

# Políticas sociales y territorios

## Tensiones, aprendizajes y desafíos

*Investigadora responsable*

*María Marcela Bottinelli (UNLa)*

*Autores<sup>1</sup>*

*Carlos Barria Oyarzo (UNPSJB), María Marcela Bottinelli (UNLa), Romina Casali (UNMdP), Luz Mary Castaño (UNMdP), Marcela Inés Freytes Frey (UDC), Cecilia Garzón (UNLa) y Guadalupe Granja (UNLa)*

■ Doi: 10.54871/cl23p30f

<sup>1</sup> Los contenidos de este capítulo son el trabajo de todo el equipo del proyecto PISAC 118 junto a quienes participan de las experiencias sistematizadas. Sin cada uno de esos aportes hubiera sido imposible esta producción, por lo que –además de reconocerles como coproductores– les expresamos nuestro inmenso agradecimiento por la tarea compartida. Dado que la tarea de escritura requiere de un trabajo específico, como acuerdo del equipo completo de la investigación, nombramos en orden alfabético a quienes trabajaron en la tarea de sistematización de la escritura del presente capítulo: Carlos Barria Oyarzo, María Marcela Bottinelli, Romina Casali, Luz Mary Castaño, Marcela Inés Freytes Frey, Cecilia Garzón, Guadalupe Granja. El proyecto fue dirigido por la Dra. M. Marcela Bottinelli de la Universidad Nacional de Lanús y llevado adelante por nueve nodos de investigación con sede en: Universidad Nacional de Lanús, Universidad Nacional de San Martín, Universidad Nacional de Moreno, Universidad Nacional de Mar del Plata / Región Sanitaria VIII, Universidad Nacional de la Patagonia San Juan Bosco, Universidad Nacional de Río Negro, Universidad del Chubut, Universidad Nacional de Rosario y Universidad Nacional del Litoral. Fue financiado por la Agencia Nacional de Promoción de la Investigación, el Desarrollo Tecnológico y la Innovación (Agencia I+D+i) en el marco del Programa de Innovación Tecnológica, Contrato de Préstamo BID, a través de la Convocatoria “PISAC-COVID-19: La sociedad argentina en la Postpandemia”. Asimismo, los coordinadores de nodos responsables fueron: María Marcela Bottinelli, Claudia Bang, Margarita Ussher, Hugo Mercer, Mariela Nabergoi, Hugo Vilca, Bibiana Misischia, Marcela Inés Freytes Frey, Amanda Gotti, Carlos Barria Oyarzo, Brígida Baeza, Luz Mary Castaño, Romina Casali, Silvia Ines Grande, Iris Delia Valles, Natalia Yujnovsky, María Emilia Fraile.

## Introducción

El presente artículo tiene como objetivo presentar los resultados centrales de la investigación “COVID-19, Salud y protección social: aportes desde las prácticas de cuidado territoriales para el fortalecimiento de políticas integrales de salud mental comunitaria en los nuevos escenarios pospandemia”. El trabajo desarrollado tuvo dos ejes transversales principales, el análisis de las políticas de gobierno, y la sistematización de prácticas y experiencias de cuidados en salud/ salud mental. Al haber llevado adelante una investigación con una doble entrada, la normativa y la experiencial, las observaciones denotan este aspecto compuesto, lo cual se erige como una de las contribuciones del proyecto. Dada la magnitud del estudio y la riqueza de los datos, se focalizará en algunos de los resultados en que se sostienen y, por ende, permiten realizar recomendaciones para la implementación de políticas públicas respetuosas de la realidad local de cada territorio.

El trabajo se fundamenta en una perspectiva integral de la salud, recuperando y entrecruzando las conceptualizaciones de la salud mental comunitaria, los cuidados y la determinación social de la salud. La salud es en nuestro país un derecho con reconocimiento constitucional desde fin del siglo pasado, y por lo tanto es una responsabilidad de los diferentes niveles de Estado. Entendiendo que el cuidado es una categoría que incluye a los derechos humanos fundamentales y se enmarca en la salud integral desde la perspectiva de su determinación social, el Estado se asume como garante de derechos y corresponsable en los procesos de operacionalización, implementación y efectivización de las políticas públicas al respecto. Dada la heterogeneidad territorial de nuestro país, es necesario un rol activo del Estado a través de sus distintos sectores y niveles, articulando con múltiples actores y colectivos de la sociedad como partícipes activos de dichos procesos, con el propósito de generar las condiciones efectivas para el acceso a derechos. El estudio puso entonces en

diálogo y tensión las relaciones entre los niveles macro y micro políticos de contextos territoriales heterogéneos en distintas provincias de Argentina, tomando a las políticas públicas en su integralidad político-técnica que involucra también el impacto en las experiencias y prácticas de cuidado de la salud / salud mental que los referentes territoriales han desarrollado en el contexto de pandemia.

La metodología propuesta abrió un proceso dialógico que integró colectivos y redes preexistentes y nuevas a través de distintas estrategias para la producción de conocimiento situado desde el análisis de las medidas de gobierno adoptadas durante 2020 a nivel nacional y de las provincias estudiadas, y el mapeo y la sistematización de las prácticas y experiencias de cuidados territoriales. Se sostuvieron entonces, diversos niveles de participación internos y en el trabajo territorial, facilitado por un equipo de características interdisciplinarias, federal e intersectorial que promovió y construyó lógicas de colaboración en nueve nodos de las regiones Centro, Patagonia y Litoral del país, cuya composición incluye académicas/os, trabajadores/as de salud y referentes de organizaciones de la sociedad civil.

A través del proceso de investigación, se buscó poner en diálogo las dimensiones de la determinación social de la salud en las lógicas general, particular y singular, revisando las medidas de gobierno implementadas y las prácticas y experiencias de cuidado, focalizando en la producción de salud / salud mental, con las interpretaciones y los saberes colectivos en torno a las mismas. Es desde allí, con/hacia distintos grupos poblacionales que, en su dinámica micropolítica, se conforman los espacios últimos de efectivización (o no) de protección social y derechos, y por ende en los que podemos encontrar claves para copensar estrategias y alternativas de efectivización plena con y desde los diferentes actores implicados.

El concepto de participación, de gran relevancia en este proceso en sus múltiples dimensiones, incluye la propia lógica de trabajo en red del equipo, que se entrama horizontalmente apelando a un fuerte componente participativo y, visibiliza la importancia del mismo como parte de diversas estrategias metodológicas, implementadas

desde un posicionamiento ético y político necesario en el trabajo de producción de conocimiento situado a la vez del reconocimiento y enriquecimiento de cada uno de los participantes. Es así como, en contrapunto a las lógicas académicas extractivistas, se promovieron lógicas de participación horizontal y de coformación constante, entendiendo entonces que estas propuestas metodológicas dialógicas producen un impacto concreto en quienes participan en sus distintas instancias. El desarrollo de esta investigación produjo un enriquecimiento mutuo en procesos que vinculan diferentes saberes producidos en las prácticas cotidianas de los diversos colectivos de los territorios en los que trabajamos a la vez que a todas las personas que participaron del proyecto con sus diversas trayectorias y de las múltiples tramas recreadas.

Finalmente, el artículo se propone, mediante la presentación de estos resultados, hacer un aporte desde el conocimiento producido para mejorar los procesos de implementación de estrategias para la efectivización de políticas públicas de cuidado, respetuosas de las características y necesidades particulares de los territorios, intentando recuperar los principales aprendizajes construidos para transformarlos en insumos y recomendaciones, particularmente para los decisores de políticas.

### ***Problema de investigación***

La pandemia originada por la propagación del nuevo Coronavirus (SARS-CoV-2 o COVID-19) generó un escenario de crisis con un comportamiento espacio-temporal propio de los niveles de globalización alcanzados por el sistema y su correlativo nivel de incertidumbre y excepcionalidad. La profundidad de este proceso en términos de impactos negativos se reflejó también en las respuestas adoptadas en cada país, en forma paralela al avance en la comprensión de la dinámica y comportamiento de los procesos de salud-enfermedad-atención-cuidados [SEAC] de la pandemia. Las medidas de gobierno y políticas públicas variaron de manera significativa entre distintos

países y regiones. En Argentina, las medidas implementadas por el gobierno, no se limitaron a la prevención, gestión de la curva de contagios y tratamiento de enfermedad, sino que se orientaron también a la protección social. Es reconocido el importante papel de las Ciencias Sociales, aportando insumos para el análisis de la situación y la toma de decisiones, pero también las comunidades y organizaciones sociales que generaron diversas estrategias para enfrentar la pandemia y sostener los entramados vitales.

La pandemia visibilizó a nivel regional y, en particular, en nuestro país la heterogeneidad social y las vulnerabilidades de grupos poblacionales afectados por las diversas inequidades (clase social, raza, sexo y género), productos de desigualdades históricas y estructurales. Asimismo, las personas trabajadoras denominadas *esenciales* debieron continuar e incrementar sus tareas en un escenario desconocido, sensible e incierto. En relación con el sector salud, particularmente atravesado por los desafíos de la pandemia, quedaron expuestas las inequidades y las falencias estructurales del sistema, muchas de ellas potenciadas especialmente con las políticas neoliberales del período previo a la pandemia, generando un mayor deterioro de lo público y la protección social.

La pandemia afectó y alteró la vida cotidiana de las comunidades, impactando especialmente en la salud / salud mental de toda la población. Asimismo, las propias medidas de gestión de la pandemia, como el aislamiento social, preventivo y obligatorio [ASPO] y el distanciamiento social [DISPO], propuestos como necesarios para el control epidemiológico, acrecentaron las dificultades económicas, el miedo al contagio, la incertidumbre y diversos sufrimientos. A nivel de los territorios, se visibilizaron o emergieron una serie de redes formales e informales que materializaron lógicas de sostén y trabajo diversas, sensibles a las necesidades de las comunidades.

La vida cotidiana, las formas de trabajo y las subjetividades se vieron transformadas, al igual que los vínculos y las redes de sostén comunitario. En este marco las medidas de protección social que se adoptaron a nivel nacional, en cada provincia y municipio

gravitaron en la salud / salud mental y el bienestar psicosocial de toda la comunidad. En muchos casos, incluyeron recomendaciones, programas y acciones específicas tanto para las comunidades como para el colectivo de personas trabajadoras de los sistemas sanitarios. Su implementación en los territorios adquirió características particulares según los niveles de articulación, la participación, contextualización y la potencia de propuestas creativas que consideramos necesario analizar y poner en diálogo con las prácticas y experiencias de cuidado a la salud / salud mental territoriales, desde un enfoque comunitario y de derechos. En este marco las preguntas que orientaron esta investigación fueron: ¿cómo fue el desarrollo de las distintas prácticas y experiencias de cuidado a la salud / salud mental?; ¿cómo fue su articulación con las medidas de gobierno desarrolladas en el marco de la pandemia? El foco del estudio estuvo puesto en cuatro regiones del país: Chubut, Río Negro, Santa Fe y cuatro zonas de la provincia de Buenos Aires.

Desde un enfoque de salud integral fundamentado en la salud mental comunitaria, la salud colectiva y la evaluación de políticas públicas, con aportes metodológicos de la investigación participativa, la epidemiología crítica y la sistematización de experiencias, nos propusimos producir conocimiento situado para aportar a la comprensión de las medidas de gobierno adoptadas en tanto integralidad política-técnica en las experiencias y prácticas de cuidado de la salud / salud mental que los actores territoriales desarrollaron en el contexto de pandemia con / hacia distintos grupos poblacionales y que, en su dinámicas micropolíticas, conforman los espacios últimos de efectivización (o no) de protección social y derechos. Entendemos que el conocimiento y sistematización de: a) las experiencias, prácticas, dinámicas micropolíticas vinculares y subjetivas, que se ponen en juego en el cuidado de la salud / salud mental; b) la sistematización de las medidas de gobierno implementadas a nivel nacional, provincial y local y su articulación con las experiencias y prácticas de los actores territoriales y c) la construcción de insumos de comunicación derivados; constituyen un aporte fundamental

para la generación de políticas públicas pospandemia. (Bottinelli et al., 2020a).

### ***Objetivos propuestos***

La variación epidemiológica de la pandemia, desde su inicio hasta el presente, y la información incompleta sobre el coronavirus y sus formas de propagación, volvieron necesarias una serie de medidas que fueron tomando los gobiernos nacionales, provinciales y locales, que variaron temporalmente y que tuvieron implicancias diversas en los territorios.

Inicialmente, las políticas públicas se caracterizaron por el propósito de evitar la propagación y la cantidad de contagios con una fuerte mirada predominantemente biológica de la problemática, con el objetivo de fortalecer el sistema sanitario para dar respuesta a las necesidades implícitas en el aumento de la curva de infectados. Sin embargo, la complejidad y lo prolongado de la situación hicieron necesario desarrollar otra serie de medidas, que en muchos casos se orientaron a resolver problemáticas ligadas a las mismas medidas de prevención. En un contexto territorial tan amplio y heterogéneo como el nuestro, se presentó una vasta variabilidad de la situación, tanto en términos epidemiológicos como de las medidas de gobierno y de la capacidad de los sistemas para dar respuesta a las necesidades originadas, no solo en la pandemia misma, sino en las propias medidas diseñadas para su contención y manejo.

Por otra parte, el sobredimensionamiento de las implicancias biológicas del virus, la prolongación temporal de la situación de pandemia, así como de las medidas de contención (ASPO, DISPO), pusieron de relieve la multidimensionalidad de los procesos de salud / enfermedad / atención y cuidados y la necesidad de incluir otras lógicas de intervención. Las lógicas de cuidado a la salud / salud mental, en términos de respuestas gubernamentales, pero también de estrategias concretas de contención y cuidado desarrolladas por actores territoriales diversos, han sido muy variadas en las distintas

regiones del país. Con la intención de poner en diálogo ambos niveles de análisis, entendiendo la importancia y la relación de la macropolítica con la micropolítica de los contextos particulares este estudio se propuso como objetivo general describir las prácticas y experiencias de cuidado de la salud / salud mental de actores territoriales referenciadas como promotoras de derechos analizando su articulación con las medidas de gobierno a nivel nacional, provincial y local implementadas en el marco de la pandemia causada por COVID-19 en distintos grupos poblacionales en Chubut, Río Negro, Santa Fe y Buenos Aires durante el año 2020.

Los objetivos específicos propuestos fueron: 1. Mapear las prácticas y experiencias de cuidado de salud / salud mental de los actores territoriales que refieran a la promoción de derechos a partir de la pandemia en relación con la definición de los problemas, los participantes, las formas de implementación, la perspectiva teórica y metodológica, el marco institucional, las líneas de filiación, el registro de datos y los aspectos formativos. 2. Identificar las dinámicas de las experiencias de cuidado de los actores territoriales durante la pandemia relacionadas con tecnologías blandas y duras con respecto a la toma de decisiones, las modificaciones en los procesos de trabajo, las condiciones que permiten la sostenibilidad en el tiempo, los aprendizajes y la replicabilidad en otros contextos. 3. Describir los objetivos de las experiencias de cuidado de los actores territoriales haciendo foco en los logros, los aspectos novedosos del cuidado y la ampliación de derechos, y los aportes territoriales para la acción y reproducción de los procesos de construcción de las políticas públicas en el contexto de pandemia. 4. Describir las condiciones de implementación de dichas prácticas ampliatorias de derechos identificando los nudos críticos; los facilitadores, obstaculizadores y áreas de vacancia en la viabilización de derechos, con foco en su relación con las medidas de Gobierno Nacionales, provinciales y locales durante la pandemia desde la perspectiva de los participantes. 5. Caracterizar las medidas de gobierno implementadas a nivel nacional y local durante el COVID-19 respecto de los temas, cobertura y población, indagando



su concepción de salud / salud mental y cuidados, implícita o explícita, y los nudos críticos en la implementación de las medidas nacionales y locales que debieran profundizar para efectivizar derechos. 6. Promover espacios de trabajo coparticipativos para la construcción de insumos de comunicación identificando temas, contenidos comunicacionales, audiencias, vías y tipos de producciones y objetivos para la visibilización de los resultados de la investigación.

### ***Antecedentes, estado de la cuestión y referencias teórico-conceptuales***

Durante la pandemia proliferaron diferentes formas de reflexión y producción sobre el tema: conversatorios, eventos, producción de libros, *e-books* y publicaciones, tanto académico-científicas como de divulgación, que aprovecharon formas poco habituales de difusión y reflexión sostenidas en las posibilidades tecnológicas potenciadas por las medidas de restricción de circulación y presencialidad. Así mismo, realizamos búsquedas que recuperen no solo las múltiples y diversas producciones de nuestras propias universidades o equipos de investigación reconocidos, sino también aportes de otras producciones y espacios como los Movimientos de Mujeres, Feminismos y los Organismos de Derechos Humanos. Desde esta perspectiva se realizaron búsquedas en el Sistema Nacional de Repositorios Digitales [SNRD] con las palabras *salud mental*, *cuidados*, *políticas públicas* y *COVID-19*, entre 2020 y 2021. Los artículos encontrados abarcan las temáticas de la creación de dispositivos (López et al., 2020; PSARSM, 2020); adecuación de dispositivos de salud / salud mental (Bang, 2020), impactos en las prácticas de cuidado (Pautassi, 2021) en profesionales y equipos de salud / salud mental (Malpeli, 2020; Dangelo et al., 2020) e impacto en salud mental de los grupos poblacionales específicos (Palma et al., 2020; Johnson et al., 2020). En los trabajos varios autores priorizan la necesidad de acompañamiento de los equipos, y espacios de reunión y las readecuaciones específicas por la urgencia de continuar la tarea (Bang, 2020; Malpeli, 2020; Dangelo et al., 2020). También se señalan en diversas publicaciones

los procesos creativos de dispositivos virtuales que permitieran sostener la tarea, incluyendo procesos de capacitación y procesos asociativos entre instituciones de territorios lejanos, y señalan la existencia de acciones llevadas adelante por actores voluntarios, es decir, sin remuneración (PSARSM, 2020; López, 2020, Dangelo, 2020). Al respecto, Pautassi (2021) problematiza las principales definiciones del trabajo no remunerado en salud [TnRS] en América Latina en 2000-2020, poniendo énfasis en los cuidados en pandemia, lo que profundizó las desigualdades en torno a las tareas de cuidado. Las intervenciones intersectoriales, cooperativas y asociativas entre diferentes sectores y organizaciones para la creación y sostenimiento de acciones en el marco de ASPO es mencionado por la mayoría de los autores, y dentro de las tareas de cuidado que se nombran se destacan algunas llevadas adelante desde voluntarios y otras desde actores rentados, señalando la invisibilización de las redes de cuidados, la precarización de las condiciones, y la sobrecarga y feminización de las tareas de cuidados (Zaldúa y cols., 2020). Subyacen en los procesos mencionados la cooperación, el conflicto y la interculturalidad, y son esas concatenaciones el fundamento del proceso SEAC y lo que configura el bienestar y el malestar de las comunidades.

En lo que respecta a las políticas públicas, diferentes trabajos dan cuenta de que las medidas adoptadas por los gobiernos tuvieron impactos medibles que se reflejaron de forma directa en la movilidad y de forma indirecta en términos de contagios (Neirotti, 2021; Bottinelli et al., 2022). Así los estilos de gestión de la pandemia han tenido un impacto diferencial dependiendo de las medidas tomadas por los Estados (Azerrat et al., 2020; Cabral, 2020; Aminahuel, 2021). En Argentina, si bien existieron diferentes medidas de gobierno que buscaron paliar los efectos negativos sobre la economía, la salud y el trabajo (Ministerio de Justicia y Derechos Humanos de la Nación, 2020), diversos aportes señalan que no siempre fueron suficientes en espacios caracterizados por diferentes condiciones previas de vulnerabilidad social (Heim et al., 2020; Baeza et al., 2020; Sabatella, 2021; Tuñón, 2021; Diez Tetamanti et al., 2021). En esta línea, la OPS (2021)

explicita la necesidad de abordar los efectos y consecuencias no deseadas de las medidas.

El marco del presente proyecto se sostiene en la Determinación Social de la Salud (DSS) como categoría de la epidemiología crítica que descubre la profundidad de los análisis epidemiológicos y las condiciones que subyacen en los procesos de SEAC (Breilh, 2003), y que ha nutrido y especificado sus postulados con respecto a condicionamientos de orden social, económico y político en los problemas de las sociedades y el efecto en su salud desde 1970. Esta perspectiva reconoce dos objetos de estudio: el primero refiere a la distribución y sus determinaciones del proceso salud-enfermedad, y el segundo hace referencia a las prácticas en salud, las interpretaciones y los saberes colectivos en torno a ellas, poniendo en diálogo las dimensiones que propone la conceptualización de la DSS en las lógicas de lo general, particular y singular (Breilh, 2013). La determinación entiende los modos de vida en la inequidad social en salud y no solamente los estilos de vida y la responsabilidad de los individuos. Los diferentes actos en salud y su dimensión cuidadora constituyen “un espacio relacional donde pueden generarse procesos de acogida, vínculo y responsabilización” (Merhy, 2006).

Siguiendo la propuesta de la medicina social latinoamericana, los desarrollos de la salud mental comunitaria, los aportes de las teorías feministas, epidemiología crítica y de la ecología, podemos definir la dimensión de cuidado como un sistema de prácticas orientadas al sostenimiento de la vida en común, a promover, sostener la vida y la calidad de vida de las personas (Chardon, 2011). Incluye los elementos físicos y simbólicos que les permiten vivir en sociedad (Rodríguez Enriquez, 2015). Siguiendo lo planteado por Bottinelli y colaboradores, (2020 a y b) se consideran –como centrales de estas prácticas– vínculos que permitan *alojar* (Chardon, 2011), acoger y respetar, en donde valorizar y reconocer a la otra persona (Lenta et al., 2020). En las prácticas de cuidado se da una relación de reconocimiento mutuo y reciprocidad (De la Aldea, 2019), basados en gestos de ternura (Ulloa, 2005). De esa forma, la construcción del cuidado es

un intercambio, que sucede en acto, tratándose de un proceso que se desarrolla entre sujetos y que tiene como idea fuerza la creación, la invención y la libertad de quienes lo realizan (Franco y Merhy, 2011). Como producto del afecto dado que las tareas de asistencia y prevención “crean productos intangibles como el bienestar, la satisfacción, la emoción o la pasión” (Lenta, Longo, Zaldúa, 2020), opuestos a la mortificación y la desesperanza producto de las opresiones, y la violentación institucional (Ulloa, 2005).

Entendemos fundamental la articulación con actores externos a los ámbitos académicos para la producción de conocimiento. La teoría crítica (Dussel, 2007) se propone revelar las condiciones de subordinación y opresión que someten a determinados actores sociales, permite devolver la dignidad que le ha sido arrebatada. Se hace imperativa y éticamente correcta la conjunción de una praxis investigativa que incluya los aportes de diferentes actores, en una trama de saberes (Zaldúa, Bottinelli, Lenta, 2022). Es así que los actores territoriales necesitan ser considerados en todo el ciclo de producción e implementación de políticas, y particularmente en la evaluación de las políticas públicas.

Desde esta perspectiva, es en los territorios “tomados como experiencia práctica”, en la “práctica en salud” donde se dan “las posibilidades de alinear los diferentes modos de la producción del vivir, singulares, que constituyen las maneras de andar la vida, con los procesos de encuentros micro políticos entre trabajadores y usuarios” (Abrahão y Merhy, 2014).

La comunidad revaloriza el concepto de territorio, visibilizando sus múltiples racionalidades; el territorio en salud es más que prácticas protocolizadas y población enferma y supone diversas materialidades simbólicas explícitas e implícitas (Carballeda, 2015).

La investigación realizada, por ende, se propuso profundizar en experiencias y prácticas territoriales y comunitarias que recuperan tradiciones participativas, empoderantes, horizontales, decoloniales, diversas, con pluralidad de voces historizadas que propician líneas de fuga de las prácticas hegemónicas y alienantes, y generan condiciones para análisis interseccionales. Entendiendo que estudiar los cuidados

“formales” e “informales” que se han implementado tanto desde el Estado como desde las organizaciones y movimientos sociales (prácticas y experiencias de los actores territoriales), en sus planos macro y micropolítico, a partir de identificar las transformaciones en los procesos de trabajo, visualizando los obstáculos y estrategias de efectivización de propuestas e implementación de las políticas en salud y protección social, constituyen un insumo relevante para el desarrollo y redefinición de las políticas públicas en la sociedad de la pospandemia.

### ***Metodología***

El objetivo propuesto fue analizar las medidas de Gobierno Nacionales, provinciales y municipales desarrolladas en el marco de la pandemia y su impacto en las prácticas y experiencias de cuidado a la salud / salud mental en dichos territorios, en función de lo cual se utilizó un diseño exploratorio descriptivo con triangulación de fuentes, instrumentos e indicadores cualitativos y cuantitativos, con elementos de investigación-acción participativa. Se buscó así, desde una ética relacional, la participación implicada y crítica de los/las participantes desde la sistematización, el análisis e identificación de propuestas respecto de las políticas, así como en las decisiones sobre elementos centrales para la comunicación de resultados y recomendaciones emergentes del proceso de investigación.

Como estrategia metodológica se propuso una sistematización y análisis de las políticas públicas nacionales, provinciales y locales; un mapeo y sistematización de las experiencias y prácticas de cuidado en salud /salud mental en el marco del COVID-19, consideradas cada una como caso particular complejo. Para lo cual, se enfatizó la articulación territorial con los equipos que facilitan la promoción de espacios de evaluación de aprendizaje y de sistematización de casos testigos, desde un formato coparticipativo con actores de diferentes niveles, para caracterizar la relación de las medidas de gobiernos con experiencias y prácticas mencionadas.

Los instrumentos utilizados fueron observación y análisis de documentos (políticas públicas y documentos de las experiencias), entrevistas en profundidad y grupos focales. También se utilizaron herramientas de sistematización de experiencias. Se construyeron dos matrices de sistematización: una de medidas de gobierno (con diferentes niveles) y otras de prácticas y experiencias de cuidado.<sup>2</sup> Se realizó la carga y análisis de las medidas nacionales (generales<sup>3</sup> y específicas<sup>4</sup>) así como de las medidas provinciales adoptadas por los gobiernos de Chubut, Río Negro, Provincia de Buenos Aires y Santa Fe durante el año 2020 en relación con la pandemia de COVID-19. En el contexto del estudio, se sistematizaron y analizaron un total de 2158 medidas de gobierno: 342 nacionales generales, 204 medidas nacionales específicas, 1133 de la provincia de Buenos Aires, 172 de la provincia de Río Negro, 173 de la provincia de Santa Fe y 134 de la provincia de Chubut.

Se mapearon doscientas tres experiencias en las distintas provincias que abarca el proyecto. El muestreo se construyó de manera intencional, no probabilística, en tanto responde al conocimiento directo de los integrantes del equipo. Para la inclusión de prácticas

<sup>2</sup> Las bases de datos se encuentran disponibles en la página web del proyecto: <http://redcuidadoscomunitarios.unla.edu.ar/>

<sup>3</sup> Como fuente de las medidas nacionales “generales” se utilizó el sitio web oficial <https://www.argentina.gob.ar/coronavirus/medidas-gobierno>, habiéndose incluido en la base de datos todas las medidas de gobierno informadas allí desde el comienzo de la pandemia hasta el 31 de diciembre de 2020. En el caso de que la publicación remitiera a normas del boletín oficial, se utilizaron los documentos de dichas normas.

<sup>4</sup> Se filtraron en el Boletín Oficial de la República Argentina todas las medidas que contenían las palabras clave: “ANSES”, “desarrollo social”, “salud mental” del año 2020. Se eliminaron los registros repetidos (por contener más de una palabra clave). Se verificó si estaban relacionadas con la pandemia de COVID-19 a través de la búsqueda en el texto de la medida de las siguientes palabras: “COVID”, “emergencia”, “pandemia”. Algunas de estas abarcaban también otros aspectos no relacionados con la pandemia, por lo que se aclaró que se debía cargar únicamente lo relacionado con ella. Se contrastó el listado resultante con la base de políticas nacionales generales, y se eliminaron aquellas que ya habían sido cargadas en aquella. Por último, se incorporaron también políticas específicas no contenidas en el listado anterior que resultaron de la consulta a informantes clave, quienes trabajan en relación a salud mental, género y discapacidad.

y experiencias en el mapeo fue un criterio central que hayan sido espacios productores de cuidados comunitarios en el contexto de la pandemia por covid-19 durante el año 2020. En el contexto de la investigación, se entiende por prácticas y experiencias de cuidado de la salud / salud mental de actores territoriales aquellas referenciadas como promotoras / ampliatorias de derechos. Así se incluyeron aquellas experiencias que emergieron, dieron continuidad o reinventaron sus actividades en el contexto de las medidas de gobierno de aislamiento social preventivo y obligatorio [ASPO] y distanciamiento social preventivo y obligatorio [DISPO], consolidando formas creativas e innovadoras para sostener los vínculos y la presencia en la vida cotidiana de la población con la que trabajan. Las experiencias mapeadas pertenecen a organizaciones o instituciones que pertenecen a los sectores de Desarrollo Humano, Deporte, Salud, Género, Desarrollo Social / Seguridad social, Producción, Ambiente, Vivienda, Justicia, Telecomunicaciones, Economía, Cultura, Producción y de la Administración Pública. En el relevamiento se registra que las mismas orientan sus acciones a garantizar los derechos a la Salud, Alimentación, Vivienda, Trabajo, Libertad de Expresión, Juego, Recreación, Seguridad social, Vestimenta, Derechos Culturales, Educación, muchas de ellas focalizando en la protección de derechos de niñas, niños y adolescentes, personas con discapacidad, adultos mayores, personas en situación de violencia por motivos de género.

De las experiencias mapeadas se seleccionaron cuarenta y una, con las cuales se realizó un proceso de sistematización. El criterio de selección de dichas experiencias estuvo dado por la representación territorial y la diversidad según tipo de práctica, en función de las temáticas y problemáticas con las que trabajan. Para la sistematización, en cada territorio se invitó a referentes de algunas de ellas a participar del proceso proponiéndoles la construcción conjunta de ejes de evaluación, a partir de sus intereses y de los objetivos del proyecto, así como también para el diseño conjunto de productos comunicacionales que permitan visibilizar y difundir en otros ámbitos los resultados de la investigación.

### *Las experiencias como unidad de análisis*

Siguiendo la propuesta desarrollada por Merhy (2006) y Franco y Merhy (2011) para cartografiar el trabajo vivo propio de las prácticas en salud, las “experiencias” constituyen una unidad de análisis que emerge de las líneas de organización territoriales y vínculos que se generan en la materialidad de los procesos de trabajo. Esto puede coincidir por momentos con un programa, un servicio o una práctica. Da cuenta de un equipo de trabajo, con cierto nivel de organización e historia / memoria / trayectoria de trabajo compartido, perteneciente a una institución del campo de la salud desde una mirada intersectorial, o a una organización territorial que desarrolla conjuntos de prácticas dirigidas a, o junto con, un grupo poblacional específico, relacionadas con la producción de uno o más aspectos de la salud integral como valor de uso. Estas experiencias mantienen una relación de tensión (dependencia y autonomía relativa) con las inscripciones institucionales en las que se enmarcan. Asimismo, definen líneas de filiación historizables dadas por la circulación de conocimientos, saberes y afectos donde la presencia del cuerpo y espacios compartidos permiten comprender la producción y reproducción de prácticas con lógicas no hegemónicas e invisibilizadas desde los parámetros clásicos de la salud / salud mental y que determinan y abonan a la comprensión de los procesos bottom-up (de abajo hacia arriba) de políticas públicas. (Merhy et al., 2006; Nabergoi, 2013; Bottinelli, 2013)

### ***El equipo de trabajo: una red rizomática***

En marzo de 2020 el mundo entero se enfrentó a una situación crítica de características y dimensiones inéditas. Nuestro país, al igual que todos los de la región, debió implementar diversas estrategias tanto en los niveles macro como de micropolíticas para dar respuesta a los distintos aspectos que planteaba la pandemia. Esto incluyó el accionar a través de diferentes sectores de gobierno, de



organizaciones de la sociedad civil, así como nuevas configuraciones de grupos que se autoorganizaron para dar respuestas a las necesidades que iban surgiendo frente a la prolongación de la crisis epidemiológica y los desafíos que planteaba en la vida cotidiana a nivel subjetivo e intersubjetivo, y de las articulaciones familiares, institucionales y sectoriales.

Desde las instituciones en salud y educación, diversos grupos de trabajo se activaron para poner el eje de su accionar en temáticas relacionadas con la pandemia. En ese mismo horizonte, se activó y reorganizó nuestra red de colaboración a lo largo del país, desde distintas universidades e instituciones públicas. El equipo de investigación se enmarca en redes de colaboración que recuperan historias previas de trabajo compartido por alguno/as integrantes o instituciones en una espiral dialéctica en la que en diferentes momentos se pueden ver los nodos constituyentes y los devenires de relaciones de integrantes y temáticas que van generando esas constelaciones de tramas situadas. En particular, el proyecto recuperó y puso en diálogo procesos de discusión que se iban dando en paralelo en dos redes latinoamericanas: Red de estudios en salud y políticas públicas en Iberoamérica [RESPI] y Red Internacional de Prácticas y Experiencias de Cuidado en Salud Mental, ambas surgidas durante la pandemia. La recuperación de algunos aspectos producidos desde allí junto a otros proyectos compartidos que se encontraban en desarrollo, generó las condiciones de posibilidad para el diseño de esta investigación aplicada y participativa.

El equipo se constituyó entonces como una nueva red que se agenció de manera rizomática (en el sentido deleuziano), imprimiendo una dinámica de participación, que partió de un posicionamiento ético y político. Se constituyó así un equipo ampliado, abierto y permeable a nuevos integrantes, cuyos intercambios se apoyaron en una horizontalidad permanente entre nodos con raíces territoriales que se crearon, desarrollaron y nutrieron, buscando activamente el aporte de los distintos integrantes desde sus potencialidades y trayectorias. En un diálogo respetuoso de los saberes y del compromiso

territorial de generar mayores sinergias entre la producción / acción académica y las dinámicas cotidianas de las comunidades de pertenencia.

Entre las universidades e instituciones que fueron parte de los nodos / nudos activos de este rizoma se encuentran: Universidad del Chubut (provincial), Universidad Nacional de la Patagonia San Juan Bosco, Universidad Nacional de Río Negro, la Universidad Nacional de Moreno, Universidad Nacional de Lanús , Universidad Nacional de San Martín, Universidad Nacional de Mar del Plata, Universidad Nacional del Litoral, Universidad Nacional de Rosario, la Asociación por los Derechos de la Salud Mental [ADESAM] y la Región Sanitaria VIII del Ministerio de Salud de la Provincia de Buenos Aires. Cabe destacar que tanto las instituciones de salud como las universidades dieron sostén a la red y anclaje territorial. Esto a efectos de generar las condiciones de posibilidad para el desarrollo de una dinámica de trabajo basada en la participación real, con la inclusión de esta diversidad de agentes desde los momentos iniciales de gestación de las propuestas, y durante todo el proceso de implementación, cierre y evaluación de estas.

## **Resultados**

### ***Resultados del análisis de las medidas de gobierno a nivel nacional, provincial y local***

En el análisis de las medidas que fueron caracterizadas en este estudio (2158 medidas de gobierno: 342 nacionales generales, 204 medidas nacionales específicas) se puede identificar que el Gobierno Nacional tomó un posicionamiento rector en la gestión de la pandemia, con una clara intencionalidad de detener y retrasar los contagios y evitar las muertes, fortaleciendo un sistema sanitario muy empobrecido y complementando con medidas de protección social. Esto se plasmó cuali y cuantitativamente en las medidas tomadas y

su impacto en la comunidad. Así, en las primeras medidas al inicio de la pandemia, destinadas principalmente al sector salud, se evidencia un mayor protagonismo del Estado nacional en los primeros meses, que incluyó la articulación y progresiva coordinación con los Estados provinciales. En marzo de 2020 se tomaron setenta medidas nacionales (correspondientes al 20,46 % del total de medidas de febrero-diciembre de 2020), duplicando el porcentaje de medidas mensuales tomadas durante los siguientes meses. Estas tuvieron un alcance mayoritariamente nacional y tienen algunas características comunes: el 74 % son medidas de acción y de regulación que tienen implicancia en un 62 % proactivas y un 32 % restrictivas. El 71 % fueron generadas en el marco de la pandemia y el 21 % “modifica una política previa a la pandemia”, reasignando partidas presupuestarias en el 50 % de ellas, siendo los sectores principales que intervienen en esas medidas Salud y Economía.

Complementariamente a las medidas de alcance nacional, se evidencia el trabajo de articulación con los gobiernos provinciales. La respuesta y el tipo de medida desarrolladas por estos, en función de los territorios estudiados, han sido muy variadas. En algunos casos, como el mapeo de políticas públicas de Chubut, muestra una preeminencia de políticas que adhieren a medidas nacionales, generando en ocasiones, desajustes entre las medidas y las necesidades asociadas a la situación epidemiológica en cada localidad. Otros territorios, como la provincia de Buenos Aires, se caracterizaron por una proliferación de medidas específicas que complementaron las nacionales desde una lógica de mayor adecuación a las necesidades locales.

La reorganización del sistema sanitario y las medidas preventivas promovidas desde el Gobierno Nacional, fueron percibidas por algunas de las personas participantes de las experiencias sistematizadas en la investigación, como de “retirada del Estado”. Esto particularmente en aquellas que trabajan con personas en contextos de mayor vulnerabilidad psicosocial. La magnitud temporal de las medidas, como el Aislamiento Social Preventivo Obligatorio [ASPO], con el correspondiente cierre de espacios institucionales y comunitarios, así

como la reorganización del sistema de salud con el eje puesto en la atención del COVID-19, fue un hecho inédito que generó incertidumbre y profundizó las desigualdades preexistentes, acrecentadas por las políticas neoliberales de los años anteriores a la pandemia, reforzando –en las poblaciones vulnerabilizadas– obstáculos para el acceso al ejercicio sustantivo de derechos. Se infiere que, en las mismas, subyace una preeminencia del aspecto médico y epidemiológico, pero que también incorpora, aunque en menor medida, aspectos de protección social, laborales, comunicacionales, educativos, de transporte, etcétera. Esto fue caracterizado como insuficiente desde las percepciones de las personas participantes de las experiencias. Surge aquí un punto crítico, ya que identificamos en el tipo de medidas, la temporalidad y los sectores involucrados que el Estado generó una serie de medidas de gobierno destinadas al cuidado de la población que incluía distintos sectores y niveles gubernamentales, pero que se generaron demoras, atentando contra la efectivización en tiempo y forma de las medidas, lo que ha sido referenciado como negativo y contradictorio con el fin promovido en la medida.

Asimismo, encontramos como área de vacancia la falta de medidas que regulan lo que denominamos tareas cotidianas de cuidado. Estas estuvieron en su mayoría a cargo de mujeres, fueron desarrolladas en ámbitos domésticos o en espacios donde la población debió estar aislada durante varios meses. Si bien se identificaron medidas referidas a los cuidados especializados, institucionalizados o remunerados, sobre todo los que comprometen a poblaciones vulnerabilizadas, con situaciones de violencia o discapacidad, no se hallaron referencias a los cuidados en el ámbito doméstico o de las organizaciones sociales / comunitarias. Hipotetizamos que esto es coherente con la estructural invisibilización existente sobre el trabajo reproductivo, no reconocido formalmente como trabajo.

En las medidas analizadas, junto a la priorización de la protección de la salud de la población, ubicamos el desarrollo de normativas destinadas a la protección del sistema productivo nacional, y muchas de las medidas restrictivas tuvieron su correlato en políticas

compensatorias. Caracterizamos entonces un proceso continuo, en el cual inicialmente el foco estuvo puesto en medidas asociadas al sector salud en relación con lo epidemiológico, pero que a los pocos meses del inicio de la pandemia se complementa con otras medidas ligadas a otros sectores, especialmente en relación con la protección social, educación, trabajo, producción, entre otros. Así, la gestión de la pandemia desde la mirada macro del mapeo de políticas, nos permitió caracterizar una panorama asociado a la situación epidemiológica, al impacto social y económico de las medidas de prevención de la pandemia, y a los cambios que se fueron dando durante el 2020, donde paulatinamente se fue ampliando el foco de las políticas, incluyendo progresivamente dimensiones más específicas, tanto en relación a colectivos en situación de vulnerabilidad como a aspectos vinculados al esparcimiento, la cultura y el deporte. No obstante, esto ha sido evidenciado como insuficiente para grupos poblacionales que subsisten en el marco de una economía informalizada.

La caracterización general a nivel nacional de las medidas de gobierno da cuenta de que estas fueron numerosas, variadas, fundamentalmente proactivas, de desarrollo temprano y sostenido durante toda la pandemia y con el involucramiento de diversos sectores, ya que no se restringieron a aspectos específicamente sanitarios, sino que tuvieron impacto en todos los ámbitos (economía, producción, educación, trabajo, transporte, seguridad social, salud, etcétera). Se identifica una reasignación presupuestaria en este sentido, así como la ampliación y generación de nuevas partidas destinadas a reforzar estas políticas.

En cuanto a la explicitación de metas en las medidas estudiadas, vemos que hay un escaso porcentaje con metas definidas (36,0 % –123– meta explícita y 64,0 % –219– no). Entendemos que la explicitación de esta dimensión facilita el control, gestión y evaluación de las medidas, sin embargo, en periodos críticos, en los que la planificación de la mayoría de las medidas tiende a paliar las consecuencias de la pandemia en la emergencia sanitaria, se hace posible prescindir de dicha explicitación. También emerge que la no explicitación

de las metas permitiría ampliar / flexibilizar acciones, beneficios, cobertura poblacional, tiempo, gestión, etcétera, de una forma más expeditiva ante la emergencia, favoreciendo las prácticas y experiencias de cuidado a la salud / salud mental desde un enfoque comunitario y de derechos.

En el mismo sentido, vemos un escaso porcentaje de medidas de gobierno con explicitación de población objetivo: de 342, un 89,18 % (305) no menciona de forma explícita cuál es la población que pretende cubrir la acción a realizar. El resto de las políticas públicas en cuestión, que representan un 11 % (37), sí especifica la cobertura poblacional, pero solo el 3 % (10) de esa cobertura poblacional explícita cantidad. Las mismas responden a las siguientes categorías: según grupo etario (2), condición migratoria (1), personas con discapacidad / diversidad funcional (1), personas abarcadas en programas de asistencia social (5), trabajadores/as de diferentes ramas (5). Solo en algunos casos se consignan el número total de población a cubrir. En este recorte, ubicamos políticas destinadas a protecciones selectivas, destinadas a grupos en condiciones de mayor vulnerabilidad. Si bien las medidas que explicitan meta y cobertura poblacional no son mayoritarias, las que sí lo hacen dan cuenta de una perspectiva atenta a los cuidados integrales ante la situación epidemiológica, en diferentes sectores de acción en los que se inscribe la política, lo cual pone en relieve la idea de una mirada multidimensional de los procesos de salud / enfermedad / atención y cuidados, así como la necesidad de incluir otras lógicas de intervención.

### ***Resultados del mapeo y sistematización de prácticas y experiencias de cuidado***

Desde la lógica de los cuidados a la salud / salud mental, a partir del trabajo de mapeo de prácticas y experiencias territoriales, podemos ubicar una tensión entre el diseño de las políticas y su gestión e implementación concreta en los diversos territorios. Entendemos que este proceso supone diversas mediaciones y articulaciones, que pone

en juego no solo los distintos niveles de gobierno (provincial y municipal), si no a diferentes sectores y actores institucionales y comunitarios con intereses políticos, sociales y económicos diversos. Esta micropolítica de la implementación local fue lo que se buscó caracterizar a través del mapeo de doscientas tres experiencias identificadas en los territorios analizados, como espacios productores de cuidados comunitarios, que tuvieron lugar durante el primer año de la pandemia (2020). De ellas, se seleccionaron cuarenta y una con las cuales se realizó un proceso de sistematización.

El trabajo de mapeo y sistematización de experiencias permitió ubicar tensiones y puntos de encuentro entre estas y las políticas públicas. Entre ellos, es importante puntualizar algunos aspectos particulares como núcleos emergentes de esta investigación.

En primer lugar, como mencionamos anteriormente, el entramado organizacional previo de los territorios en los cuales trabajamos, especialmente aquellos con situaciones de mayor vulneración de derechos, constituyó un andamiaje que facilitó la rápida reorganización en pos de resolver necesidades básicas ligadas a la subsistencia de las personas. Esto, sumado a un conocimiento acabado de los territorios y a la legitimidad de los/las referentes comunitarios / sociales generó prácticas de cuidado autogestionadas y autoorganizadas, que dieron respuesta a necesidades tales como la alimentación, el acceso a ciertos medicamentos, etcétera; para luego ir generando respuestas más específicas ligadas a los emergentes de la pandemia. Las medidas de ASPO, implementadas con el objetivo de evitar la circulación, cerraron el acceso a ciertos lugares clave para colectivos en situación de vulneración de derechos. Asimismo, el ajuste a los protocolos generados por los organismos rectores, en sectores tales como salud y educación, generó que la readecuación de prácticas desde estas instituciones tuviera una marcada lentitud en relación con lo acontecido en ámbitos comunitarios. Especialmente desde el sistema sanitario, la reubicación de funciones de muchos de los/las agentes repercutió en la ausencia en los territorios de figuras mediadoras, que constituyen una bisagra entre los sistemas formales de

cuidado y los sistemas informales. Entre ellos aludimos a agentes sanitarios, trabajadores comunitarios de salud en terreno y operadores sociocomunitarios. Esto contribuyó también a la percepción de algunos referentes territoriales y trabajadores como de “retirada del Estado” particularmente en contextos de vulnerabilidad psicosocial, evidenciando una tensión entre la percepción de insuficiencia de medidas respecto de la efectiva existencia de normativas heterogéneas destinadas al cuidado de la población. Frente a esto, surgieron otras mediaciones protagonizadas por líderes y referentes sociales, comunitarios, políticos.

La preeminencia del trabajo de las organizaciones en los territorios fue un factor esencial para el sostenimiento de la vida. Las estrategias implementadas para tal fin han sido diversas, y pudimos identificar múltiples articulaciones que integran recursos propios, públicos y privados y el desarrollo de prácticas intersectoriales e interinstitucionales a nivel de la micropolítica de los territorios. En este sentido, hubo recursos públicos que, producto del diseño de políticas específicas, tuvieron impacto en los territorios. Pero aparece como problemático en varios espacios relevados, la falta de identificación de estos como acción del Estado. Resultan particularmente interesantes los procesos iniciados desde organismos públicos, que entramaron con actores territoriales, potenciando y fortaleciendo las prácticas de cuidados. En este sentido, una categorización general de las experiencias mapeadas las divide en experiencias netamente barriales, otras de inclusión sociolaboral (más ligadas a instituciones estatales), las ligadas a temáticas de género y finalmente, las denominadas clínico-comunitarias. Asimismo, una segunda categorización las divide en experiencias estatales e institucionales, que presentan un grado de formalización de su tarea y se desarrollan bajo una política pública en instituciones públicas o privadas. Otro grupo identificado son experiencias territoriales, no institucionalizadas, que se desarrollan a partir de organizaciones no gubernamentales, independientes, o que parten de movimientos políticos-sociales. Y



finalmente, aquellas experiencias mixtas, que cuentan con la articulación de prácticas territoriales y prácticas institucionales.

Otro núcleo problemático que nos interesa plantear son las lógicas organizacionales que aparecen en tensión en un continuo entre experiencias con muy poco nivel de organización hasta organizaciones complejas como las sanitarias. En esa dirección, aparecen como aspectos para destacar las lógicas organizativas más democráticas, propias de las experiencias territoriales, que fueron no solo adaptando sus prácticas a las necesidades sentidas de la población, sino que también ampliaron su población destinataria, incluyendo más personas a las cuales asistir y nuevas problemáticas de las cuales hacerse cargo. En contraposición a esto, vemos que a nivel institucional de organizaciones del sector salud o educativo, las reorganizaciones y modificaciones en las lógicas, funciones y equipos de trabajo, tuvieron un formato predominantemente vertical, con menos posibilidad de participación de los agentes pertenecientes a esos sectores. Respecto a las prácticas institucionales es que, si bien el trabajo entre diferentes instituciones y sectores fue vivenciado como un facilitador para sostener las prácticas de cuidados, emergieron conflictos que obstaculizaron estas sinergias. En general estas tensiones surgieron por problemáticas estructurales tales como las jerarquías e inequidades en la consideración de los/las actores o prácticas injustas legitimadas subjetiva y objetivamente. En este punto, pudimos identificar que la participación social es un factor que promueve la salud mental de las poblaciones, posicionando a las personas como protagonistas y no como objeto de decisiones ajenas. La horizontalidad de los vínculos y los formatos más democráticos han posibilitado mayores adecuaciones en función de las necesidades de los colectivos con los que se trabajan, sumando además un clima de trabajo más contenedor.

Dentro de los aspectos que consideramos importante destacar, se encuentra la dimensión de la comunicación comunitaria. Si bien entendemos que hubo un intento de unificar una vía de comunicación formal desde el Ministerio de Salud, el exceso de información y el

uso político de esta por parte los medios de comunicación masiva, contrastó con los canales alternativos comunitarios, desarrollados en los espacios de intercambios microsociales. Formas alternativas de comunicación comunitaria fueron un vehículo no solo para transmitir estrategias de cuidado sino también para el acceso a ciertos recursos. Esta dimensión comunicacional se pone en relación con la importancia que tuvo el acceso a dispositivos electrónicos y a internet, el cual fue muy desigual, acrecentando ciertas brechas de accesibilidad existentes previamente. Esto resultó particularmente problemático en términos de la virtualización de la educación. Si bien hubo políticas que promovieron medios alternativos al formato virtual, la preeminencia de este generó obstáculos en el acceso al derecho a la educación en muchos grupos poblacionales, con el agravante de que la función de las instituciones educativas para estos colectivos es mucho más amplia. La limitación al acceso a estos espacios redundó en un viraje de la educación al ámbito doméstico. Esto produjo una mayor sobrecarga laboral en relación con las tareas de cuidado, que están altamente feminizadas, y que resultaron en mayor carga de trabajo no remunerado y sobrecarga laboral en mujeres al multiplicarse las actividades y tareas concentradas en los ámbitos domésticos, comunitarios e institucionales. Llama la atención en este punto el protagonismo de las mujeres en tareas de cuidado, tanto las reconocidas como trabajo (por ejemplo, al interior del sistema sanitario), como aquellas invisibilizadas como tal. Esto último se acrecentó tanto en los ámbitos domésticos como en los comunitarios, ya que gran parte de las experiencias mapeadas y sistematizadas fueron desarrolladas por mujeres, que se responsabilizaron por el cuidado colectivo al interior de sus barrios.

## Conclusiones

### *Principales conclusiones*

La presente investigación puso en diálogo las dimensiones macro y micropolíticas involucradas en el interjuego del diseño, implementación y evaluación de las políticas públicas que repercuten en el campo de la salud, con particular interés en aquellas relacionadas con el cuidado a la salud / salud mental. Específicamente, trabajamos sobre todas las medidas de gobierno, a nivel nacional, provincial (de Chubut, Río Negro, Buenos Aires y Santa Fe) y municipal, relacionadas con la prevención y la gestión de la pandemia causada por el COVID-19, en diálogo con las tensiones y desafíos propios de su implementación en contextos territoriales heterogéneos. Esta propuesta estuvo fundamentada en una perspectiva de la determinación social de la salud y una conceptualización del cuidado como un derecho, entendiendo entonces como prácticas y experiencias de cuidado aquellas destinadas a sostener y ampliar derechos.

En el proceso de trabajo en los contextos territoriales concretos, quedaron en evidencia las complejidades asociadas a la implementación de medidas de gobierno genéricas, frente a escenarios tan diversos como los existentes en nuestro país. La situación de pandemia impactó en un contexto social y económico producto de cuatro años de un gobierno (2015-2019) que generó un achicamiento del Estado y un retiro de los equipos técnicos que funcionaban como articuladores territoriales. Estas vacancias fueron suplidas por un crecimiento de las organizaciones territoriales que generaron un entramado vincular que incluía múltiples articulaciones (institucionales, sociales, comunitarias, etcétera). Este se reactivó y reorganizó desde el inicio de la pandemia, profundizando ágil, creativa y efectivamente la capacidad de dar respuesta a necesidades básicas para la sostenibilidad de la vida de manera situada, capitalizando el conocimiento existente en relación con sus propias comunidades.

Se identificó, asimismo, en los procesos de participación social, una dimensión fundamental para promover la mejora y mantenimiento de la salud mental de las poblaciones, entendiendo que es condición necesaria para posicionar a las personas como protagonistas y parte activa en la toma de decisiones que impactan en sus trayectorias vitales, en contraposición a un posicionamiento de objeto de decisiones y normativas externas e inconsultas. La horizontalidad de los vínculos y los formatos más democráticos han posibilitado mayores y mejores adecuaciones en función de las necesidades de los colectivos con los que se trabajan. A ello se suma un clima de trabajo más contenedor y alternativas situadas a las formas de afrontar los desafíos del sostén cotidiano de la vida, en medio de la incertidumbre de los contextos de pandemia.

Entre los puntos en común ubicados en la mayoría de las experiencias sistematizadas, observamos el rol de referentes institucionales o territoriales, que se presentan como mediadores para la efectivización de derechos o el acceso a los beneficios que pueden proveer las políticas públicas. En este sentido, comprendemos a las personas mediadoras como aquellas que detentan una posición social con la posibilidad de accesos, con capital social y simbólico puesto en función de la garantía de derechos. De este modo, referentes de comedores comunitarios, organizaciones barriales, de movimientos sociales, agentes del sistema formal de salud, de los sistemas de protección de derechos y de la política estatal realizan articulaciones necesarias, gestionan recursos materiales y simbólicos para la efectivización de derechos. Estas personas son, en general, mujeres trabajadoras precarizadas o del mercado informalizado, que están cercanas a la cotidianidad de las personas en condiciones de vulnerabilidad, se posicionan como actrices centrales y legitimadas por la propia comunidad en la gestión efectiva de la política pública.

Se destaca el protagonismo de las mujeres en tareas de cuidado, tanto las reconocidas como trabajo (por ejemplo, al interior del sistema sanitario), como aquellas invisibilizadas como tal. Esto último se acrecentó tanto en los ámbitos domésticos como en los comunitarios,

ya que gran parte de las experiencias mapeadas y sistematizadas fueron desarrolladas por mujeres que se responsabilizan por el cuidado colectivo al interior de sus barrios o lugares de trabajo, muchas veces sin el reconocimiento social y menos económico por la sobrecarga de trabajo.

Como aspecto novedoso, la pandemia posibilitó en algunas experiencias territoriales facilitar el desarrollo de estrategias de articulación intersectoriales e interinstitucionales que en momento prepandémico habitualmente eran postergadas o desestimadas, que habilitaron el trabajo interdisciplinario, territorial y colectivo en función de efectivizar derechos. Todos estos aspectos implican aprendizajes que no debiéramos perder de vista en las decisiones futuras sobre la implementación de las políticas públicas.

***Aportes a las políticas públicas con relación a la pandemia y la pospandemia del COVID-19. Cinco recomendaciones y líneas de investigación que abre el estudio a futuro***

La pandemia puede erigirse como oportunidad para la consolidación de un nuevo tipo de articulación entre Estado y comunidad/es, dado que su gestión visibilizó no solo problemáticas estructurales en sí, sino emergentes excepcionales. A continuación, listamos algunas transversalidades pasibles de incorporar al diseño de políticas públicas:

- Revisar los mecanismos de implementación y materialización de las medidas de gobierno en relación con la articulación entre los distintos niveles (nacional, provincial y municipal) y diseñar y ejecutar modos de operativización intersectoriales. Diagramar y normativizar esta agilización operativa y volverla estructural. Sugerimos el desarrollo de capacitaciones específicas obligatorias, junto al incentivo para la presentación de programas y planes que incluyan

dichos componentes intersectorialmente y enmarcados en el plexo normativo de derechos.

- Promover estrategias de participación social y planificación estratégica en la elaboración de las políticas, aún en contexto de emergencia, para facilitar la adaptación a las necesidades específicas y particularidades de los territorios. Valorizar las estrategias de autocuidado de la población, el conocimiento de las comunidades sobre la singularidad de los territorios y las redes preexistentes de acompañamiento y cuidado. Incorporar la participación de las organizaciones en el desarrollo de políticas integrales de garantía de derechos mediante espacios de consulta y participación permanentes e institucionalizados (por ejemplo, a través de mesas participativas con Estado veedor, evaluador y garante de recursos)
- Frente a la feminización de los espacios de cuidado, recomendamos una reestructuración del régimen de cuidados basado en la jerarquización de dichas acciones (lugares de poder y toma de decisiones) y en políticas compensatorias frente a las desigualdades socioeconómicas y de género.
- Incluir la accesibilidad a recursos tecnológicos e internet como recursos esenciales necesarios para contrarrestar las brechas digitales. Resulta necesaria la ampliación y modernización de recursos tecnológicos que permitan modalidades de contacto y acompañamiento remotas desde los efectores públicos.
- Sugerimos una legitimación de referentes territoriales y una formalización de instancias intermedias. Es importante la formalización de su tarea como también de los espacios comunitarios de contención, acompañamiento, asesoramiento y mediación entre los vecinos y el Estado. Esto se puede fortalecer con espacios de capacitación sobre derechos para la

construcción de medidas territoriales situadas resultantes de diagnósticos interactoriales.

Entendemos que la pandemia indefectiblemente requirió de acciones propias del modelo biomédico hegemónico y de la “biopolítica”, pero también desnudó que esta concepción atraviesa integralmente lo sanitario y que urge fortalecer en las políticas públicas la promoción de la salud integral, la multidimensionalidad, el reconocimiento de la determinación social de la salud, el enfoque de derechos y la perspectiva de género. Surge como imperioso fortalecer el trabajo en los territorios desde el modelo de Salud Mental Comunitaria, articulado con la estrategia de Atención Primaria de la Salud como una política de desarrollo que trasciende al sector. Mediante ciclos de capacitación cabría revisar las prácticas concretas de los equipos, fomentar la interdisciplina, el trabajo territorial y la articulación con las redes y recursos comunitarios existentes con herramientas y prácticas concretas y situadas. Como dijimos, en salud mental la mayor complejidad está en los territorios, por lo que recomendamos espacios de trabajo participativos e intersectoriales, como práctica sustancial sistemática para las tareas de cuidado en general, y para salud / salud mental en particular.

#### *Para la implementación de políticas*

Asegurar desde todos los niveles del Estado que las medidas tomadas lleguen efectivamente a sus destinatarios en tiempo y forma, dado que lo contrario genera malestar, enojo y sensación de descuido y abandono del Estado.

Promover la integralidad y reconocimiento de la determinación social de la salud, incluyendo el enfoque de derechos y componentes de salud integral / salud mental en todas las políticas públicas e integrando las políticas a nivel territorial con participación de todos los ministerios y áreas en los diferentes niveles del Estado. Incluir capacitaciones específicas obligatorias e incentivar en la presentación de programas y planes la inclusión de dichos

componentes intersectorialmente y enmarcados en el marco normativo de derechos.

Generar espacios concretos de participación social en el ciclo de creación, implementación y evaluación de Políticas Públicas aún en contextos de emergencia. En cuanto a las de salud / salud mental, consideramos que para garantizar su efectividad y viabilidad las mismas deben contar con la voz de las comunidades, tanto en la formulación, el desarrollo y la gestión de las mismas, cómo (quizá con mayor relevancia) en la implementación en los territorios, para que su impacto se vea reflejado en la mejora de la vida y el bienestar de las comunidades de las cuales forman parte, atento a las singularidades de cada espacio y reconociendo las redes y actores previamente existentes.

### *Respecto de salud, educación y trabajo*

Fortalecer y promover la capacitación específica, el trabajo y la conformación de equipos de Atención Primaria de Salud en su trabajo territorial, interdisciplinario, articulado e intersectorial con especial atención al trabajo participativo e integrado (en el sistema y la comunidad) y la información cualitativa sobre los determinantes sociales de salud y su articulación fundamental con otros sectores y niveles.

Efectivizar la valoración explícita del esfuerzo de trabajadores (en salud y otros sectores esenciales) durante la pandemia, revisando los padecimientos emergentes y desprecariando las condiciones de trabajo que permitan considerar los avances emergentes durante la pandemia y no volver a viejos procesos o multiplicar formatos inviables o que generan mayor sobrecarga. Materializar ese reconocimiento con decisiones que incluyan entre otros: mejora en condiciones de trabajo (incluyendo las deudas estructurales e históricas que conllevan a la precarización laboral), reconocimiento como trabajadores, incremento remunerativo, capacitación continua, inclusión en el Art. 43 de LES a todas las profesiones de la salud, promover modos de organización del trabajo participativo, horizontal



y democrático en los equipos y redes (dado el impacto como factor protector de salud mental), así como el urgente desarrollo o fortalecimiento en el corto plazo de espacios grupales de acompañamiento para el cuidado de la salud mental, dentro del horario laboral, con el objetivo de propiciar la elaboración colectiva de los malestares. Por último, aumentar equipamiento en salud y universidades con escuelas de Ciencias de la Salud, y los incentivos y remuneración específica a profesionales docentes que investiguen desde las universidades en el campo de la salud (sean de Ciencias sociales o de la Salud).

Incluir en los currículos en la formación académica de futuros profesionales de la salud todos los componentes de los marcos normativos ampliatorios de derechos, dado que siendo leyes nacionales son de cumplimiento obligatorio. Así mismo, reforzar en todas los currículos una perspectiva territorial-comunitaria situada y acorde con las necesidades del sistema y de la población, interpelando la lógica meramente asistencial-hospitalaria hegemónica que profundiza una práctica individualizada y alejada de las realidades contextuales. Promover que quienes ejerzan como profesionales del campo de la salud se comprometan con la efectivización del derecho a la salud siendo partícipes activos de su transformación.

### *Sobre las condiciones de vida de las comunidades en contexto de emergencia*

Frente a situaciones epidemiológicas como las causadas por el COVID-19, es importante recuperar y promover estrategias de cuidado desde una perspectiva integral y comunitaria que incorporen el componente de salud mental comunitaria, imprescindible para el afrontamiento, más allá de las perspectivas hegemónicas y normativas sobre el cuidado vinculado a la bioseguridad en relación con el virus.

Recomendamos promover el trabajo intersectorial y la articulación con redes comunitarias, estableciendo lazos de diálogo y trabajo

conjunto para acompañar formas de cuidado, que disminuyan efectivamente las diferentes formas de desigualdad.

Jerarquizar, visibilizar y fomentar el trabajo conjunto con las experiencias de cuidado comunitario y la información con la que cuentan las organizaciones comunitarias para la implementación de políticas integrales atentas a la garantía de derechos.

Se enfatiza la necesidad de promover políticas públicas que incorporen la participación activa de la comunidad en la toma de decisiones en sus procesos SEAC. Se hace necesario el acompañamiento para el desarrollo del bienestar psicosocial de la población y su capacidad de organización y participación en contextos democráticos y de convivencia que permiten potenciar el bien común

Se subraya la importancia de revisar las condiciones de acceso a las políticas públicas elaboradas para afrontar las consecuencias económicas del ASPO, de manera que puedan alcanzar efectivamente a la población que las necesita.

### *Sobre la comunicación*

Se sugiere la incorporación de prácticas comunicacionales con enfoque comunitario y participativo, que aborden como componente lo afectivo e incorporen estrategias de cuidado en espacios de copresencia, en medios sociales, comunitarios y en plataformas digitales, tanto para las personas trabajadoras como para la comunidad. Promover la información no solo de medidas adoptadas, sino de formas de acceso y exigibilidad de los derechos garantizados por ellas, incluyendo las redes de comunicación formal e informal, nacionales y locales. En contextos de crisis o emergencia se debe priorizar la presencia efectiva en territorio de los referentes institucionales que garantizan la articulación entre las políticas públicas y la población, y la escucha atenta de los problemas emergentes y contribuciones para la mejora de los diferentes actores, como parte sustantiva de las redes de los espacios comunitarios. Sugerimos además que el Estado difunda las políticas públicas de manera clara y accesible para que

las comunidades puedan hacer uso de los recursos que están destinados a las problemáticas específicas de los territorios. Es importante que se potencie la comunicación y se garantice el acceso de la información y de las vías de acceso concreto a la efectivización de derechos. Es urgente trabajar sobre una regulación de responsabilidad social de los medios de comunicación.

***Lecciones aprendidas: para seguir construyendo lazos entre las ciencias sociales, las políticas públicas y los territorios, por la dignidad de la vida***

La investigación contribuye a la reflexión sobre el binomio Estado-comunidad, permitiendo trascender posturas dicotómicas y tributar a modelaciones que, propias de una coyuntura excepcional, puedan consolidarse al visibilizar falencias estructurales a la vez que los caminos resolutivos numerosos y creativos. La doble entrada heurístico-metodológica del proyecto –normativa y experiencial–, facilitó una minuciosa examinación de los ya sabidos extensos, dinámicos y complejos tramos entre la génesis y el acto y los múltiples factores intervinientes y, por ende, un diagnóstico ajustado sobre las problemáticas y las potenciales medidas que hay que diagramar. La dimensión de las heterogeneidades propias de estos procesos operativos se vio facilitada además a partir del cruce jurisdiccional-espacial y el interjuego federal-nacional.

El cuidado, en tanto tarea que hace al sostenimiento de la vida, es central en el bienestar humano y sus lógicas responden a diferentes patrones socioculturales. La provisión de cuidados subjetiva e intersubjetiva, formal e informal, incluye diversas dimensiones imbricadas como la afectiva, biológica, ecológica, material, económica y cultural. En dichos procesos participan las personas, familias, instituciones, comunidades, y el mismo Estado en sus diferentes niveles. La provisión de cuidados durante la pandemia visibilizó con fuerza que el Estado, en tanto garante de derechos, evidencia su posicionamiento ético-político a través de las medidas de gobierno. Esto requiere de su decisión y rectoría en articulación con los múltiples

actores involucrados, tanto públicos como privados y de las organizaciones sociales, en los procesos de cuidado y bienestar social de la comunidad toda, así como con quienes proveen cuidados, garantizando los derechos humanos básicos y el acceso universal, integral y equitativo a los mismos.

Las formas en las que se plasman las prácticas de cuidado son diversas, desde las más formalizadas a las menos formalizadas, y articulan actores de diferentes sectores y sistemas (como salud, educación, justicia, desarrollo), organizaciones sociales, organizaciones no gubernamentales [ONG], movimientos y diversas formas de organización comunitaria. La pandemia volvió a visibilizar con mayor crudeza que en dichas prácticas se reproducen situaciones de vulnerabilidad social, lógicas de discriminación, sobrecarga sexo-généricas y precarización laboral. Además, se evidenció que, aunque sostengan el cuidado territorial, muchas veces estas tareas son invisibilizadas y naturalizadas, así como el lugar privilegiado de modelización de los medios de comunicación. Si bien se han compartido algunas recomendaciones emergentes del proyecto, consideramos necesario seguir profundizando las dimensiones involucradas en el mismo, desde el Estado y en los diferentes territorios, para coconstruir herramientas situadas que aporten a la toma de decisión, implementación y efectivización de las políticas públicas ampliatorias de derechos y sostengan la pluralidad, visibilidad y diversidad de dimensiones de los cuidados, contribuyendo a una vida digna para todos y todas.

## Bibliografía

Abrahão, A. L. y Merhy, E. E. (2014). Formação em saúde e micro-política: sobre conceitos-ferramentas na prática de ensinar. *Interface - Comunicação, saúde, educação*, 18 (49), 313-324.

Aminahuel, A. (2021). Política, federalismo y descentralización: Claves para el análisis de las políticas de pandemia en Argentina. *Perspectivas*, 10 (1), 360-378.

Azerrat, J. M. I.; Fratto, M. C.; Fantozzi, A. G. (2020). ¿Gobernar es cuidar? Los estilos de gestión de la Pandemia en América del Sur: los casos de Argentina, Brasil y Uruguay. *Trabajo y Sociedad*, 36 (12), 145-173.

Baeza, B.; Barria Oyarzo, C. y Espiro, M. L. (2020). Grupos migrantes en Chubut. Trabajo, exclusiones y dificultades en tiempos de cuarentena. *Identidades*, 10 (18), 77-86.

Bang, C. (2020). Salud mental en tiempos de pandemia: recreando estrategias comunitarias en el primer nivel de atención. *Anuario de Investigaciones de la Facultad de Psicología*, 5 (1), 217-232.

Bottinelli, M. M. (2013). *Promoción y educación para la salud en el marco de las políticas nacionales de salud mental. Tensiones y desafíos en la delimitación y evaluación del campo de la promoción y educación para la salud mental en Argentina*. Director E. Galende [Tesis de Doctorado en Salud Mental Comunitaria]. UNLA. Red Maristan.

Bottinelli, M. M. et al. (2020a). *COVID-19, Salud y protección social: aportes desde las prácticas de cuidado territoriales para el fortalecimiento de políticas integrales de salud mental comunitaria en los nuevos escenarios pospandemia*. Proyecto presentado en la convocatoria Convocatoria PISAC-COVID-19. La sociedad argentina en la pospandemia, 2020.

Bottinelli, M. M.; Nabergoi, M.; Vila, P. et al. (2020b). Potencialidades y necesidades formativas en salud mental comunitaria desde la perspectiva de profesionales, usuarios y referentes/gestores del campo de la salud mental. El caso particular de la formación de los profesionales de Psicopedagogía. En *Actas del Primer Congreso Internacional de Ciencias Humanas. "Humanidades entre pasado y futuro"*. San Martín: LICH-UNSaM.

Bottinelli, M. M.; Garzón, A. C. y Nabergoi, M. (2022). *Tramas en la formación de profesionales en salud. Investigaciones y experiencias a diez años de la Ley Nacional de Salud Mental*. Buenos Aires: Teseo.

Breilh, J. (2003). *Epidemiología crítica: ciencia emancipadora e interculturalidad*. Buenos Aires: Lugar Editorial.

Breilh, J. (2013). La determinación social de la salud como herramienta de transformación hacia una nueva salud pública (salud colectiva). *Revista Facultad Nacional de Salud Pública*, 31 (1). [Ponencia presentada en VIII Seminario Internacional de Salud Pública, Saberes en Epidemiología en el Siglo XXI. Universidad Nacional de Colombia].

Cabral, P. O. (2020). La responsabilidad del estado frente a las políticas públicas del Gobierno argentino ante la pandemia del COVID-19. *Ollis Salus Populi Suprema Lex Esto*, 754-845.

Carballeda, A. (2015). Territorio como relato. Una aproximación conceptual. *Margen: Revista de Trabajo Social y Ciencias Sociales*, (76). <https://www.margen.org/suscri/numero76.html>

Chardon, M. C. (2011). En busca de nuevas categorías para pensar en salud. El cuidado y sus transformaciones. En M. Blasco, C. Chardon, M. Dakesian et al. (comps.), *Material de trabajo "Salud pública, prácticas integrales de cuidado y su construcción social": curso de posgrado y seminario intensivo: noviembre-diciembre 2010*. 1.<sup>a</sup>

ed. Bernal: Universidad Nacional de Quilmes / UBA / Residencia Interdisciplinaria en Educación para la Salud.

Dangelo, C.; Córdoba, J.; Aguirre, S.; Roggia, C.; Arsaut, C.; Fontao, M.; Ordoñez, M. A.; Avedikian, V.; Zacarías, T. M.; Cardoso, A. (2020). Estudio sobre percepción del impacto del aislamiento social en psicólogos de Córdoba-Argentina. *Anuario de Investigaciones de la Facultad de Psicología*, 5 (2), 269-300.

De la Aldea, E. (2019). *Los cuidados en tiempos de descuido*. Santiago de Chile: LOM Ediciones.

De Souza Minayo, M. C. (1997). *El desafío del conocimiento. Investigación cualitativa en Salud*. Buenos Aires: Lugar Editorial.

Diez Tetamanti, J. M.; Freytes Frey, M. I. y equipo ampliado. (2021). *Covid-19 en Chubut: Salud mental en personas trabajadoras de servicios esenciales y población en situación de vulnerabilidad psicosocial*. Rawson: Ed. UDC.

Dussel, E. (2007). *Materiales para una política de la liberación*. Madrid: Plaza y Valdés.

Heim, D.; Barcos, M. M.; Custet Llambí, M. R.; Lambrecht, M. P.; Hermosa, C. M.; Costanzo, A.; Paz, M. J. y Aguirre, G. (2020). *Las medidas de protección de mujeres y población LGTTBI en situación de violencia de género durante el aislamiento social preventivo y obligatorio*. Viedma: UNRN.

Johnson, M. C.; Saletti-Cuesta, L. y Tumas, N. (2020). Emociones, preocupaciones y reflexiones frente a la pandemia del COVID-19 en Argentina. *Ciência & Saúde Coletiva*, 25, 2447-2456.

Lenta, M. M.; Longo, R. G.; Zaldúa, G. y Veloso, V. (2020). La salud de las trabajadoras de la salud en contexto de pandemia. *Anuario de Investigaciones*, XXVII, 147-154.

Lenta, M. M.; Zaldúa, G.; Longo, R. (2020). *Territorios de precarización, feminismos y políticas del cuidado*. Buenos Aires: Teseo.

Lodieu, M. T.; Longo, R.; Nabergoi, M. y Sopransi, M. B. (2012). Conceptualización de la Salud Mental y la Salud Mental Comunitaria. *Fundamentos de la Salud Mental y Estrategias Comunitarias. Curso Salud Mental Comunitaria*. UNLa-Chubut / UNla- Buenos Aires.

López, N.; Chávez, L. P.; Salvetti, M. A.; Ré, A. C.; Scorza, D. R.; Iruete, P. y Tumas, P. (2020). Cuidando a quienes cuidan, experiencias del servicio de contención virtual en tiempos de pandemia COVID19. *Anuario de Investigaciones UNC*, 5 (2), 143-153.

Malpeli, A. (2020). Los primeros dos mil días de vida: intervenciones para producir evidencias para la toma de decisiones fundamentadas que permitan optimizar el desarrollo humano en nuestro medio. *Encuentro de Centros CIC*. [Publicación digital]. <https://digital.cic.gba.gov.ar/handle/11746/10781>

Merhy, E. E.; Camargo, L.; Feuerwerker, M. y Burg Ceccim, R. (2006). Educación Permanente en Salud: una Estrategia para Intervenir en la Micropolítica del Trabajo en Salud. *Salud Colectiva*, 2 (2), 147-160.

Merhy, E. E. (2006) *Salud: cartografía del trabajo vivo*. Buenos Aires. Lugar Editorial.

Ministerio de Justicia y Derechos Humanos de la Nación Argentina (2020). *Medidas del Estado argentino para la protección de los Derechos Humanos durante la pandemia del Covid-19 Las respuestas frente a las recomendaciones de los organismos internacionales y regionales de Derechos Humanos*. Secretaría de derechos humanos, Presidencia de la Nación. Buenos Aires. <https://www.ohchr.org/sites/default/files/Documents/HRBodies/SP/COVID/States/Argentina1.pdf>



Nabergoi, M. (2013). *El proceso de transformación de la atención psiquiátrica hacia el enfoque de cuidados en salud mental en Argentina. Participación de Terapia Ocupacional en la construcción del campo de la salud mental en la Ciudad de Buenos Aires (1957-1976)*. [Tesis de Doctorado], Universidad Nacional de Lanús.

Neirotti, N. (2016). Políticas sociales: Múltiples actores, múltiples manos. *Revista Estado y Políticas Públicas*, 6 (IV), 39-58. Buenos Aires: FLACSO. [https://www.flacso.org.ar/wp-content/uploads/2016/06/1464676554\\_39-58.pdf](https://www.flacso.org.ar/wp-content/uploads/2016/06/1464676554_39-58.pdf)

Neirotti, N. (2021). *Turbulencia y toma de decisiones. Algunos ejemplos en tiempos de pandemia*. Benemérita Universidad Autónoma de Puebla. [http://www.rniu.buap.mx/infoRNIU/may21/3/papeles-de-coyuntura\\_17may21.pdf](http://www.rniu.buap.mx/infoRNIU/may21/3/papeles-de-coyuntura_17may21.pdf)

Organización Panamericana de la Salud [OPS] (2020). *Orientaciones para la aplicación de medidas de salud pública no farmacológicas en grupos de población en situación de vulnerabilidad en el contexto de la COVID-19*. Washington D. C.: OPS.

Palma, Z.; Blanes, P.; Domínguez, P. y Buriyovich, J. (2020). Puntos de vista situados sobre la salud de las mujeres y cuerpos feminizados. *Ciclo Situadxs*.

Pautassi, L. (2021). El trabajo de cuidado no remunerado en Salud en el contexto de América Latina. La centralidad durante la crisis de COVID-19. *Estudios Sociales del Estado*. 7 (13), 82-118.

Programa solidario de abordaje remoto de la salud mental (PSARSM) (2020). Operar es vincular. *Questión*; Incidentes III. Parte I: Prácticas. [http://sedici.unlp.edu.ar/bitstream/handle/10915/103257/Documento\\_completo.pdf-PDFA.pdf?sequence=1&isAllowed=y](http://sedici.unlp.edu.ar/bitstream/handle/10915/103257/Documento_completo.pdf-PDFA.pdf?sequence=1&isAllowed=y)

Rodríguez Enríquez, C. y Marzonetto, G. L. (2015). Organización social del cuidado y desigualdad: el déficit de políticas públicas de cuidado en Argentina. *Revista Perspectivas de Políticas Públicas*, año 4 (8), 103-134.

Sabatella, M. E. (2021). La salud de los pueblos indígenas entre el hacer vivir y el dejar vivir: reflexiones desde la pandemia de COVID-19. *Cuadernos Filosóficos*, 18, 2-26.

Samaja, J. (2005). *Epistemología y metodología: Elementos para una teoría de la investigación científica*. Buenos Aires: EUDEBA.

Túlio Batista, F. y Merhy, E. E. (2011). El reconocimiento de la producción subjetiva del cuidado. *Salud Colectiva*, 7, 9-20.

Tuñón, I. (2021). Efectos del aislamiento social preventivo y obligatorio por COVID-19 en la seguridad alimentaria de las infancias. *Revista de Salud Pública*, 25 (1), 95-106.

Ulloa, F. (2005). Cuando fracasa la ternura. *Anales de la Educación Común*, 1 (1-2), 124-125.

Zaldúa, G.; Bottinelli, M. M. y Lenta, M. M. (2022). *Salud mental comunitaria y pandemia. Diálogo desde los territorios*. Buenos Aires: Teseo.