

Foro Bariloche REDASA

“Introducción a la problematización de la salud en Norpatagonia en tiempos de pandemia: preguntas y reflexiones desde la antropología como ¿mediadora elástica? en un diálogo de trayectorias interdisciplinarias”

Somos Alma Tozzini, María Emilia Sabatella y Soledad Pérez, con Alma, antropólogas y Soledad, socióloga. Formamos parte del Proyecto de Investigación radicado en la Universidad Nacional de Río Negro, llamado “La producción del Estado y sus Otros: Alteridad y conflicto en la aplicación de normativas en Norpatagonia”. Nuestra presentación se titula: “Introducción a la problematización de la salud en Norpatagonia en tiempos de pandemia: preguntas y reflexiones desde la antropología como ¿mediadora elástica? en un diálogo de trayectorias interdisciplinarias”

A lo largo de esta exposición vamos a presentar el foro, pero también vamos a hacer un breve recorrido sobre distintas problemáticas que suscitó la pandemia de COVID y que hemos ido monitoreando a lo largo de estos meses. Por supuesto son reflexiones que fuimos compartiendo y que, en ningún caso, se encuentran cerradas. Sin embargo, no por ello queríamos dejar de compartirlas con ustedes en este encuentro que pretendemos dialógico.

En la Universidad de Río Negro, y más específicamente en la localidad de Bariloche de la Sede Andina, se encuentra desde hace 11 años la carrera de Antropología.

Desde hace unos pocos años atrás, y pese a que algunas interactuamos en el ámbito de la salud desde hace tiempo, hemos ido incorporando el tema de salud en nuestras agendas y objetivos de investigación. No todas lo hemos tenido todos estos años entre nuestros temas principales, sin embargo, identificamos que participar de la red y en vinculación en diversos proyectos ha servido para impulsar el interés por la problemática. Aún así, somos pocas las compañeras antropólogas que estamos trabajando en nuestra región, por lo que nuestro trabajo en estos años ha tendido a ser interdisciplinario (trabajamos con sociólogas, médicas-as, psicólogos-as, filósofos-as, trabajadores-as sociales, agentes sanitarios, otros agentes de salud, etc). Este trabajo de reflexión es producto de este trabajo interdisciplinario reflexivo, que incluso refleja conversaciones que hemos venido sosteniendo con estos compañeros a lo largo del tiempo. Por eso también esta jornada presenta expositores que no sólo pertenecen a la antropología, sino que reflejan un poco este trabajo y discusiones interdisciplinarias que venimos manteniendo.

Este trabajo no pretende presentar resultados de investigaciones previas, sino que, como el resto de los trabajos, pretende reflexionar sobre nuestra disciplina y problemáticas vinculadas a la salud que se dieron en el contexto de la pandemia, en un sentido amplio. Sabemos que es un contexto reciente, que seguimos transitando. Consideramos entonces que este es un buen espacio para esbozar unas primeras reflexiones, sin carácter conclusivo. Por el contrario, con el objetivo de abrir preguntas y futuras discusiones.

El sistema de salud en nuestra región tiene ciertas características:

Los Hospitales (Tanto el de Área de El Bolsón, como el zonal de Bariloche) son hospitales de referencia para la atención de diversas localidades (algunas próximas y otras no tan próximas). Las personas viajan a estos centros de referencia para tratamientos de ciertas

enfermedades crónicas y la realización de tratamientos de alta complejidad, así como especialistas médicos-as y otras-os agentes de salud viajan a otras localidades para atender con frecuencia semanal. Las distancias son largas y las rutas para efectuar los traslados no están en las mejores condiciones, así como estos traslados se ven influenciados, cuando no dependen, de factores climáticos. En el caso de la Comarca Andina, si bien se encuentra la frontera entre Río Negro y Chubut, la comunicación y los movimientos son fluidos. En épocas de “normalidad”, el hospital de El Bolsón suele funcionar, con más o menos permeabilidad según el caso y el contexto, como lugar “natural” de atención para algunas personas que viven en Chubut, dado que es de mayor complejidad que los hospitales rurales chubutenses y posee servicios y especialidades con los que no cuentan éstos. La atención de los partos es un ejemplo de esto; y también de los vaivenes contextuales..

El sistema de salud biomédico convive y, en ocasiones, articula y con otras formas de atención de la salud muy variadas, donde intervienen múltiples filosofías tanto locales como foráneas localmente adaptadas; algo que podríamos decir, es característico de la zona en cuestión; especialmente en el Bolsón. Entre esas otras formas de atención de la salud se encuentra la mapuche, el sistema de salud biomédico cuenta con agentes de salud que pertenecen al Pueblo Mapuche, así como hay servicios que trabajan en territorios de Lof. Y para finalizar, estamos dentro de una región de frontera con Chile. ¿Para qué describir este contexto? Porque si bien se instalaron medidas de profilaxis, de prevención, de comunicación y de cuidado de manera generalizada, las mismas, así como la forma en la cual se vive la pandemia adquirió sus particularidades en cada contexto.

En este trabajo, justamente, vamos a retomar algunas particularidades que tuvo así como las problemáticas que generó la pandemia en la región andina de Río Negro y algunas proyecciones hacia sus vecinas localidades chubutenses.

Vayamos a recorrer, entonces, algunos de estos puntos:

Uno de los primeros ejes de discusión que hemos sostenido a lo largo de estos meses estuvo vinculado a la comunicación de los casos de la pandemia a nivel provincial y local. En esta dirección, vemos dos puntos problemáticos. El primero, en la forma en la cual se caracterizaban los casos desde una perspectiva meramente cuantitativa. En segundo lugar, los datos estigmatizadores de cierta población puntualizada como foco de contagio.

Respecto al primer punto, la relación entre la estadística y la salud como medio para cuantificar la dimensión de las enfermedades epidémicas ha sido una constante desde principios del siglo XX. Sin embargo, y más aún en nuestra región, esta ha sido la forma principal para comunicar oficialmente datos sobre la pandemia. Existe y existió una matización del fenómeno que redundaba en diagnósticos reduccionistas (sospechosos, descartados, confirmados, muertes). Estas narrativas de la pandemia parecieran asumir como discursos legítimos a las explicaciones del fenómeno que se basan exclusivamente en la descripción cuantitativa de las variables analizadas, dándole menor importancia a las caracterizaciones y aportes de las ciencias sociales desde un abordaje cualitativo. Los gobiernos provincial y nacional “consumen” al parecer altas dosis de este tipo de datos, que en el vacío y sin claves de lectura, sin conocimiento de la heterogeneidad entre distintos servicios de salud, de las características de las distintas poblaciones, entre otras, quedan desanclados y descontextualizados. No estamos diciendo con esto que no consideremos

importante la cuantificación, sino que las lecturas y la información contextualizadas podrían haber aportado a la comunicación de pautas y medidas de cuidado. Este encuadre dejó los comentarios adicionales, aquellos que no referían a cifras, a lo que nosotras identificamos como un segundo punto, vinculados a la estigmatización de la población que se presumía foco de contagio. Como la antropología entiende que las pautas y las indicaciones, aún cuando se postulan como medidas “universales” para evitar el contagio, no se hacen en el espacio vacío sino en contextos y sobre personas concretas (destinatarias), es necesario pensar que muchas veces circulan discursos que afectan a las personas que están comprometidas en esta situación. Esta profesada universalidad de las dinámicas biológicas no sólo instala diferencialmente las medidas de profilaxis y prevención (como el uso del barbijo, el alcohol en gel, el lavado de manos) en contextos locales, en donde las personas tenemos diferenciales accesos a estos recursos o condiciones de vida distintas (poco espacio o mucho espacio, acceso al agua, trabajo fijo).

[Sole] Por otra parte, esta supuesta “universalidad” en las formas de comunicar medidas retomada en los contextos locales terminó relegándose para canalizar la problemática del contagio atribuyéndole el mismo sólo a algunos grupos de la población (pobladores de barrios vulnerables, etc). Es decir, no sólo impacta el hecho de que la gente vive en condiciones diversas y desiguales, sino que sus prácticas, también diversas, no son leídas o percibidas de la misma manera: ¿Quiénes son las personas “foco de riesgo”? ¿A quienes se adjetiviza como “grupos responsables” o “irresponsables”? En Bariloche durante un tiempo empezó a circular información de que los contagios se estaban dando en los barrios vulnerables, por sus conductas catalogadas como “irresponsables”. Estas recomendaciones y normativas, aún cuando no esté así planificado, se implementan sobre estas representaciones y en algunas situaciones sirven para alimentar o exacerbar estos prejuicios y estigmatizaciones, que afectan la vida cotidiana de la gente, penalizan sus prácticas y posibilidades (o imposibilidades) e influyen también sobre las prácticas de los trabajadores de salud y al sistema médico. Incluso, esto habilitó, en un primer momento, la militarización de algunos barrios de Bariloche, siempre pobres, que tenían casos activos, con el objetivo de evitar que la gente se mueva. Cuidar a la población no es solamente recomendarle que se lave las manos, no tome mate o use tapabocas, el derecho a la salud no solo comprende el acceso a servicios de salud, hospitales, tratamientos o medicamentos, también involucra el acceso a la información oportuna y adecuada y a la participación en todo el proceso de toma de decisiones respecto a la salud que tenga en cuenta las posibilidades y condicionamientos de cada colectivo y, especialmente, la no discriminación.

Otro de los temas centrales que retoma la comunicación y pone en tensión lo local con lo nacional es el problema de las definiciones de las pautas y las etapas de “apertura de actividades” --que se promedia en función de datos estadísticos de números de contagio, cantidad de camas, etc.-- toma como parámetro y referencia al AMBA. Por ejemplo, el número de camas es un número trascendente porque detrás del número de camas hay trabajadores y equipos de atención, mucha conexión entre centros de salud, etc. Sin embargo, en los contextos locales y regionales, vemos que esos números y esa proporción depende de muchos otros factores, tener camas disponibles no garantiza necesariamente la atención debido a que pueden faltar terapeutas, personal de salud suficiente para cubrir las guardias y

los testeos. Ni los equipos, ni la proporción de camas en cada localidad, ni la distancia entre localidades, ni con los centros donde se envían y procesan los testeos son las mismas que en CABA y AMBA. Estos modelos difícilmente sirven para pensar las formas que adquirió la atención de la pandemia y la construcción de las urgencias y los alertas en estos contextos. Tampoco sirven a la hora de generar relatos de la pandemia que reflejen su ocurrencia a nivel local. Los “niveles de saturación” entonces --representación frecuentemente utilizada para entender estos límites del sistema de salud-- no son los mismos, ni se viven de la misma manera, ni implican las mismas variables.

La pandemia se sucedió así entre distintas situaciones de vulnerabilidad: por un lado la de las personas que --como ya mencionamos-- debieron incorporar las medidas de profilaxis en condiciones muy diferenciales y, en muchos casos, con sus derechos no garantizados; por otra parte, la del sistema de salud y sus trabajadores. Dentro de los ámbitos laborales del sistema, la pandemia borró límites que organizaban no sólo el trabajo sino la vida cotidiana de los trabajadores: el horario de trabajo, las tareas asignadas, los roles, los momentos de descanso, las posibilidades de licencias. Cada equipo se reconfiguró en función de la organización de la pandemia, lo que resultó en una vulneración de las condiciones laborales y en equipos saturados. Hoy, como todos los jueves, en Bariloche los-as trabajadores-as del hospital Ramón Carrillo salen a la calle a reclamar por sus condiciones laborales; situación que con más o menos fuerza se replica en otras localidades de la provincia. Como trabajadores-as “esenciales”, aquellos trabajadores-as del sector salud debieron firmar en el aislamiento su propia declaración jurada gestionando su responsabilidad para salir a la calle para concurrir a sus trabajos, borrando las huellas de las responsabilidades institucionales. En la actualidad, la pandemia que borra los límites y las responsabilidades trae a colación situaciones previas que pusieron de relieve las condiciones laborales de los-as trabajadores-as de salud en la provincia. Por ejemplo, un sistema de suplencias prácticamente inexistente que hace crisis en este contexto al recargarse, aún más, la tarea del personal en caso de que alguene compañere se enferme él o alguien de su grupo familiar. Este empeoramiento de las condiciones de trabajo está generando la renuncia de médiqes de distintas especialidades; en ocasiones, como es el caso de algunos especialistas de El Bolsón, únicas en la localidad

Hace apenas algunos años, el ministro de salud provincial comentaba públicamente que las médicas y los médicos no tenían vocación, ni querían encargarse de sus responsabilidades, como las guardias, abriéndose a la incorporación de profesionales migrantes, en este caso venezolanos-as, que -algunes de ellos- llegan en condiciones también precarias a nuestro país. Todes estes trabajadores-as han sido incorporades a lo largo de los años en estas condiciones flexibilizadas, las cuales en la actualidad redundan en nuevas condiciones de flexibilidad en nombre de la “urgencia” de la pandemia y sus incertidumbres.

Esto nos lleva a otro de los ejes de discusión, que retoma el tema de la comunicación y las experiencias previas de atención, que es el hecho de la construcción mediática y política del virus como una novedad absoluta y desde la incertidumbre total. Esto puede ser una realidad, sí, pero si bien este es un virus nuevo, y obviamente eso genera incertidumbre, en Patagonia los equipos de salud tienen experiencia en el trabajo -y la población convivencia- con virus mucho más letales que el Covid, como es el Hantavirus. Esa experiencia, que podría ser puesta como una fortaleza de los equipos de salud y de la construcción de pautas de auto

cuidado de más de dos décadas con la comunidad local y regional, una herramienta para remar en la incertidumbre, no es recuperada ni valorizada. No hemos visto apelar tampoco desde la comunicación local y regional a los conocimientos localmente situados para construir otras formas de transitar la pandemia. La novedad del virus genera incertidumbre, sí, pero si la comunicación se corriera de la exclusividad del conteo de casos, contagios, muertes, etc. hay toda una serie de experiencias de conjunto y comunitarias que podrían ponerse en foco y comunicarse para revalorizar las cosas que sí se saben de la convivencia con un virus letal, las prácticas de cuidado que están instaladas, sobre las que se tiene registro y experiencia como comunidad y como equipo de salud. ¿Podríamos decir que “novedad” mata “experiencia”?

Aún así, vamos a centrarnos en el “virus” como una novedad en tanto y en cuanto las medidas de prevención y profilaxis (ASPO, cierre de fronteras, nuevas normas de profilaxis intrahospitalaria para atención del covid, etc.), pero también la incertidumbre y el aumento de gran proporción de los números de casos, afectaron la forma en la cual venían llevándose a cabo las prácticas de atención previamente a la llegada del virus.

[Alma] Como novedad, el “virus” repercutió sobre las dinámicas de atención. Cuando hicimos la introducción de este trabajo mencionamos que parte del trabajo en salud en la Patagonia implica conocer ciertas dinámicas que le son propias: hospitales que son centros de referencia para algunas especialidades, tratamientos crónicos y de alta complejidad de otras localidades, parajes que forman parte del área de influencia del hospital, centros de atención primaria que refieren a los hospitales. La movilidad es parte del proceso de atención de la salud, especialistas y pacientes se trasladan a otras provincias y localidades para atender y ser atendidos. Esta no es una característica exclusiva de la atención de la salud en la Patagonia, sin embargo, es una condición muy importante que se vio alterada por las pautas del ASPO. Una situación muy particular se dio en el caso del cierre de las fronteras entre provincias, entre localidades e, incluso, en tanto estamos en una zona de fronteras, entre Argentina y Chile. No sólo el sistema biomédico se vio afectado, las prácticas de salud no biomédicas también lo hicieron (como las movilidades que involucran las formas de atención mapuche, las que quedaron interrumpidas por el cierre de fronteras nacionales, o las prácticas locales de atención de la salud en un sentido amplio que implica la conformación de redes de atención con otras lógicas y posibilidades territoriales que no entienden de fronteras administrativas).

En esta dirección, es que entendemos que la pandemia se convirtió en un momento interesante para etnografiar tanto las situaciones regulares, que se visibilizan a través de las movilidades suspendidas, como las situaciones irregulares, las nuevas dinámicas que fueron surgiendo de estas formas de hacer que se plantearon durante la pandemia. La pandemia puso en suspenso ciertas

lógicas de circulación y articulación, a la vez que volvió más materiales y manifiestas a la existencia de las fronteras, sus controles y la división territorial. Frente a la detención de las movibilidades se pudieron reconstruir las redes y los vínculos que se establecían cotidianamente en el marco de la atención de la salud, pero también las lógicas de control que operan de manera ahora renovada y explícita en estas movibilidades sobre los cuerpos que se atienden en los servicios de salud. Finalmente, podemos decir que esas interrupciones en la movilidad física, impulsaron -aún cuando de forma todavía larvaria, producto de las urgencias y los ritmos que la pandemia impuso a todos los trabajadores y especialmente a los de la salud- espacios de reflexión conjunta interprovincial (por ejemplo podemos mencionar el Comité de Bioética del Hospital de Área de El Bolsón que “se amplió” con trabajadores de la salud del hospital rural de El Hoyo y algunos profesionales independientes de Lago Puelo), recuperando al menos en ese acto de reflexión y expresión conjunta vía sus dictámenes, la centralidad y significatividad que para la atención de la salud tenía “La Comarca”.

En esta dirección, y finalmente, la pandemia puso en suspenso normativas en función de las emergencias, como mencionamos hasta el momento, al tiempo que volvió prioritarias otras. Un ejemplo de esto es el aislamiento preventivo y obligatorio como nueva forma de organización de los tiempos y los espacios cotidianos y privados mientras que las medidas de cuidado y de prevención intervinieron nuestra vida diaria, nuestras convivencias y espacialidades, imponiendo lógicas higiénicas y de control para garantizar la salud. El aislamiento, el teletrabajo, la escuela en casa, libraron al azar la garantía de otros derechos. El aislamiento, por ejemplo, entró en contradicción con la prevención de los casos de violencia de género. Las jerarquías de aquello que se considera una emergencia o una urgencia se pusieron de manifiesto. La pandemia nos permitió preguntarnos sobre el ser de la articulación de esas urgencias. Por otra parte, fue un momento clave para repensar los marcos normativos, que son de por sí conflictivos y contradictorios. Lo que generó el covid fue que la garantía de los derechos entren en conflicto en muchos niveles. Si en los últimos años, los derechos de los pacientes se hicieron escuchar en múltiples ámbitos y, con vigor y detenciones, fueron avanzando y visibilizándose con más ímpetu (ILE, violencia obstétrica, atención de personas trans, entre otros), el COVID pudo, aparentemente, poner la lucha por los derechos del personal de salud en una situación de visibilidad similar.

Frente a la falta de límites, a la vulnerabilidad manifiesta, a la necesidad de “sacrificios” reclamados en nombre de la emergencia, los trabajadores y trabajadoras de los equipos de salud tironeados entre el mandato de la “vocación” y la “obligatoriedad” que los vuelve esenciales y disponibles 24 horas los siete días de la semana, nos preguntamos qué sucede con la categoría de “mediadores elásticos” que Soledad -aquí presente- y Serena Perner (2018) han utilizado para caracterizar a la dinámica a partir de la cual les trabajadores de la salud median para acercar o distanciar la garantía del derecho a la salud. En este sentido, los trabajadores de la salud, ya sea como caras amigables o no del Estado, podrían facilitar --o no-- el derecho a la salud de acuerdo a su predisposición o convicciones. Nuestra pregunta es entonces, si la forma en la cual se ven afectadas los trabajadores de la salud a partir de la urgencia y la emergencia constante, los turnos infinitos, la vulneración de sus condiciones de trabajo, incidirán en estas dinámicas que los ponen como sujetos facilitadores del acceso al derecho a la salud, o funcionará para distanciar la relación entre las personas y sus derechos.

Esta definición, de “mediadores elásticos”, que como verán forma parte del título de nuestra ponencia, nos llevó a interrogarnos si la antropología puede funcionar como mediadora entre disciplinas y lecturas para aproximarnos a determinadas problemáticas, tensiones, distancias, nuevas dinámicas, límites porosos, fronteras que materializan su rigidez, vulnerabilidades, que se están dando en este contexto de covid dentro de los sistemas de atención en salud.

Para hacerlo, tratamos de poner en palabras algunas reflexiones que venimos haciendo como antropólogas y científicas sociales que se han acercado a la salud desde distintos espacios, no solamente desde la investigación, sino en la participación de distintos espacios vinculados a la salud (desde trabajos de gestión, trabajo interdisciplinario con equipos de salud, comités de bioética, desarrollo de proyectos de vinculación, articulación con organizaciones vinculadas a la militancia en salud de organizaciones mapuche y desde el trabajo barrial). En la pandemia, algunas preguntas de investigación y metodologías de trabajo se pusieron lógicamente en suspenso, priorizando a otras formas de trabajo que se volvieron urgentes, la escucha se volvió central. Fue una etapa de balance y de reflexión sobre la práctica antropológica, que lejos está de estar cerrada. Pensamos que estas reflexiones y estas nuevas articulaciones de nuestra práctica antropológica son un puntapié para abrir estas jornadas. En nuestro caso, y de allí las invitaciones a los expositores, consideramos que estas jornadas son el reflejo de nuestros diálogos e

interacciones como antropólogas y cientistas sociales en estos espacios de trabajo vinculados al sector salud a través de los cuales se busca garantizar derechos para acceder a aquello que se entiende por salud en toda la amplitud del concepto.

Dejamos, con estas breves reflexiones, inaugurado el Foro Patagónico del Redasa.

1) Invitamos entonces a compartir sus reflexiones en torno a **nuevas dinámicas de atención en el contexto de la ASPO** a Carolina Meyer Colino. Carolina es Becaria del programa Salud Investiga (2020 - 2021) y su trabajo se titula: *“Efectos del ASPO en la atención de la violencia contra la mujer en el Hospital Rural El Hoyo, Chubut. Un análisis desde la experiencia de las usuarias”*.

2) Pablo Ruiz va a ir ahora a otro de los ejes que planteamos en la introducción y que refiere, por un lado -y en esto se toca con la ponencia que escuchamos recién- al cambio en la dinámica de trabajo del Comité de Bioética de El Bolsón; sin embargo, este cambio se vio gestado, en buena medida, por diversos pedidos de auxilio, de justicia, de respeto de derechos del personal de salud en este contexto y el rol que el comité se vio compelido a asumir en consecuencia; diferente a lo previamente y habitualmente requerido. Pablo Ruiz es Miembro externo del comité de bioética del Hospital de área de El Bolsón y docente de la UNRN. Su ponencia se titula: *De las palabras a las voces, recorrido del Comité de Bioética del Hospital de Área de El Bolsón en la pandemia*.

3) Finalmente, presentamos al equipo de investigación de la Universidad Nacional de Río Negro “Cuidados integrales en salud y agencia social comunitaria en Bariloche”, cuyos integrantes son: Ana Domínguez Mon, Kaia Santisteban, Vanesa Cayumán, Valeria Puricelli y Alejo Ahrensburg. En su presentación, titulada: *“Agencia social colectiva en salud: la integralidad en dos barrios populares de Bariloche, Río Negro”*, trabajarán otro de los temas introducidos. Frente a las acciones concretas y las recomendaciones sanitarias dispuestas frente al Covid, los compañeros reconstruyen las acciones de cuidado individuales y colectivas cotidianas llevadas adelante a partir del trabajo barrial en y desde las instituciones locales, en articulación con los centros de atención primaria de la salud. A partir de allí se preguntan ¿Qué elementos recuperamos del análisis de este trabajo de cuidados para repensar lógicas de cuidados integrales de la salud en el período post-COVID-19?