



RIDAA
Repositorio Institucional
Digital de Acceso Abierto de la
Universidad Nacional de Quilmes



Universidad
Nacional
de Quilmes

Ramacciotti, Karina

Aprender al calor de una crisis sanitaria. El aislamiento comunitario en Villa Itatí y Villa Azul



Esta obra está bajo una Licencia Creative Commons Argentina.
Atribución - 2.5
<https://creativecommons.org/licenses/by/2.5/ar/>

Documento descargado de RIDAA-UNQ Repositorio Institucional Digital de Acceso Abierto de la Universidad Nacional de Quilmes de la Universidad Nacional de Quilmes

Cita recomendada:

Ramacciotti, K., Guerrero, G. N. y Gilligan, C. (2022). Aprender al calor de una crisis sanitaria. El aislamiento comunitario en Villa Itatí y Villa Azul. *Revista de educación*, 13(27.2), 113-134. Disponible en RIDAA-UNQ Repositorio Institucional Digital de Acceso Abierto de la Universidad Nacional de Quilmes <http://ridaa.unq.edu.ar/handle/20.500.11807/3901>

Puede encontrar éste y otros documentos en: <https://ridaa.unq.edu.ar>

Aprender al calor de una crisis sanitaria. El aislamiento comunitario en Villa Itatí y Villa Azul¹

Learning under a sanitary crisis: the community lockdown in Villa Itatí and Villa Azul

Karina Ramacciotti²
Gabriela Nelba Guerrero³
Clara Gilligan⁴

Resumen

En este artículo se documenta la estrategia estatal de aislamiento comunitario en Villa Azul y en la vecina Villa Itatí. En estos barrios populares, ubicados entre los partidos de Avellaneda y Quilmes en la semana del 20 de mayo del 2020, se detectaron casos de contagios masivos de coronavirus. En Villa Azul se implementó la primera y única experiencia de aislamiento comunitario en la Provincia de Buenos Aires-Argentina con presencia de las Fuerzas de Seguridad durante 14 días. El foco en este artículo estará puesto en las percepciones de un conjunto de profesionales del equipo de salud, quienes tuvieron un rol activo en dicho suceso. La propuesta tendrá tres apartados. En primer lugar, brindaremos características sociodemográficas de las poblaciones involucradas y ciertos aspectos de sus condiciones materiales de vida, en segundo lugar, revisaremos las acciones implementadas durante el brote de coronavirus y en tercer lugar nos centraremos en algunos sentidos que el personal sanitario atribuye a esta experiencia.

Palabras clave: barrios populares; pandemia por Coronavirus; aislamiento comunitario

Abstract

This article documents the state strategy of communal isolation in two neighboring areas in Buenos Aires province: Villa Azul and Villa Itatí. In these working-class neighborhoods, located between the districts of Avellaneda and Quilmes, during the

week of May 20, 2020, a great number of cases of Coronavirus infection were detected. Villa Azul, was implemented for 14 days the first and only experience of community isolation in Buenos Aires province with the presence of the Security Forces. The focus of this article will be on the actions taken by health care professionals. The proposal will have three sections. Firstly, we will provide sociodemographic characteristics of the territories in question, secondly, we will review the actions implemented there during the coronavirus outbreak and thirdly, we will focus on the insights of health personnel to explore the evaluations surrounding the operation.

Keys words: working-class neighborhoods; Coronavirus pandemic; communal isolation

Introducción

Julieta, una joven enfermera egresada de una universidad nacional del conurbano bonaerense relata que el mayor aprendizaje que tuvo durante la pandemia de coronavirus fue percibir el enorme contraste entre lo que había aprendido en sus prácticas preprofesionales con su experiencia en el operativo de testeos de Villa Itatí: “uno tiene que hacer lo posible con lo que tiene en el momento” (Julieta⁵, entrevista, febrero de 2022). De esta manera describe el encuentro entre un crudo panorama social marcado por el hacinamiento, la precariedad, la escasez de recursos y un sistema de salud que se encontraba en pleno proceso de adecuación a la emergencia sanitaria. La experiencia de Julieta es una de las tantas historias de quienes llevaron adelante un rol destacado en el llamado operativo de las Villas Itatí y Azul. En estos barrios populares, ubicados entre los partidos de Avellaneda y Quilmes en el conurbano sur de la Provincia de Buenos Aires, se detectaron los primeros casos de coronavirus en la semana del 20 de mayo del 2020. Como respuesta a la emergencia sanitaria, las autoridades de los distintos niveles de gestión estatal, implementaron aislamientos comunitarios en los barrios populares. Esta estrategia tenía como objetivo que las personas pudieran circular dentro de cada barrio, pero dilatando la llegada del virus. Los aislamientos comunitarios demoraron la circulación del virus, ya que el ingreso en los conglomerados populares porteños tales como las Villa 31 de Retiro (Padre Mugica), la 1-11-14 del Bajo Flores (Padre Ricciardelli), y la 21 se produjo hacia fines de abril, pero demoró otro mes más en ingresar en los barrios algo más alejados del conurbano.

En este artículo se busca documentar la estrategia de aislamiento comunitario en Villa Azul y en la vecina Villa Itatí con el objetivo de contener el brote y, al mismo tiempo, dar respuestas a las necesidades sanitarias y sociales preexistentes, que se potenciaron con la pandemia. Cabe señalar que Villa Azul fue la primera y única experiencia de aislamiento comunitario en la Provincia de Buenos Aires con presencia de las Fuerzas de Seguridad durante 14 días y en este sentido la hace una experiencia relevante para su análisis.

El 20 de marzo de 2020, se decretó el Aislamiento Social Preventivo y Obligatorio (ASPO) como medida para evitar contagios masivos de SARS-CoV-2, preparar los sistemas de salud para atender los casos graves y evitar el colapso de la atención. Las localidades donde el ASPO rigió de manera estricta durante más tiempo fueron la Ciudad Autónoma de Buenos Aires y el Conurbano Bonaerense, ya que la tasa de casos confirmados por habitantes se mantuvo elevada durante un largo período.

Las condiciones de vida previas a la pandemia, caracterizadas por precarias construcciones de las viviendas, hacinamiento y dificultades en el acceso al agua potable (central cuando se propone el lavado de manos y uso de tapabocas como medios de prevención) pusieron en alerta al sistema de salud y motivaron respuestas

estatales. En Argentina el sistema de salud es federal: Las normativas generales marcan líneas de políticas del Ministerio de Salud de la Nación, pero las Provincias y los municipios cuentan con autonomía para delinear las acciones. En este sentido las políticas que implementaron las autoridades Provinciales y municipales toman relevancia.

La experiencia que analizamos nos invita a un abordaje de un Estado para nada despersonalizado, sino que pone en evidencia un ejercicio continuo de autoridad estatal, que se crea a partir de estas prácticas cotidianas, reinterpretadas por sujetos diversos que participan directamente en la materialización de las políticas sanitarias. Tal como señala Vianna: “la administración no sólo inviste de autoridad a individuos o redes de individuos, sino que también captura otras formas de autoridad –y de moral– de las que dichos individuos o redes están dotados” (Vianna, 2010, p. 48). El diseño de las políticas públicas puede ser resultado de un análisis más o menos situado, con mayor o menor conocimiento previo del contexto. Pero aun considerando esta variabilidad, los sujetos que llevan adelante su implementación –a quiénes definimos en tanto agentes estatales (Sarrabayrouse, 2011; Soprano, 2015)– serán quiénes efectivamente encarnen estas políticas y, en el mejor de los casos, la materialización de los derechos de la población destinataria. Esta labor implicará, para este conjunto de sujetos dotados de autoridad estatal (Sarrabayrouse, 2011), un ejercicio subjetivo de apropiación de la política en el que, invariablemente, se cuelan sus propios valores y sentidos acerca de la tarea que llevan adelante. Es por ello que aproximarnos a sus percepciones, se constituye en un análisis clave para comprender determinados aspectos de las políticas sanitarias y de la vida social.

Para lograr tal objetivo recurriremos a una estrategia metodológica cualitativa basada en el relevamiento y análisis de prensa nacional y local y en el análisis de entrevistas en profundidad realizadas a un conjunto de actores que fueron parte de esta experiencia. Las entrevistas que utilizamos en este artículo, son parte de un corpus más amplio compuesto por 274 entrevistas que se hicieron a nivel nacional, entre abril y julio de 2021. De este conjunto de entrevistas, las correspondientes a la ciudad de Buenos Aires y al conurbano sur fueron 44 del total. Todas las entrevistas tuvieron una duración aproximada de 60 minutos, fueron grabadas y desgravadas previo consentimiento de las personas entrevistadas. Se utilizaron seudónimos para preservar la confidencialidad. Algunas de las personas entrevistadas del conurbano sur y de la ciudad de Buenos Aires nos sugirieron consultar a otras, referentes de la zona en cuestión, ya que podrían brindarnos información más detallada sobre el operativo de Villa Itatí y Villa Azul. Entonces, en función de estas recomendaciones, ampliamos el corpus inicial durante los primeros meses de 2022. Las primeras entrevistas se realizaron durante lo que fue denominado la segunda ola de contagios (entre marzo y mayo de 2021) en la cual los indicadores de mortalidad eran mayores y los relatos obtenidos muestran una carga emotiva intensa. Las entrevistas

vinculadas al operativo Villa Azul y Villa Itatí se efectuaron luego de la llamada tercera ola (diciembre 2021 a febrero 2022) en la cual los contagios fueron mayores, pero menores fueron los indicadores de mortalidad. Los efectos de la campaña de vacunación combinada con un mayor conocimiento sobre la enfermedad y el mayor flujo de materiales e insumos para la contención de la pandemia mitigaron tanto los indicadores de mortalidad como el miedo de los primeros meses de la pandemia. El momento en que fueron realizadas las entrevistas no es un tema menor en esta investigación dado que la percepción del peligro, miedo e incertidumbre que tenían las enfermeras durante la segunda ola de la pandemia se fue modificando en la medida en que se precisó cuáles eran los elementos de protección personal adecuados, prácticas de autocuidado (Menéndez, 2003) estaban ya incorporadas y la campaña de vacunación contra la COVID-19 empezó a tener una amplia cobertura y apoyo entre la población.

En este sentido nuestra mirada se dirige al análisis de percepciones y sentidos del equipo de salud (en este caso particular personas con formación en medicina, enfermería y promoción de la salud), que tuvieron un rol activo en dicho suceso. La pandemia de coronavirus y sus efectos en los barrios populares instó a implementar respuestas de emergencia sugeridas por las autoridades sanitarias nacionales y supranacionales. El artículo tendrá tres apartados. En primer lugar, brindaremos características sociodemográficas de las poblaciones involucradas y algunos aspectos de sus condiciones materiales de vida; en segundo lugar, revisaremos ciertas acciones implementadas por las autoridades sanitarias durante el brote de coronavirus y en tercer lugar nos centraremos en las experiencias del personal sanitario.

Caracterización de las viviendas y espacio público

De acuerdo con el Registro Nacional de Barrios Populares (RENABAP) realizado entre 2016 y 2017, en Argentina existen 4416 barrios populares. Según datos de ese Registro, en la Provincia de Buenos Aires se localizan 1726 barrios populares, el 37,1% del total. De ellos, 44 se encuentran en Avellaneda y 68 en Quilmes, en los que viven 11.330 y 33.124 familias respectivamente. Se considera Barrio Popular

a los barrios vulnerables en los que viven al menos 8 familias agrupadas o contiguas, donde más de la mitad de la población no cuenta con título de propiedad del suelo ni acceso regular a dos, o más, de los servicios básicos (red de agua corriente, red de energía eléctrica con medidor domiciliario y/o red cloacal). (RENABAP, 2017)

Según el RENABAP, habitaban en 2017 en Villa Azul 730 familias y 5000 en Itatí. Entre 2008 y 2015 se urbanizó un alto porcentaje de la parte de Villa Azul que se ubica en Avellaneda. Allí se registran 342 familias. En cambio, en la región que corresponde al partido de Quilmes y en toda la Villa Itatí, la construcción de las casas

se basa en materiales precarios como madera, cartón y chapa y en menor medida, de ladrillos. Ambos conglomerados están densamente poblados y la informalidad laboral es una situación generalizada entre la mayoría de sus habitantes.

En la Imagen 1 se observan las diferencias entre el tipo de construcciones entre ambos sectores. A la izquierda, las construcciones frágiles sin delimitación urbana de calles y a la derecha viviendas de materiales, espacio verde, y traza de calles internas. La calle Dr. Caviglia separa ambas urbanizaciones y marca visualmente una pronunciada desigualdad en cuanto a las características de las viviendas.⁶

Imagen 1

Fotografía aérea de la calle Dr. Caviglia



Nota. Por Radio nacional (<https://www.radionacional.com.ar/>).

La Imagen 2 muestra la misma situación desde la calle. Las casas ubicadas en la manzana de la izquierda de la calle Dr. Caviglia, con frente al asfalto, cuentan con condiciones edilicias de calidad superior respecto a las del barrio aledaño. Como puede apreciarse, son de ladrillo y mampostería. Sin embargo, por varias cuadras hacia el sur de ellas, la mayoría de las viviendas están construidas con chapas, cartones y maderas.

Imagen 2

Fotografía de la calle Dr. Caviglia



Nota. Por Google Maps (<https://www.google.com/maps>).

Tanto en la región no urbanizada de Azul como en Itatí, el 75% de las viviendas tienen desagües a pozo negro/ciego u hoyo, más del 60% de las familias no disponen de inodoro con descarga de agua y más del 95% no tienen gas de red (Provincia de Buenos Aires, 2019). Las conexiones de luz y agua domiciliarias son irregulares, aproximadamente el 20% de los hogares no dispone de agua potable dentro de la vivienda. Hay unas pocas canillas públicas con agua corriente potable por manzana. Las familias deben acercarse con bidones, baldes o botellas para proveerse. Estas condiciones ponen en jaque una de las recomendaciones más difundidas como medida de autocuidado frente a la pandemia: lavarse las manos con agua y jabón en abundancia, varias veces al día, y por un tiempo prolongado. El problema se agrava si consideramos las dificultades en el acceso al agua potable; la contaminación ambiental, la falta de recolección de residuos y el hacinamiento. Ambos barrios muestran la marcada desigualdad en las condiciones de vida que existe en nuestro país y que se manifiestan en la infraestructura pública urbana y en las viviendas (alumbrado y conexión eléctrica precaria, servicio inexistente de cloacas y red de agua deficitaria).

La zona comenzó a poblarse en la década de 1950, como consecuencia de una serie de procesos de cambios en la estructura económica y social de la Argentina que condujeron a que los terrenos fiscales, especialmente en las zonas que siguen a las cuencas inundables, se ocuparan por trabajadores temporales. Pero la mayor parte de la población se estableció durante la dictadura militar (1976-1983). Quiénes en la actualidad desean mudarse, tienen supeditada esta decisión al costo de los alquileres y a la inestabilidad laboral constante. Si tienen la posibilidad, muchas personas construyen un cuarto más en la vivienda de la familia de origen (Auyero y Hobert, 2003). Aún a pesar de esta expansión edilicia, más del 15% de los hogares presentan condiciones de hacinamiento (más de 3 personas por cuarto) (Municipio de Quilmes, 2011).

Con respecto a la situación laboral, mientras que el 73% de los varones declara tener un trabajo remunerado, sólo el 31% de las mujeres que viven en barrios populares se encuentra en esta condición. Esta desigualdad se acrecienta aún más en la situación contractual de estos empleos: Sólo un 10% de las mujeres residentes en barrios populares declara tener trabajo registrado; mientras que en el caso de los varones este número asciende a un 24%. La paradoja, es que casi el 64% de las viviendas de los barrios populares tienen a una mujer como responsable del hogar (Observatorio de Género y Políticas Públicas, 2020).

A partir de la implementación del ASPO se perdieron algunos trabajos informales, como albañilería y trabajo en casas particulares, y, por lo tanto, se vieron afectados los ingresos de muchos de los hogares de estos barrios. En el conurbano bonaerense

se produjeron diferentes dificultades en el empleo (pérdida del empleo, precarización de la contratación, entre otros) alcanzaron al 42,6% de los hogares y los ingresos se redujeron en el 49,3% de ellos durante 2020; aunque la reducción fue mayor en aquellos hogares con menores niveles de instrucción (57,1%) (Instituto Nacional de Estadística y Censos, 2020). Considerando este panorama general y dadas las condiciones preexistentes de precariedad en las contrataciones e inestabilidad laboral en la población de Villa Itatí y Villa Azul, es probable que la pérdida de ingresos haya sido aún mayor que la tendencia registrada en este informe de alcance nacional.

Ante esta realidad, la consigna principal del ASPO, *#quedate en casa*, difundida en diferentes medios de comunicación, fue de muy difícil cumplimiento. Tal como se señala en el relevamiento realizado para el conurbano bonaerense norte, dadas las condiciones habitacionales y el acceso a determinados servicios (como por ejemplo el agua potable) que describimos párrafos atrás; en los barrios populares no es posible sostener un aislamiento social dentro de los hogares. La cuadra se vive como una extensión de la vivienda y las posibilidades reales de aislamiento en esta situación, implica hacerlo dentro del perímetro del barrio. Niños, niñas y adolescentes despliegan su sociabilidad fundamentalmente en la calle u otros espacios públicos (Maceira et al., 2020).

Por este motivo, en abril de 2020 el Ministerio de Desarrollo Social organizó conjuntamente con los movimientos sociales el programa *“El Barrio cuida al Barrio”*. La consigna de *#quedate en casa* fue reformulada por *#quedate en tu barrio*. Las pautas de aislamiento intentaron adaptar a estos espacios que no accedían a la infraestructura necesaria en los hogares y que requerían la extensión del espacio de circulación, al espacio barrial. A partir de entonces, promotores y promotoras comunitarias y enfermeras lo recorrían para acompañar a grupos de riesgo, difundir medidas preventivas y distribuir elementos de seguridad e higiene. Asimismo, estas/os promotoras/es (algunas/os de ellas/os, integrantes de organizaciones sociales con presencia previa en la zona) trabajaron coordinadamente con comedores, merenderos y centros comunitarios para garantizar el abastecimiento de alimentos (Amaya Guerrero y Guerrero, 2021).

El brote: “Era un lugar de guerra”

En la tercera semana del mes de mayo de 2020 se detectaron los primeros casos de coronavirus en Villa Azul, es decir, más de dos meses después del primer caso surgido en la Ciudad de Buenos Aires y en el momento en que la Organización Mundial de la Salud anunció que la región, y en particular los países de América del Sur se habían convertido en el nuevo epicentro de la enfermedad. En pocos días, más de 7 personas resultaron positivas, por lo que las autoridades de las Secretarías de Salud de Quilmes y de Avellaneda con la colaboración del Ministerio de Salud de

la Provincia de Buenos Aires dispusieron una búsqueda activa de eventuales casos sospechosos. El alto nivel de positividad que resultó de estas pesquisas permitió inferir que los casos activos eran muchos más. Dadas las dificultades impuestas por las condiciones estructurales de vida que describimos en el apartado anterior, y la imposibilidad de aislarse en sus hogares, las autoridades implementaron una estrategia de aislamiento comunitario como respuesta sanitaria al brote de COVID-19, con el objetivo de contenerlo y mitigarlo (Espósito et al., 2021).

El operativo organizado con el apoyo de los municipios de Avellaneda y Quilmes se instituyó luego de la confirmación de los primeros casos. La primera tarea de los equipos de salud, fue la búsqueda activa de personas sintomáticas, orientándose con mapas que habitualmente se utilizan en el primer nivel de atención como guía al interior de los barrios. Juan, un médico de la zona, refiere que “Era hacer una casa y bajar una persona. En una hora teníamos veinte personas que se iban a hisopar. La municipalidad de Quilmes directamente los trasladaba a la Universidad Nacional de Quilmes (UNQ) para que realicen el aislamiento allí”. La sensación que se tenía frente a la dimensión de la cantidad de casos era “llegamos tarde. A los dos días, que se seguía el operativo, con hisopados, desde un nivel superior se intercedió y se decidió un aislamiento total del barrio” (Juan, entrevista, marzo de 2021).

Finalmente, al trabajo de las autoridades municipales se sumó la Provincia de Buenos Aires y, con ello, se organizó el aislamiento comunitario. En esta segunda etapa participaron además las Fuerzas de Seguridad de la Provincia de Buenos Aires y del personal de la Defensa Civil de los dos municipios involucrados. Para quienes habitaban en Villa Azul la situación fue cambiando día a día y se vivió como una situación de emergencia nunca atravesada anteriormente. Patricia, una enfermera que reside en Villa Azul, recuerda de manera vívida, dos años más tarde del suceso, el día a día de los acontecimientos y relata cada una de las sensaciones que tuvo frente al operativo

Un jueves vinieron acá al barrio a hacer un operativo Detectar⁷ y empezaron a salir casos. Se dieron cuenta que, de diez hisopados, ocho eran positivos. El viernes regresaron, porque se ve que no llegaron a cubrir todo. El sábado, cuando yo vuelvo de trabajar, veo gente con los trajes (los mamelucos blancos, cofias). Yo digo “ah, capaz no terminaron de recorrer toda el área”. El domingo fue el día del acabose. Yo volví de trabajar y los ví. Como yo trabajaba a la noche, llegué a mi casa, me quedé con mi mamá, desayuné y me fui a acostar. Me desperté a las cuatro de la tarde, más o menos, con helicópteros en la cabeza, camiones bomba, gente desinfectando, ambulancias, sirenas, bomberos. Era un lugar de guerra. No había otra forma de explicarlo. Fue muy impactante. Ese día llamé al trabajo y dije “no sé si voy a poder salir de acá”.

Ese día logré salir presentando la matrícula. Pero al día siguiente, cuando ya había explotado todo y estaba todo cerrado, me hicieron firmar un papel y me avisaron que no podía salir. (Patricia, entrevista, marzo de 2022).

El recuerdo de cada uno de los sucesos de esos días es tan presente y fuerte en su memoria que conserva y muestra fotos tomadas por ella desde su casa del operativo y difundidas en sus redes sociales (Imagen 3 e Imagen 4).

Imagen 4

Foto del operativo en Villa Azul



Nota. Por Florencia (entrevista, marzo de 2022).

Imagen 4

Foto del operativo policial en Villa Azul



Nota. Por Patricia (enfermera, entrevista, marzo de 2022).

En Villa Azul sólo se dejaron abiertos, con presencia de Fuerzas de Seguridad, tres accesos. Allí se desinfectaba con amonio cuaternario aerosolizado la ropa y el calzado, y con alcohol al 70% las manos, de las personas que estaban autorizadas (por urgencias, por ejemplo) a circular, quienes debían presentar su documento de identidad. En cambio, quedó permitida la circulación interna (Espósito et al., 2021). Este aislamiento comunitario con presencia de las fuerzas de seguridad se mantuvo desde el 25 de mayo hasta el 8 de junio de 2020.

Durante y luego del operativo, se mantuvo el Dispositivo Estratégico de Testeo para Coronavirus en Terreno de Argentina (DETeCTAr) coordinado desde el Ministerio de Salud de la Nación. Mediante este operativo, se recorrió el barrio puerta por puerta en busca de personas con síntomas. Los equipos estaban conformados por vecinos/

as, promotores/as de salud y enfermeros/as equipados/as con equipos de protección personal (Imagen 3). A quienes presentaban síntomas, se los/as acompañaba al sector en el que estaban instalados los camiones con unidades sanitarias móviles, donde se realizaban los hisopados para testear la presencia del virus. Los hisopados estuvieron a cargo de médicos y médicas de Centros de Atención Primaria de la Salud (CAPS) de los municipios, con la colaboración de enfermeros/as y promotores/as de salud, y las muestras obtenidas se llevaban a analizar a la red de laboratorios COVID-19 del Ministerio de Salud de la Provincia de Buenos Aires. Los resultados solían estar en 24 horas y se informaban de manera personal, casa por casa.

A las personas cuyo resultado era positivo y, además, presentaban factores de riesgo o síntomas moderados, se les sugería la internación en un hospital. El Sistema de Atención Médico de Emergencia (SAME) tuvo un rol destacado en los operativos ya que realizaban los traslados según la disponibilidad de camas en la zona y en la medida de las posibilidades, según se destaca en las entrevistas, proveían los medicamentos prescriptos. Conocer en qué unidad hospitalaria había disponibilidad fue un eslabón clave por esos días ya que implicó la coordinación entre los distintos niveles de gestión sanitaria que coexisten en la Provincia de Buenos Aires: municipal, provincial y nacional. Algunas personas fueron derivadas al Hospital Zonal General de Agudos Dr. Isidoro Iriarte de Quilmes, otras al Hospital Zonal General de Agudos Dr. Eduardo Wilde (partido de Avellaneda) o al Hospital Sub-Zonal Materno Infantil Dr. Eduardo Oller de Solano (partido de Quilmes). También fueron necesarios traslados a las unidades hospitalarias de Almirante Brown y Berazategui, distritos cercanos, y, para quienes tenían obra social, a clínicas privadas de la zona (Espósito et al., 2021).

En cambio, a las personas cuyo resultado era positivo, pero no tenían síntomas, ni factores de riesgo, se les pedía que se aislaran dentro de sus viviendas. Quienes no disponían de condiciones habitacionales para hacerlo, eran derivados/as a Centros de Aislamiento Sanitario extra hospitalario (CAS), para intentar cortar la cadena de contagios, primero dentro de su grupo conviviente y luego del barrio. El principal CAS funcionó en el edificio de la Universidad Nacional de Quilmes, en instalaciones adaptadas específicamente a tal fin, aprovechando que la virtualización de las clases había dejado desiertas las aulas.⁸ A lo largo del año 2020 más de 1000 personas fueron derivadas allí. Otros de los CAS estuvieron ubicados en el predio del Centro Recreativo de la Unión de Obreros y Empleados del Plástico y en el Colegio San Jorge (*St. George's College*), ambos en el partido de Quilmes. Patricia recuerda que, en la esquina de su casa, en el CAPS de Villa Azul, “la gente esperaba con su mochila y su bolso para ser trasladada al centro de aislamiento. Eso fue lo más impactante: ver pasar una ambulancia tras otra” (Patricia, entrevista, marzo de 2022).

Otra de las acciones que se realizaban casa por casa era sugerir que las personas no concurrieran a sus trabajos, o que no hicieran las compras necesarias para

alimentarse en lugares alejados de su barrio y que siguieran las recomendaciones sanitarias. Por ese motivo, en los relevamientos también se preguntaba sobre las necesidades sociales y sanitarias. Julieta, una de las enfermeras que trabajó en el barrio, cuenta que repartían “*módulos*” que preparaban el día anterior y contaban con alimentos, ropa, elementos de higiene, medicamento, tarjetas telefónicas. El trabajo se organizó en equipos, ya que las casas las recorrían personal de salud, promotores y voluntarias. María, una promotora de salud, estudiante universitaria de la zona, relata que una de las mayores dificultades se produjo cuando el barrio se cerró. María refiere:

las personas querían salir a trabajar: algunos vivían de lo que trabajaban en el día, otros salían a juntar cartón, y a esa gente le costaba mucho el tema de cuidarse, el tema de aislarse. Cuando se hisopaban decían “¿con qué le doy de comer a mi hija?”. Entonces, ahí tratábamos de reforzar, de articular con los CAPS, con Desarrollo Social, se tomaron los datos, se hizo seguimiento de que les lleven la mercadería (...). Cerraron el barrio, no podíamos hacer nada, pero nunca faltó de comer. La gente se pudo resguardar, estuvo tranquila porque podía llevarle un plato de comida a los hijos y que no les falte nada. (María, entrevista, abril de 2021)

Julieta también relata la sensación de impotencia y el desafío profesional que implicaron las distancias existentes entre las recomendaciones sanitarias y las realidades imperantes en la zona:

La situación social, en plena pandemia, te bajonea un montón. Porque no podían cumplir con las medidas de cuidado que nosotros mismos les estábamos informando. Entonces era decir ‘qué estamos haciendo o cómo adecuamos nosotros, nuestro lenguaje y los recursos que teníamos, para la gente’. Porque si vos decís ‘la única manera de no seguir propagando el virus es lavándonos las manos’, esa gente no tiene agua. Entonces, ¿cómo se hace?. (Julieta, entrevista, febrero de 2022)

Esta compleja situación se observó durante unos catorce días. Lentamente, la cantidad de personas con síntomas comenzó a disminuir, pero, simultáneamente, empezaban a llegar las malas noticias sobre tres de las personas que fueron internadas durante el aislamiento y habían fallecido (Espósito et al., 2021). Luego del mencionado lapso se evaluó que se podía retirar la presencia de las Fuerzas de Seguridad, pero se mantuvo la estructura de controles e hisopados.

Cuando Julieta describe este trabajo de adecuación de las medidas de cuidado a “nuestro lenguaje y los recursos que teníamos”, pone en evidencia el rol fundamental que los y las agentes estatales despliegan en tanto materializadores de las políticas sanitarias. Las estrategias que sujetos dotados de autoridad estatal (Sarrabayrouse, 2011) ponen en acción cotidianamente, le dan vida a las políticas públicas. El

Estado, entonces, nunca será un simple conjunto de regulaciones, sino que se halla “encarnado efectivamente en las personas que lo habitan, que hablan en su nombre, que producen, actualizan y/o transforman con sus prácticas cotidianas esos repertorios de políticas” (Soprano, 2015, p. 17). Desde esta perspectiva, el Estado, a través de sus políticas públicas para un área específica (la salud) se apropia de un conjunto de saberes expertos (fundamentalmente, biomédicos). Estos saberes, sin embargo, son reinterpretados por un conjunto de agentes estatales que los adecúan a contextos particulares (Pozzio, 2011).

Los condicionamientos estructurales y el propio diseño de las políticas pueden limitar o potenciar ciertas acciones. Pero ello no impide la creatividad y las estrategias de los sujetos que llevan adelante la implementación de estas políticas de manera cotidiana. Por el contrario, podríamos sugerir que en determinadas situaciones, la materialización de tales iniciativas depende por completo de este ejercicio subjetivo. Como veremos a lo largo del artículo, en esta interacción se generan acciones que sostienen, a la vez, relaciones desiguales y políticas públicas que garantizan derechos.

Resultados del aislamiento comunitario

El 8 de junio de 2020, con una cantidad de casos confirmados mucho menor y una baja tasa de positividad, las autoridades decidieron poner fin a la etapa de aislamiento comunitario estricto. Los equipos territoriales continuaron su labor, pero ya no se impidió la circulación de las personas hacia fuera del perímetro de los barrios.

Eleonor Faur y María Victoria Pita (2021) analizan el rol que jugaron las Fuerzas de Seguridad con su presencia durante el aislamiento social en otros barrios populares del Área Metropolitana de Buenos Aires:

Las policías emplazadas en los barrios y los efectivos que se desplazaron para reforzar la vigilancia hacen, en gran medida, lo que saben hacer: controlar, dar órdenes, sospechar; además de obligar y/o intentar imponer autoridad. Por esto, la presencia de las fuerzas de seguridad y la policía despertó más temor que tranquilidad

Juan, recuerda imágenes de esos días:

No entraba ni salía nadie. Había policías, gendarmes, militares. Casi todos los días teníamos la presencia de varios ministros. La policía estaba constantemente. Fue el momento más seguro del barrio. Había un gran despliegue de todo, era casi una película: todos con traje de astronautas. (Juan, entrevista, marzo de 2021)

El abordaje de la seguridad pública con participación directa de la Fuerzas de Seguridad, es percibido de manera diferencial en base al sentido común. Para ciertas

personas puede aparecer asociado a la idea de cuidado a la vez que, para otras personas se manifiesta como sinónimo de “más violencia” (Faur y Pita, 2021). De acuerdo a Gonzalo Assusa y Gabriel Kessler la presencia de las Fuerzas de Seguridad en general y de la Policía en los territorios fue valorada de manera diferencial, según las personas y el momento de la pandemia. Para algunas de ellas, se garantizó así el cumplimiento del aislamiento social. Pero, a su vez, se multiplicaron las denuncias de abusos policiales y la violencia institucional con los habitantes jóvenes de los barrios populares (Assusa y Kessler, 2020). Estas apreciaciones diferenciales guardan un correlato con las condiciones desiguales de vida de la población y, en el caso que analizamos, es muy probable que la percepción de Juan difiera radicalmente de la de una persona habitante del barrio acerca de si fue este “el momento más seguro”.

Sin desconocer estas condiciones particulares que tuvo la implementación del aislamiento comunitario como estrategia en los barrios populares, nos proponemos analizar en este artículo la perspectiva y percepciones de personas que desarrollaron tareas en tanto agentes sanitarios imbuidos en este contexto. En este apartado nos centraremos en algunas situaciones que fueron señaladas como aprendizajes de dicha experiencia.

En base a los resultados epidemiológicos, las autoridades sanitarias destacaron la efectividad del aislamiento comunitario para contener el brote de COVID-19 en el barrio Villa Azul. En este sentido, Espósito et al. (2021) señalan que sólo el 15% de la población de esta zona estuvo expuesta al virus. En comparación, otros brotes en barrios populares de la Ciudad de Buenos Aires arrojan que un 53% de la población estuvo expuesta. Asimismo, la letalidad por COVID-19 en el barrio Villa Azul fue significativamente menor que los promedios nacionales.

Juan valora la estrategia sanitaria, que desde su punto de vista fue efectiva. Señala, además, que la capacidad instalada en el centro de salud permaneció más allá de la finalización del operativo. Desde su perspectiva:

Eso de hisopar a treinta o cuarenta personas por día y que haya treinta y nueve positivas no volvió a pasar. Dos o tres personas ya eran por día, hubo algún momento que quizá llegaron a diez. No volvió a haber tanta cantidad [como en el momento del aislamiento]. Fue efectivo también porque quedó un trabajo hecho, nosotros seguimos hisopando en la unidad sanitaria por un tiempo. (Juan, entrevista, marzo de 2021)

Los lugares que funcionaron como Centros de Aislamiento Sanitarios durante el brote de la pandemia, fueron refuncionalizados para la campaña de vacunación a partir de diciembre de 2020. Ejemplos de ello fueron las instalaciones de la UNQ y las del Colegio San Jorge. Gran parte de los profesionales del equipo de salud quienes tuvieron un rol activo durante el aislamiento social comunitario, fueron contratados nuevamente para la campaña de vacunación; lo que nos sugiere que la experiencia

adquirida en los rastreos e hisopados fue tenida en cuenta a la hora de organizar este nuevo operativo. Así Patricia, enfermera que vive en Villa Azul y que antes de la pandemia trabajaba para una empresa de cuidados privada, destaca que desde mediados del 2020 fue contratada por las autoridades sanitarias de la Provincia de Buenos Aires para realizar hisopados en el plan DETeCTAr, dictar capacitaciones a promotores de salud, realizar campañas de difusión sanitaria e integrar los equipos de vacunación. Si bien sus contratos son temporales por medio de becas de contingencia, lo cual mantiene la inestabilidad y precariedad laboral, resalta estas experiencias laborales para incrementar su trayectoria profesional. Patricia señala de manera positiva las capacitaciones recibidas por parte de las autoridades sanitarias, ya que las siente como espacios de reconocimiento. Según sus emocionadas palabras dice “Siento que me están mirando. Me revaloriza. Que te convoquen para una nueva capacitación es buenísimo, es enriquecedor” (Patricia, entrevista, marzo de 2022).

La estrategia territorial tuvo, además, algunos resultados que van más allá de lo estrictamente epidemiológico, ya que contribuyó a darle una mayor centralidad al primer nivel de atención. Así, Juan y Julieta destacan el impacto de esta experiencia en los vínculos y la comunicación entre los vecinos y el equipo de salud. Juan señala que

La conexión con el barrio fue otra. Llegás a conocer a la gente, ya casi todos saben tu nombre. Llegabas a ir a la puerta de la casa a llevarle un paracetamol. La gente que viene ahora busca a la enfermera. (Juan, entrevista, marzo de 2021)

En esta misma línea Julieta agrega “en general, la gente, desde el primer momento fue como muy agradecida con nosotros y con los voluntarios, por las acciones que se estaban llevando a cabo” (Julieta, entrevista, febrero de 2022).

Otra de las cuestiones que se mencionan, es la experiencia del trabajo en equipo y el abordaje interdisciplinario de los problemas emergentes. Las desigualdades sociales y económicas se interconectan con los efectos de una pandemia global marcada por miedo, incertidumbre y desinformación. En este contexto la capacidad de trabajo interprofesional tuvo un lugar destacable. Juan describe que, mientras el personal de medicina se encargaba de hisopar, las profesionales de enfermería administraban la medicación, completaban planillas y supervisaban el uso del equipo de protección personal. Julieta también señala como un aprendizaje la participación en un operativo que implicaba la asistencia en domicilios de las promotoras de salud que, dadas sus tareas cotidianas de *búsqueda activa*⁹; conocían el barrio. Tal como señalan Luisina Perelmiter y Pilar Arcidiácono (2021, p. 199)

vestidos con trajes blancos y máscaras, los hisopadores debían tocar el timbre en los hogares y realizar los testeos *in situ*. No era una situación sencilla, y muchos vecinos reaccionaron con temor. Para facilitar este contacto, fue crucial el papel de los referentes y militantes sociales, con vínculos de

proximidad históricos en los barrios. “Acompañar” la implementación de esta política tuvo así una traducción casi literal: se trataba de poner el cuerpo junto al del personal estatal –extrañado, por los trajes de protección– para que los vecinos abrieran las puertas de sus casas y se facilitara la interacción.

Si bien el detonante para concurrir casa por casa fue la búsqueda de personas contagiadas también se registraban necesidades sociales y se cumplió un importante rol, como señala Julieta (entrevista, marzo de 2022) en “la escucha, el registrar qué se necesitaba, qué no, cómo se sentía la gente”. María (entrevista, abril de 2021) destaca que en Villa Azul “nunca faltó de comer. La gente se pudo resguardar, estuvo tranquila porque podía llevarle un plato de comida a los hijos y que no les falte nada. En todos los barrios no pasó lo mismo”. En esta misma línea, la investigadora Jaschele Buriyovich (2022), sostiene que el

trabajo en los territorios confronta a los equipos con situaciones sanitarias y sociales complejas las que los llevan a potenciar la comunicación horizontal entre disciplinas, complementar la formación hospitalaria con modelos psicosociales y una visión integral de las familias y las comunidades. Esta realidad le dio a estos equipos alguna experiencia en el manejo de la incertidumbre para la toma de decisiones.

La gestión sanitaria de la pandemia implicó además para el personal de salud, aprender a manejar el campo de las emociones propias y ajenas. Julieta (entrevista, marzo de 2022) recuerda:

la gente, desde el primer momento, fue muy agradecida con nosotros y con los voluntarios, por las acciones que se estaban llevando a cabo. Obviamente, con el mismo miedo que teníamos nosotros, con esta enfermedad que no se sabía qué era al principio. Hubo algunos casos donde la gente estaba bastante impaciente, más que nada por la presencia de la Gendarmería. Era como una situación medio rara o no vista antes por la mayoría de las personas y generaba un poco de incomodidad el no poder salir. La realidad es que tratábamos de ser muy pacientes con eso y entrar con la mejor onda, para poder explicarles por qué era súper necesario hacer eso.

Las metáforas de las intervenciones sanitarias en términos bélicos son frecuentes en el campo de la salud y han sido extensamente analizadas en ciencias sociales (Haraway, 1992; Sontag, 2003). Algunos fragmentos de entrevistas así lo reflejan. En línea con ello, el control y la vigilancia son estrategias de uso extendido en el campo de la salud. En este caso, sin embargo, no se limitaron únicamente al seguimiento de determinados síntomas o signos clínicos, sino que el aislamiento comunitario involucró directamente a las Fuerzas de Seguridad. El mantenimiento del barrio cerrado por medio de la presencia de fuerzas de seguridad tenía un costo político alto para las autoridades, tanto locales como provinciales. En este sentido, sectores

de la oposición política, a través de diferentes medios de comunicación, insistían en señalar que este tipo de controles atentaban contra las libertades individuales y de hecho por entonces en la ciudad de Buenos Aires se produjo la primera movilización de un reducido grupo de personas frente a Plaza de Mayo en contra de las medidas de restricción impuestas por la pandemia (Morales Sola, 2020).

Conclusiones

Desde el inicio de los primeros casos positivos de COVID-19, la preocupación de las autoridades se focalizó en los barrios populares dadas sus precarias condiciones habitacionales, educativas, laborales y de salud. Ante estas condiciones estructurales de pobreza y desigualdad, la pandemia evidenció que las crisis habitacionales colocan a la población en situaciones de mayor riesgo. A esto se sumó la falta de acceso regular al agua potable. Estas condiciones obstaculizaron el cumplimiento de las medidas de higiene necesarias para la prevención del contagio. Entonces, la pandemia de la COVID 19 demostró, como ningún otro suceso reciente, las desigualdades sanitarias, sociales, económicas y culturales preexistentes. Asimismo, puso a prueba la capacidad estatal y de la comunidad de encontrar soluciones, lo más efectivas posibles, dentro de un contexto adverso y desigual.

Ante el desconocimiento de la dinámica del virus se produjeron cambios en las regulaciones sanitarias dado la imposibilidad de sostener el aislamiento en las casas y la higiene regular. El cambio del *#quedate en casa* al *#quedate en el barrio* permitió ganar tiempo para que la entrada del virus en los barrios populares del conurbano sur se produjera más de dos meses posteriores a los primeros contagios en la ciudad de Buenos Aires. Como vimos, por medio de este programa el Ministerio de Desarrollo Social en colaboración con organizaciones barriales, recorrieron los barrios, realizaron tareas de desinfección de los espacios comunes y distribuyeron elementos de higiene personal. Retomando la idea de Daniel Feierstein (2020, p. 67), constituyó una herramienta original para poder enfrentar los desafíos de las próximas olas u otros desafíos sociales dado el rol de las organizaciones en la gestión territorial.

En la semana del 20 de mayo del 2020 los contagios masivos en Villa Azul y Villa Itatí generaron miedo e incertidumbre tanto en los habitantes como en las autoridades, por lo que se organizó el primer y único operativo de aislamiento comunitario con presencia policial en Villa Azul durante 14 días. Quiénes participaron del operativo desde el sector salud, vivieron la experiencia con miedo por el potencial contagio, pero al mismo tiempo han destacado aspectos tales como la importancia de trabajar en equipos interdisciplinarios, que el personal abocado a los operativos sumó experiencia para hacer frente a otras tareas y se reconoció una mayor cercanía entre las instituciones educativas y sanitarias con la comunidad. Estas percepciones que recuperan la experiencia como centrada en la solidaridad, el trabajo en equipo e interdisciplinario, las mayores posibilidades laborales que se abrieron con la pandemia

para el personal de salud, la sensación de una mayor cercanía entre instituciones sanitarias y educativas con la comunidad; no dejan de señalar lo insuficiente de estas iniciativas para revertir las condiciones de desigualdad estructural de los barrios. La falta de acceso al agua potable, vivienda digna y condiciones de empleo formal, son problemas previos a la pandemia y que, sin lugar a dudas, se hicieron aún más visibles durante la emergencia sanitaria. Tanto es así que durante el año 2021 comenzaron las obras de extensión del servicio de agua potable y cloacas para incorporar estos barrios a las redes existentes.

Las condiciones laborales del sector de salud no tuvieron cambios significativos a pesar de haber sido esenciales en este tipo de operativos. Su situación continúa siendo caracterizada por condiciones como el pluriempleo, la precariedad de las contrataciones, los bajos salarios, la escasez de personal y una posición subalterna de la mayoría de las profesiones respecto a la medicina en los equipos de salud (Aspiazu, 2017). Pero aún mencionando estas condiciones estructurales, los relatos de este conjunto de trabajadoras y trabajadores de la salud que hemos analizado, valoran las redes de interrelación, y solidaridad barrial que se potenciaron durante la experiencia y la experiencia laboral que les dio haber trabajado durante el único operativo de aislamiento en la provincia de Buenos Aires.

Notas

¹. Este artículo es parte de los resultados del Proyecto PISAC COVID-19 0022: “La enfermería y el cuidado sanitario profesional durante la pandemia y la postpandemia del COVID 19 (Argentina, S. XX y XXI)” dirigido por Karina Ramacciotti y financiado por Agencia Nacional de Promoción de la Investigación, el Desarrollo Tecnológico y la Innovación. Agradecemos la ayuda y las sugerencias del personal de salud que hicieron posible nuestro trabajo compartiendo sus experiencias durante momentos tan difíciles de su vida laboral y personal.

². Doctora en Ciencias Sociales en la Facultad de Ciencias Sociales de la Universidad de Buenos Aires (UBA). Profesora de la Universidad Nacional de Quilmes (UNQ) - Investigadora Principal de CONICET. Mail: karinaramacciotti@gmail.com.

³. Es especialista en Ciencias Sociales y Humanidades por la UNQ. Sus actividades como docente se desarrollan en el Departamento de Economía y Administración de la UNQ y en el Ciclo Básico Común de la UBA. Mail: nelbaguerrero@gmail.com.

⁴. Magister de la Facultad de Filosofía y Letras de la Universidad de Buenos Aires en Antropología Social- Ministerio de Salud de la Nación. Docente del Departamento de Salud y Seguridad Social en la Universidad Nacional de Tres de Febrero. Argentina. Mail: clarag.msal@gmail.com.

⁵. Los apellidos de los entrevistados se reservan por motivos de confidencialidad. Se incluyen en el cuerpo del texto los datos que ilustran el motivo de inclusión de las entrevistas.

⁶. Cabe señalar que el Dr. Antonio Caviglia, nombre que tomó la calle que separa a los dos barrios, remite al homenaje a un médico traumatólogo de la zona quien tuvo un activo papel

en la lucha contra la poliomielitis en los años 60 en el Hospital vecinal de Wilde. Anteriormente la calle se llamaba Azul, de allí el nombre del barrio.

⁷. Detectar (Dispositivo Estratégico de Testeo para Coronavirus en Territorio Argentino) es una estrategia sanitaria impulsada y financiada por el Ministerio de Salud de la Nación. Surgió en 2020 y se propuso buscar, testear y garantizar cuidados a toda persona que tuviera diagnóstico como caso sospechoso y/o confirmado de covid-9. Para ello desarrolló operativos de búsqueda activa y testeo de poblaciones con alcance federal. Ver más en: <https://www.argentina.gob.ar/coronavirus/detectar>

⁸. Las autoridades de la Universidad de Quilmes cedieron parte de las instalaciones al Municipio, con el fin de convertir el espacio destinado a docencia en salas equipadas con camas para recibir a quienes no presentaban síntomas, pero tenían COVID. Asimismo, se utilizaron las capacidades científicas y tecnológicas existentes en la institución para encontrar formas de resolver situaciones surgidas a partir de la pandemia. Se adecuaron los laboratorios para realizar las pruebas para el diagnóstico de coronavirus. Esto demandó capacitaciones tanto en la Administración Nacional de Laboratorios e Institutos de Salud “Dr. Carlos Malbrán” (ANLIS-Malbrán) para aprender a procesar las muestras, como en el Sistema Integrado de Información Sanitaria Argentino (SISA), para notificar los resultados en el Sistema Nacional de Vigilancia de la Salud (SNVS) (Zini, 2020).

⁹. En términos nativos de profesionales de la salud, esta estrategia suele referirse al seguimiento que realiza el Primer nivel de Atención por medio de promotoras de la salud, agentes sanitarios u otros términos que refieren a este conjunto de trabajadoras que busca activamente en sus domicilios a personas que requieren un seguimiento cercano y cotidiano debido a alguna condición particular de salud. Usamos el plural femenino para resaltar que efectivamente entre las profesiones de salud en general y dentro de las promotoras de salud en particular, quienes llevan adelante estas tareas son mayoritariamente mujeres. Ver más en: <https://www.argentina.gob.ar/salud/observatorio/datos/fuerzadetrabajo>

Bibliografía

Amaya Guerrero, R. y Guerrero, G. N. (2021). Los cuidados en el territorio. Experiencias comunitarias durante el aspo, *Revista de Ciencias Sociales, segunda época*, (39), 39-54. <https://ediciones.unq.edu.ar/592-revista-de-ciencias-socialessegunda-epoca-no-39.htm>.

Arcidiácono, P. y Perelmiter, L. (2021). Asistir sin ventanillas: el trabajo estatal de trinchera en tiempos de COVID-19. *Estudios Sociales del Estado*, 7(13). <https://www.estudiossocialesdelestado.org/index.php/ese/article/view/255>.

Auyero, J. y Hobert, R. (2003). Y esto es Buenos Aires. Los contrastes del proceso de Urbanización. En D. James (coord.), *Nueva Historia Argentina* (vol. IX, 213- 244). Sudamericana.

Aspiazu, E. (2017). Las condiciones laborales de las y los enfermeros en Argentina: entre la profesionalización y la precariedad del cuidado en la salud. *Trabajo y Sociedad*, (28), 11-35. http://www.scielo.org.ar/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1514-68712017000100002&lng=es&nrm=iso.

Assusa, G. y Kessler, G. (2020). Reactivación de desigualdades y vulneración de derechos en tiempos de pandemia. En J. P. Boholavsky (Ed.), *COVID 19 y Derechos Humanos: la*

pandemia de la desigualdad. Biblos.

Burijovich, J. (2022, Marzo). Hoy por ti... ¿y mañana? Episodios de una pandemia incommensurable, *La tinta*. <https://latinta.com.ar/2022/03/pandemia-incommensurable-2/>.

Esposito, M., Bustos, S., Cardonetti, L., Pueyo Alvarado, M., Latorre, B., Parrilla, L., Garcia, E., Kreplak, N., Nonfino, J. (2021). Aislamiento comunitario como estrategia para la mitigación de un brote de COVID-19: el caso de Villa Azul. *Global Health Promotion*, 28(3), 114-121.

Faur, E. y Pita, V. (2021). Lógica policial o ética del cuidado. Las múltiples caras del Estado. En G. Gutierrez Cham, S. Herrera Lima y J. Kemmer (coords.), *Pandemia y crisis: El covid-19 en América Latina* (pp. 258-271). Universidad de Guadalajara.

Feierstein, D. (2020). *Pandemia. Un balance social y político de la crisis del Covid 19*. Fondo de Cultura Económica.

Haraway, D. (1991). The Biopolitics of Postmodern Bodies: Determinations of Self in Immune System Discourse. En D. Haraway, *Simians, Cyborgs, and Women. The Reinvention of Nature* (pp. 203-230). Routledge.

Instituto Nacional de Estadística y Censos. (2020). "Incidencia de la pobreza y la indigencia en 31 aglomerados urbanos", *Condiciones de vida*, 4(13), 3-18. https://www.indec.gob.ar/uploads/informesdeprensa/eph_pobreza_01_200703093514.pdf

Maceira, V., Vázquez, G., Ariovich, A., Crojethovic, M., y Jiménez, C. (2020). Pandemia y desigualdad social: los barrios populares del conurbano bonaerense en el aislamiento social preventivo y obligatorio. *Revista Argentina de Salud Pública*, 12(1). http://www.scielo.org.ar/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1853-810X2020000300012&lng=es&tlng=.

Menéndez, E. (2003). Modelos de atención de los padecimientos: de exclusiones teóricas y articulaciones prácticas. *Ciênc. saúde coletiva*, 8(1). Recuperado de: <https://www.scielo.br/j/csc/a/pxxsJGZjntqbxZJ6cdTnPN/?lang=es>.

Morales Sola, J. (2020). "Coronavirus en la Argentina: la cuarentena está en conflicto con la libertad" La Nación. Recuperado en: <https://www.lanacion.com.ar/politica/la-cuarentena-esta-en-conflicto-con-la-libertad-nid2370016/>.

Provincia de Buenos Aires. (2019). Informe Censo Villa Itatí - Villa Azul. Dirección Provincial de Estadística. http://www.estadistica.ec.gba.gov.ar/dpe/images/Informe_Censo_Villa_Itat%C3%AD_-_Villa_Azul_1.pdf.

Municipio de Quilmes. (2011). Censo Social de Quilmes. Resultados definitivos. Secretaría de Desarrollo Social. <http://www.quilmessocial.org/ftp/pdf/censosocial/censosocial.pdf>.

Observatorio de Género y Políticas Públicas. (2020). Desigualdad social y desigualdad de género: Radiografía de los barrios populares en la Argentina actual. https://c015f97f-ebd0-4de8-be6f-104721f4c01f.usrfiles.com/ugd/c015f9_1e1b3450ce24411bb1182004b0bfed5f.pdf.

Pozzio, M. (2011). *Madres, mujeres y amantes. Usos y sentidos de género en la gestión cotidiana de las políticas de salud*. Antropofagia.

Registro Nacional de Barrios Populares (2017) , Barrio Populares en datos: <https://www.argentina.gob.ar/desarrollosocial/renabap/informesyestadisticas>.

Sarrabayrouse Oliveira, M. (2011). Estrategias Jurídicas y Procesos Políticos en el activismo de los derechos humanos: El caso de la Morgue Judicial. *Lex Humana*,

3(1), 207-232.

Sontag, S. (2003). *La enfermedad y sus metáforas. El sida y sus metáforas*. Taurus.

Soprano, G. (2015). El Estado en los extremos. Contribuciones de la historiografía hispanocolonial y la antropología de la política al estudio del Estado en el siglo XX. *Estudios Sociales del Estado*, 1(1), 5-25. <http://estudiossocialesdelestado.org/index.php/ese/article/view/18>.

Vianna, A. (2010). Derechos, moralidades y desigualdades. Consideraciones a partir de procesos de guarda de niños. En C. Villalta (Ed.), *Infancia, justicia y derechos humanos*. Universidad Nacional de Quilmes.

Zini, A. (2020). El laboratorio de la UNQ comenzó a procesar las primeras muestras de Covid-19, *La ciencia por otros medios*, 4. <http://www.unq.edu.ar/advf/documentos/60428cbdbd927.pdf>.