

# Prólogo

*Mario Pecheny*

■ Doi: 10.54871/cl23p30a

La pandemia de COVID-19 ha sido, y sigue siendo, un fenómeno social global. Involucra a todo el planeta, a cada uno de los países, a toda la población, a cada uno de los individuos. La pandemia es un fenómeno social global desencadenado por una cuestión de salud y con impacto concreto en la salud colectiva y potencialmente concreto en la salud propia, la nuestra individual y la de los seres que queremos, con quienes trabajamos, estudiamos, convivimos e interactuamos cotidianamente. Interacción cara a cara, cuerpo a cuerpo, teléfono a teléfono, pantalla a pantalla.

Como señalara Amartya Sen (2002) en su discurso de 2001 “¿Por qué equidad en salud?”, “la enfermedad y la salud deben tener un lugar destacado en cualquier discusión sobre la equidad y la justicia social” (Sen, 2002, p. 302). Copio un par de párrafos extensos:

[...] la salud es una de las condiciones más importantes de la vida humana y un componente fundamental de las posibilidades humanas que tenemos motivos para valorar. Ninguna concepción de la justicia social que acepte la necesidad de una distribución equitativa y de una formación eficiente de las posibilidades humanas puede ignorar el papel de la salud en la vida humana y en las oportunidades de

las personas para alcanzar una vida sana, sin enfermedades y sufrimientos evitables ni mortalidad prematura. La equidad en la realización y distribución de la salud queda así incorporada y formando parte integral de un concepto más amplio de la justicia. Lo que es particularmente grave como injusticia es que algunos pueden no tener la oportunidad de alcanzar una buena salud debido a acuerdos sociales y no, digamos, a una decisión personal de no preocuparse particularmente por su salud. En este sentido, una enfermedad que no es prevenida ni tratada por motivos sociales (digamos por la pobreza o por la fuerza aplastante de una epidemia), y no por una elección personal (como el tabaquismo y otros comportamientos de riesgo de los adultos), tiene una repercusión particularmente negativa en la justicia social. Esto requiere una distinción adicional entre el logro de la salud y la posibilidad de alcanzar una buena salud, que se puede ejercer o no. Esta distinción es importante en algunos casos, pero en la mayoría de las situaciones el logro de la salud tiende a ser una buena guía de las posibilidades subyacentes, dado que tendemos a darle prioridad a la buena salud cuando realmente tenemos la oportunidad de elegir. (Sen, 2002, p. 303)

En síntesis, y en otras palabras, la salud es condición de posibilidad para el ejercicio equitativo del derecho a tener derechos, y las condiciones para tener una vida saludable y para enfrentar aquellos desafíos y riesgos para la propia salud no están equitativamente distribuidas. Y, como puntualiza Sen, la desigualdad en salud a menudo resulta de condiciones sociales, políticas, históricas, es decir resulta de decisiones políticas, desenlaces de conflictos sociales, disputas ideológicas e intereses económicos en pugna.

La pandemia de COVID-19, como en su momento la del VIH / sida, puede leerse de manera doble: como fenómeno determinado por las desigualdades y como fenómeno revelador de desigualdades. Por un lado, se monta en desigualdades preexistentes, las refuerza y las potencia (no de manera ineluctable). Por otro lado, revela brutalmente tales desigualdades. Si el VIH / sida ha mostrado y revelado marcadores de desigualdad de clase, geopolítica, de género, de

raza, de orientación sexual, de identidad de género, de generación, de estilos de vida, ha mostrado y revelado las ambivalencias y ambigüedades derivadas de la organización de los sistemas de salud y la producción e investigación farmacéutica global y local, si el VIH / sida ha hecho visibles e incluso ha politizado todos estos marcadores y ambivalencias, el COVID-19 también ha contribuido a visibilizar y politizar patrones de desigualdad y características (por decirlo eufemísticamente) problemáticas del sistema de salud y de la industria farmacéutica.

En clave latinoamericana (Paiva et al., 2018), la epidemia de COVID-19 puede ser analizada en relación con una visión económico-política de la vulnerabilidad. La vulnerabilidad, es decir la probabilidad diferencial que tienen individuos y categorías de verse afectados negativamente por algún tipo de daño, tiene dimensiones individuales (es decir, ligadas a bagajes naturales, biológicos, genéticos; ligadas a conocimientos, actitudes, prácticas; ligadas a recursos materiales y simbólicos para cuidarse y cuidar), dimensiones sociales (es decir, ligadas a las relaciones sociales de las que participan las personas, relaciones laborales, familiares, de género, de generación, habitacionales, erótico-afectivas, comunicacionales), y dimensiones programáticas (es decir, aquellas relativas a la producción público-política de condiciones de riesgo y vulnerabilidad, y de producción público-política de recursos para hacer las vida saludables posibles). Ilustraciones rápidas en relación con el COVID-19: la dimensión individual de la vulnerabilidad remite por ejemplo a la edad, la comorbilidad, los conocimientos disponibles y creídos acerca de los modos de contraer el coronavirus o de prevenir el contagio; se trata de características de cada individuo que la o lo vuelven más o menos vulnerable ante la infección y el desarrollo de la enfermedad. La dimensión social remite, por ejemplo, a la posibilidad de contar o no con ingresos económicos y la modalidad del trabajo, el tipo de hábitat, el tipo de conyugalidad; quien cuenta con ingresos suficientes y previsibles tiene mayor capacidad de adherir a políticas de confinamiento, quienes cuentan con un hábitat adecuado; quienes

tienen pareja en casa pueden vivir una vida sexoafectiva sin salir, a diferencia de quienes viven su vida sexoafectiva de manera no doméstica. La dimensión programática tiene que ver con los recursos para hacer posible la adherencia a prácticas de cuidado: eso implica acceso a barbijos y vacunas, a instituciones de salud, pero también acceso a vivienda, a trabajo, a agua potable y alimentos. Una situación que sucedió al inicio de las medidas de aislamiento en un barrio popular de la Ciudad de Buenos Aires lo mostró de manera muy clara: la necesidad de salir a buscar agua y distribuir alimentos expuso de manera diferencial al riesgo de contraer COVID-19, en momentos en que los tratamientos eran todavía muy ineficaces y las vacunas inexistentes. Eso produjo muertes de mujeres pobres (que a su vez venían con “comorbilidades” como la obesidad, que también remiten a vulnerabilidades producidas). En pocas palabras, el Estado, mediante su histórica política de no garantizar acceso a agua y alimentos, su reproducción estructural de vulnerabilidad desigualmente distribuida, produjo (valga la redundancia) una vulnerabilidad mayor y específica a contraer el virus, a desarrollar enfermedad y a morir.

También en clave latinoamericana (Paiva et al., 2018), podemos analizar la epidemia de COVID-19 como una cuestión de ciudadanía. Podemos pensar a los individuos como objetos de intervención o como sujetos de su propia salud: como pacientes pasivos, como consumidores/as, como ciudadanas/os. Todas las discusiones acerca de las tomas de decisiones, la deliberación pública, el carácter autoritativo de las regulaciones, entran en juego a la hora de implementar políticas en materia de salud.

Finalmente, un comentario sobre el papel de la investigación científica, las ciencias sociales, la política y las políticas públicas. El COVID-19, también de manera doble, implicó por un lado un desafío para los modos y los tiempos de la relación entre investigación y política pública, y por otro lado reveló los problemas de tales modos y tiempos. Esquemáticamente, la política y las políticas públicas tienen su propio lenguaje (más cercano al ordinario) y su *timing* (semanas, meses) mientras que la investigación tiene su propio lenguaje

(más cercano a la jerga con ropajes de experta) y su *timing* (años, décadas). El COVID-19 mostró por un lado la imperiosa necesidad de traducir y comunicar entre lenguajes, como la aceleración del tiempo (de semanas y meses, a días y horas).

Lo que sigue muestra cómo se pudo responder a algunos desafíos planteados por la pandemia de COVID-19, y las respuestas a la misma, desde las ciencias sociales argentinas. Desafíos que, como quise esbozar en el primer par de páginas, remiten a condiciones estructurales, procesos históricos, dimensiones individuales-sociales-y-programáticas, ciudadanía desiguales, lenguajes y temporalidades a veces incompatibles. Y aclaro: desde las ciencias sociales argentinas practicadas por investigadoras e investigadores de varias generaciones y en todo el territorio del país, e integradas a través de una red institucional de universidades en general públicas y de un sistema público de ciencia y técnica (Kessler et al., 2020). La existencia de una red de investigación en ciencias sociales, sostenida públicamente, permitió que se lleven a cabo estudios en territorio, con muchas y plurales voces, en todo el territorio argentino.

Como se verá en cada uno de los capítulos de esta sección y del conjunto del libro, los desafíos epistemológicos y metodológicos derivados de una restricción práctica, a saber, la imposibilidad de los contactos y entrevistas presenciales y de los traslados de investigadoras/es fueron sorteados mediante herramientas virtuales y buena predisposición de todo el mundo, de las personas que forman parte de los equipos de investigación y de las personas cuyas experiencias, historias y puntos de vista se pretende sistematizar y examinar.

El capítulo escrito por Karina Ramacciotti, fruto del trabajo del equipo coordinado por ella, describe y analiza “La enfermería y los cuidados sanitarios profesionales durante la pandemia de la COVID-19”. La pandemia visibilizó, como si hiciera falta —pero se ve que sí hace falta—, el papel clave que cumplen las trabajadoras y los trabajadores en enfermería como una de las primeras y fundamentales primeras líneas de una política integral de salud. Asimismo, la investigación muestra en qué medida es importante abordar,

sociológicamente y sanitariamente, las perspectivas subjetivas, profesionales y personales, individuales y colectivas, de quienes integran este sector. El equipo de investigación aborda la cuestión, para retomar nuestros propios términos, “en clave latinoamericana”, es decir, tomando en cuenta los procesos históricos, no solo los recientes sino también los de larga duración, la génesis y actualidad de un sistema de salud fragmentario, jerárquico, solapado y desarticulado, en el que las condiciones de sobrecarga, precariedad laboral, pluriempleo y bajas remuneraciones se manifiestan de manera aún más preocupante en uno de los eslabones más empobrecidos y feminizados del sistema. De ahí también que una de las conceptualizaciones problematizadas en el capítulo sea la cuestión del cuidado.

Continuando una tradición ya identificable de investigación sobre el sector enfermería en Argentina, Ramacciotti y sus colegas nos muestran tanto las vicisitudes inéditas y puntuales como los problemas estructurales e históricos. Pero también nos muestran la capacidad de respuesta, el compromiso y valor de quienes, en condiciones de adversidad, a menudo de ausencia o incertidumbre acerca del acceso a equipos de protección personal y otros recursos, han cumplido y cumplen un papel imprescindible en la respuesta a la pandemia (y también en respuesta a las respuestas a la pandemia).

No es extraño, dada la evidencia y dado el análisis y el compromiso de unas/os y otras/os, que además de describir, sistematizar y analizar, el equipo de investigación contribuya con propuestas de política pública y con *advocacy* en favor de una normativa que fortalezca al sector profesional de enfermería en nuestro país.

Ianina Tuñón junto a su equipo nos presentan el trabajo titulado “Infancias vulnerables en tiempos de pandemia. Privaciones en el espacio de la alimentación y la salud integral”. El capítulo muestra, concretamente y en sintonía con los demás trabajos, a la vez cómo operan estructuralmente, en su generalidad, procesos sociales y políticos, y cómo se manifiestan en determinadas poblaciones, en su especificidad, dichos procesos. Asimismo, muestra cómo cuestiones que a menudo se presentan como naturales o técnicas (en el sentido

ingenieril del término), por ejemplo, la nutrición, se explican por variables sociales y políticas. Y no solo se explican, sino que podrían modificarse si se interviene en dichas variables sociales y políticas.

Las autoras y autores comienzan señalando que

[...] la seguridad alimentaria en la Argentina constituía un tema de agenda pública y del gobierno ya a inicios de la pandemia por COVID-19. Tanto es así que una de las principales políticas de Estado con que se inicia la gestión del gobierno en diciembre de 2019 es la alimentaria. [...] Asimismo, [...] los indicadores de inseguridad alimentaria representaban una alerta para los gobiernos por su estrecho vínculo con los indicadores de pobreza e indigencia, y su particular y elevada incidencia en la población infantil. [...] No obstante, el advenimiento de la crisis sanitaria profundizó los problemas macroeconómicos y tuvo un fuerte impacto en la situación socioeconómica y ocupacional con sus efectos regresivos en las condiciones de vida de las poblaciones, que se evidenció en un nuevo incremento histórico en los indicadores de pobreza e inseguridad alimentaria.

Y prosigue la introducción:

[...] aun cuando en el marco de la pandemia las infancias no se constituyeron en la población de mayor riesgo, sin embargo, se conjetura que la situación de aislamiento extendida en el tiempo ha producido un incremento de la vulnerabilidad de las infancias en el pleno ejercicio del derecho a la salud. Derecho que supone múltiples aspectos, algunos asociados al sostenimiento de la vida como es el acceso a los alimentos y otros vinculados al desarrollo humano y social. Entre estos últimos, se destacan los efectos sobre la salud física (mayor sobrepeso, trastornos del sistema inmune, etcétera), pero también sobre la psicológica (ansiedad, depresión, alteración del estado de ánimo, etcétera) e intelectual (falta de atención, trastornos del sueño, etcétera) [...] de niñas, niños y adolescentes.

El trabajo muestra que la conjetura acerca del impacto negativo y múltiple del COVID-19 y sobre todo de las medidas de aislamiento en respuesta al mismo en la salud de las infancias se reveló verdadera.

Y, por así decir, cada vez más verdadera. Los datos y evidencias que produjo el proyecto de Tuñón et al. contribuyeron y podrían seguir contribuyendo al relevamiento de problemas, al diseño, monitoreo y evaluación de políticas sanitarias que sean integrales, es decir, al menos, que incluyan la dimensión estructural del acceso a la alimentación, a la salud integral, y a todos los sujetos de todas las generaciones, incluyendo a las generaciones más jóvenes.

El capítulo “Estrategias de cuidado en contextos de pobreza urbana y rural en la Argentina durante la pandemia y pospandemia COVID-19” se focaliza en las estrategias de cuidado familiares y comunitarias en siete regiones del país. Problematicando una vez más el tema del cuidado, en clave de economía política feminista, el estudio analiza las relaciones de las familias con otros actores que participan en la organización social del cuidado (Estado, Mercado, Comunidad) y en particular el papel de las organizaciones comunitarias que proveen servicios de cuidado.

Como los otros capítulos, con un énfasis más en las comunidades que en el sector salud, el estudio detecta una vez más “la persistencia de una fuerte feminización del cuidado y que, en la pandemia, no se modificó”, evidenciándose “la fuerte desigualdad en la distribución de las tareas y responsabilidades de cuidado en estos sectores que viven en condiciones de pobreza”, tanto en áreas urbanas como rurales, con sus especificidades. Por otra parte, también “en clave latinoamericana”, el trabajo muestra extensamente que las chances que tienen las comunidades y las organizaciones sociales de base para actuar, resolver problemas e incluso para intervenir políticamente, no son escindibles del papel normativo, articulador y financiador del Estado en sus distintos niveles.

El capítulo identifica problemas y sugiere posibles vías de intervención. Y también, por así decir, sistematiza carencias y vehiculiza denuncias, denuncias “pandémicas” de problemas endémicos.

Marcela Bottinelli y el equipo coordinado por ella (para la redacción del texto: Carlos Barria Oyarzo, María Marcela Bottinelli, Romina Casali, Luz Mary Castaño, Marcela Inés Freytes Frey, Cecilia



Garzón, Guadalupe Granja) presentan el capítulo titulado “Políticas sociales y territorios: tensiones, aprendizajes y desafíos”, cuyo eje central es el impacto en la salud mental del COVID-19 y de las medidas sanitarias que han sido adoptadas, también en clave de perspectiva integral de cuidados, de género y de derechos humanos.

La perspectiva adoptada se preocupa por la salud, la enfermedad, la atención y los cuidados como un fenómeno global cuyas dimensiones no pueden ser analizadas separadamente, sino siempre en relación y como formando un fenómeno complejo. Pensar los problemas implica pensarlos en relación con las respuestas, su presencia o su ausencia, sus modalidades, su cobertura. Es en este sentido que el texto afirma que

[...] 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.

El análisis en diversos sectores niveles o escalas (de micro a macro, de macro a micro) y en territorio permitió al equipo autorial presentar conclusiones en el plano del conocimiento, el cual está directamente relacionado con propuestas de políticas multisectoriales y transectoriales también en esos diversos niveles o escalas.

Por último, como expresé en relación con los impactos del COVID-19 en las infancias, aquí también las conclusiones relativas al impacto en la salud mental, como parte de la salud integral y como condición para el ejercicio de derechos, son “cada vez más” verdaderas a medida que vamos registrando los efectos en el mediano y largo plazo de la pandemia en la vida cotidiana de cada persona, cada grupo social y cada comunidad.

El capítulo de Anahí Sy junto a un equipo federal y multidisciplinario de investigadoras e investigadores sobre “Modos de producción de cuidados durante la pandemia por COVID-19 desde las narrativas de las y los trabajadores de la salud pública” podría funcionar como una suerte de síntesis de las preocupaciones teóricas y empíricas del conjunto de los capítulos. Desde una actitud etnográfica, significativa, habla de cuidados, de trabajo, de pandemia, de salud pública y de narrativas. Lo de narrativas es también “en clave latinoamericana” e interseccional. La posibilidad de inscribir las experiencias personales en narrativas colectivas es una condición de la politización de dichas experiencias, es un modo de traducir y por ende comunicar aquello que es vivido como destino individual en una experiencia colectiva que resulta de, y puede transformar, determinadas condiciones sociales estructurales e históricas.

En palabras del equipo autoral:

Este capítulo toma como punto de partida las narrativas de trabajadoras/es de salud de centros y hospitales públicos de diversas regiones de Argentina [...] [con el fin de] recuperar las voces de quienes fueron interpeladas/os como *esenciales* durante la pandemia, para reconocer, en sus experiencias y trayectorias singulares, aquellos puntos de convergencia o nudos críticos que permitan pensar cómo transitar hacia una nueva realidad socio-epidemiológica. Las narrativas de las/os trabajadores habilitan una manera de elaborar las vivencias singulares. Las experiencias narrativizadas son especialmente significativas para comprender a las personas, los vínculos que se establecen entre ellas; sus valores, afectos y desafectos.

Luego de describir y analizar procesos, de sugerir pistas de intervención y de investigación, cabe destacar que el capítulo no se termina con conclusiones seguida de bibliografía. El capítulo finaliza con agradecimientos: “A todas/os las/os trabajadoras de la salud nuestro infinito agradecimiento por participar generosamente de este proyecto, compartiendo sus vivencias durante la pandemia”.

Yo también quiero finalizar mis palabras así: agradeciendo a todas y todos los trabajadores de la investigación en ciencias sociales y humanidades por su compromiso y experticia.

## **Bibliografía**

Kessler, G.; Bermudez, N.; Binstock, G.; Cerrutti, M.; Pecheny, M.; Piovani, J. I.; Wilkis, A.; Becerra, M. (2020). *Relevamiento del impacto social de las medidas del Aislamiento dispuestas por el PEN*. [https://www.conicet.gov.ar/wp-content/uploads/Informe\\_Final\\_Covid-Cs.Sociales-1.pdf](https://www.conicet.gov.ar/wp-content/uploads/Informe_Final_Covid-Cs.Sociales-1.pdf)

Paiva, V.; Ayres, J. R.; Capriati, A. J.; Amuchastegui, A.; Pecheny, M. M. (2018). Prevención, promoción y cuidado: Enfoques de vulnerabilidad y derechos humanos. *Teseo*, 348.

Sen, A. (2002). ¿Por qué equidad en salud? *Rev Panam Salud Publica / Pan Am J Public Health*, 11 (5-6), 2002.