.

MEDINA, A & NARODOWSKI, P (2015) Estado integración y salud. La gestión en red de un hospital público. Fahce. Buenos Aires

MEDINA, A Y NARODOWSKI, P (2019a) Enfoques y herramientas para el gobierno de la salud. Miño y Dávila.

MEDINA, A Y NARODOWSKI, P (2019b) Escalas, territorio y construcciones relacionales, implícitas en los debates y el diseño efectivo de las políticas públicas de la posguerra y actuales, en el centro y en la periferia. *El caso de las políticas de salud Ciencia y Trópico Nro 43*. En: <https://periodicos.fundaj.gov.br/CIC/article/view/1846>

MENÉNDEZ, E. (2003) Modelos de atención de los padecimientos: de exclusiones teóricas y articulaciones prácticas. *Ciência & Saúde Coletiva*.

MINISTERIO DE SALUD DE LA NACIÓN (2020) COVID-19. Estrategias de resolución y control de focos en Quilmes, julio. En: <http://www.ms.gba.gov.ar/sitios/media/files/2020/07/COVID19-Estrategias-de-resoluci%C3%B3n-y-control-de-focos-en-Quilmes.pdf>

NARODOWSKI, P Y MEDINA, A (2018) “Salud: coincidencias sobre el acceso universal”, en Revista Realidad Económica, Instituto Argentino para el Desarrollo Económico. En: www.iade.org.ar/noticias/salud-coincidencias-sobre-el-acceso-universal

NHFP (2014) Consumer Assessment of Healthcare Providers and Systems (CAHPS) *Surveys: Assessing Patient Experience*. Washington, DC: National Health Policy Forum. En: https://www.nhpf.org/library/the-basics/Basics_CAHPS_12-18-14.pdf.

OPS (2008) Sistemas de salud basados en la Atención Primaria de Salud: Estrategias para el desarrollo de los equipos de APS. Washington. En: new.paho.org/hq/dmdocuments/2010/APS-Estrategias_Desarrollo_Equipos_APS.pdf

RECALDE, A (2020) Las políticas de Salud Pública del gobernador Antonio Cafiero. Revista Movimiento. En: www.revistamovimiento.com/historia/las-politicas-de-salud-publica-del-gobernador-antonio-cafiero/

ROVERE, M (2004) La salud en la Argentina: alianzas y conflictos en la construcción de un sistema injusto *Ministerio de Salud República Argentina*. En: http://www.ms.gba.gov.ar/ssps/residencias/biblio/pdf_Comun/Rovere.pdf

SHORTELL, S (2006) Integrated Health Systems: Promise And Performance. School of Public Health, *University of California-Berkeley*. En: <https://www.hks.harvard.edu/m-rcbg/hcdp/readings/Integrated%20Health%20Systems%20-%20Promise%20and%20Performance.pdf>

SILVA PAIM, J (2009) Medicina comunitaria: introducción a un análisis crítico. *Salud colectiva vol.5, n.1*. En: www.scielo.org.ar/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1851-82652009000100008&lng=es&nrm=iso>

UBIETO, JR (2011) Jaques Lacan, un inclasificable. *La Revista del COPC n° 232*. En: blog.elp.org.es/839/jacques-lacan-un-inclasificable-jose/

UBIETO, JR (2018) ¿Todo el mundo es loco? *La vanguardia*. En: joseramonubieto.blogspot.com/2018/04/todo-el-mundo-es-loco.html

VERGARA ESTÉVEZ, J (2002) La contribución de Hinkelammert a la crítica latinoamericana al neoliberalismo. *Polis, Revista latinoamericana*. En: <https://journals.openedition.org/polis/8011>

Cómo Citar

MEDINA, A., CONGETT, C., AVALOS, E., MONTORI, F., SOSA, G., DOMÍNGUEZ, L., ... PELLEGRINI, V. (2020). Territorios de la salud y COVID-19: el barrio El Monte, Quilmes. *Revista Cardinalis*, 8(15), 225–244.

Recuperado a partir de: <https://revistas.unc.edu.ar/index.php/cardi/issue/view/2246>