

Artículos centrales

Salud en territorios segregados Apuntes para pensar las políticas desde los aprendizajes que deja la pandemia.

Magdalena Chiara*

Fecha de recepción:	8 de noviembre de 2020
Fecha de aceptación:	13 de noviembre de 2020
Correspondencia a:	Magdalena Chiara
Correo electrónico:	magda.chiara@gmail.com

*. Doctora en Ciencias Sociales. UBA. Investigadora y docente del Instituto del Conurbano de la UNGS. Directora Académica de la Diplomatura. Gestión de las Políticas de Salud en el Territorio.

Resumen:

El trabajo se propone retomar las contribuciones del enfoque territorial para comprender la política sanitaria a la luz de la experiencia de la pandemia del COVID-19 en territorios segregados. Para ello sitúa la reflexión en algunos dispositivos de política pública implementados en el Área Metropolitana de Buenos Aires (AMBA). Está organizado en cuatro apartados: a una presentación del contexto general de la cuestión le sigue una reconstrucción preliminar del recorrido de dos propuestas que se llevaron adelante en el contexto de la pandemia COVID-19 en los "barrios populares": el Programa "El Barrio Cuida al Barrio" (EBCB) y el Dispositivo Estratégico de Testeo para Coronavirus en Territorio de Argentina (DETeCTAr). Otro apartado pone el foco en las propuestas

de reorganización del (pre existente) primer nivel de atención. Posteriormente se presentan algunos conceptos desde los que mirar a las políticas en el territorio. Para finalizar, el trabajo pasa en limpio algunos retos de las políticas de salud en territorios segregados a la luz de los aprendizajes que deja esta experiencia

Palabras clave: Política de salud - Geografía - COVID-19.

Summary

The aim of this paper is to take into account the contributions of the territorial approach to understand health policy in regards to the COVID-19 pandemic experience in segregated territories. To that end, it places the reflection on some public policy devices implemented in the Metropolitan Area of Buenos Aires (AMBA). The article is organised in four sections: a presentation of the general context of the issue is followed by a preliminary reconstruction of the course of two proposals that were carried out in the context of the COVID-19 pandemic in working-class neighbourhoods: the "El barrio Cuida al Barrio" (EBCB) program and the Dispositivo Estratégico de Testeo para Coronavirus en Territorio de Argentina (DETeCTAr). Another section focuses on proposals for the reorganisation of the (pre-existent) primary health care. Subsequently, the article presents some concepts from which to look at policies in the territory. Finally, it writes out some challenges that health policies face in segregated territories taking into account what was learned from this experience.

Key words: Health policy; geography; COVID-19.

Presentación

La pandemia por el COVID-19 es un hecho inédito en su alcance y en los impactos sobre la salud, los sistemas sanitarios, la economía, la vida cotidiana de las personas y los procesos de toma de decisiones. La sorpresa de los primeros meses, la evidencia que se fue generando y los saberes construidos con base a la experiencia en el campo de las políticas públicas, potencian lo novedoso del fenómeno. Sin embargo, la organización de respuestas adecuadas y pertinentes a la gravedad de la situación tropezó con problemas estructurales que reenvían a conocimientos y debates previos.

En el campo de las políticas de salud, las iniciativas buscaron alinear las fortalezas existentes pero enfrentaron también enormes debilidades de arrastre. Aún con diferencias en las agendas y en los diagnósticos, un dato

nada menor es el consenso -más o menos generalizado- entre quienes hacen política sanitaria en relación a tres ideas: que la salud es un bien colectivo, que el Estado debe asumir un papel indelegable para mantener su más alto nivel posible y que el territorio es una variable importante al momento de diseñar estrategias sanitarias. Estas cuestiones podrían ser consideradas como puntos de partida para un debate acerca de las reformas que necesita el sector salud argentino que, además de fragmentado, es sumamente injusto ya que la atención que reciben las personas y familias depende del tipo de trabajo que tienen, del nivel de renta que reciben y del lugar en el que viven.

Este trabajo pone el foco en el tercer factor, el territorio como clave para recorrer la cuestión sanitaria en contextos de desigualdad y busca -desde allí- mirar algunas intervenciones del Estado en la pandemia de COVID-19

en áreas segregadas, con el propósito de pasar en limpio los retos que enfrentan las políticas sanitarias cuando adoptan el enfoque territorial en su diseño e implementación.

Retomando las dimensiones clásicas en que puede descomponerse el análisis de la cuestión sanitaria (“estado de salud”, “estructura sanitaria” y “políticas”) distintas disciplinas vienen haciendo aportes relevantes en relación al territorio: en la primera, la geografía de la salud, la epidemiología social y la sociología de la salud demuestran el papel determinante que tienen las condiciones socio-ambientales en el “estado de salud” de familias y comunidades; en la segunda, los estudios urbanos y la economía de la salud advierten acerca de las asimetrías existentes entre jurisdicciones en la dotación de recursos (financieros, infraestructura, conectividad, equipos profesionales y no profesionales, lo que clásicamente se denomina “estructura”) y los circuitos de exclusión que reproducen servicios de salud mal dotados, de baja calidad, con escasa cobertura y poco adecuados a las necesidades de la población.

En la dimensión de las “políticas”, las contribuciones desde salud comunitaria son el antecedente más valioso que se esfuerza por recuperar las condiciones del territorio en la forma de concebir y llevar adelante las acciones en salud; con foco en la atención primaria, miran el territorio barrial o de proximidad y recuperan el protagonismo de sus actores en la construcción de una mejor salud para la comunidad.

Lejos de pretender evaluar procesos aún abiertos, en estas páginas queremos recuperar las contribuciones del enfoque territorial para pensar la política sanitaria a la luz de la experiencia de la pandemia del COVID-19 en áreas segregadas, situando la reflexión en torno a algunos dispositivos de política pública implementados en el Área Metropolitana de Buenos Aires (AMBA) entre los meses de abril y agosto del año 2020.

A este planteo inicial, le sigue una reconstrucción estilizada y preliminar del recorrido que hicieron dos propuestas de intervención que se llevaron adelante en el contexto de la pandemia COVID-19 en los “barrios populares” y la propuesta de reorganización del pre existente primer nivel de atención. Posteriormente se

enuncian algunas claves conceptuales desde las que es posible mirar la relación entre políticas de salud y territorio que encierran esas experiencias. Para finalizar, el trabajo pasa en limpio algunos retos del abordaje territorial en áreas segregadas a la luz de los aprendizajes que deja esta experiencia.

Los “barrios populares” en las políticas de la pandemia

Los desafíos que enfrentaron el Ministerio nacional, las carteras sanitarias de las provincias y las secretarías municipales fueron enormes y muy diversos. Casi desde el inicio se advirtió que fortalecer las camas de cuidados críticos, ampliar la red de laboratorios, introducir tecnología, definir protocolos y proveer los insumos necesarios era imprescindible teniendo en cuenta cuál era el punto de partida, pero no suficiente. La expansión de los contagios reenvió tempranamente la atención a la necesidad de desplegar acciones en el territorio y mostró la importancia que tiene la variable tiempo cuando éstas deben ser múltiples, coordinadas, oportunas y con cobertura suficiente.

El COVID-19 puso en el centro de la atención la importancia de proteger a las poblaciones vulnerables y enfrentó un obstáculo para afrontar ese objetivo: las desigualdades espaciales y habitacionales pre-existentes. Rápidamente se puso en evidencia que cumplir con las medidas de cuidado para la prevención y el control de los contagios (expresado en la consigna “Quedate en Casa”) no representaba lo mismo en los distintos contextos; los denominados “barrios populares” fueron escenario extremo de estas dificultades (Comisión de Ciencias Sociales de la Unidad Coronavirus COVID-19, 2020).

Organizadas las primeras acciones a nivel macro, un eje fundamental en el manejo de la pandemia fue la puesta en marcha de un sistema de vigilancia que incluyera la búsqueda activa de personas con síntomas, la confirmación de los casos (testeo), el seguimiento, el aislamiento y el rastreo de los contactos estrechos, adecuados a cada territorio.¹ En contextos de vulnerabilidad se suma un segundo eje, la organización de un “sistema de apoyo o soporte” en los hogares a las personas y familias y la

1. La revisión de la experiencia internacional muestra que estas estrategias han sido clave en el control de la transmisión y la mitigación de los daños. (Han et al, 2020)

protección de personas en situación de riesgo (mayores de 60 años, enfermedades crónicas, embarazadas, inmunodeprimidos, entre otras). Mantener lo que se denominó "prestaciones esenciales" en salud era el tercer eje e involucraba al (pre existente) primer nivel de atención.

Con sólo 3000 casos positivos en todo el país y 142 fallecidos, el 20 de abril el Gobierno de la Ciudad de Buenos Aires (GCBA) informó el primer caso en el Barrio Padre Mujica (Villa 31); a la situación de hacinamiento se sumó una variable letal, la falta de agua. Semanas antes, las organizaciones sociales venían advirtiendo acerca de la amenaza que implicaba el COVID-19 en los barrios populares y reclamaban medidas activas de control y de protección de población en situación de vulnerabilidad, así como también la necesidad de alinear esfuerzos en mesas de concertación con el Estado. Pidieron acordar un "protocolo especial de actuación frente al coronavirus en villas y asentamientos"² y elaboraron -también tempranamente- protocolos propios y piezas de comunicación comunitaria adecuadas a la situación de los barrios, asumiendo el papel de mediadores entre las medidas oficiales y las condiciones materiales y culturales en esos territorios.

Respondiendo a este problema, la Resolución conjunta de los Ministerios de Salud y Desarrollo Social de la Nación sistematizó las "Recomendaciones y medidas específicas para evitar la propagación del COVID-19 en barrios populares y cuidado de adultos mayores" (Resolución conjunta MSN y MDSN 02/2020) y presentó orientaciones e instrumentos para el armado de una red de apoyo y protección de personas en situación particular de riesgo, jerarquizando el papel de los municipios en la gestión e invitando a conformar comités de emergencia locales y barriales. Tributaria de una fase de muy baja circulación en esos territorios, preservaba en la órbita de competencia del sector salud (equipos de salud y centros de atención telefónica) la detección de casos sospechosos,³ esquema que encontró sus límites en los meses siguientes interpelando (más allá de los

enunciados oficiales) a referentes de los barrios de formas diversas.

Para anclar el análisis en el camino recorrido por las políticas públicas entre los meses de abril y agosto de 2020, partimos de una reconstrucción estilizada y preliminar de dos líneas de intervención en el marco de la pandemia para intervenir en los denominados "barrios populares", en orden de aparición: el Programa "El Barrio Cuida al Barrio" (EBCB) y el Dispositivo Estratégico de Testeo para Coronavirus en Territorio de Argentina (DETeCTAr). Ponemos la atención sobre estos dispositivos porque se plantearon abordar el problema en los "barrios populares" y buscaron trasladar la intervención desde el lugar de la oferta (los servicios) hacia el territorio, a través de distintos procesos de adaptación en el nivel subnacional (provincias y municipios).

Con 1340 "barrios populares" y el virus en franca expansión, el Área Metropolitana de Buenos Aires (AMBA) fue el laboratorio inicial de las iniciativas que se desplegaron en el territorio en esos meses y, por ello, es el contexto de referencia de nuestro análisis. La definición de estas áreas deriva del Registro Nacional de Barrios Populares (ReNaBaP) realizado entre agosto de 2016 y mayo de 2017 que reúne información sobre las villas y asentamientos de todo el país. En este relevamiento se consideran "barrios populares" a aquellos en los que la mitad de la población no cuenta con título de propiedad, ni acceso a dos o más servicios básicos. A partir del 15 de abril, se introduce esta variable en la definición oficial: las personas que vivieran en estos barrios necesitaban presentar sólo uno de los síntomas enunciados para ser considerado "caso sospechoso" y ser derivado para testeo.

a. *Un sistema de apoyo desde las organizaciones: el Programa "El Barrio Cuida al Barrio"* Con el propósito de traducir la consigna inicial "Quedate en Casa" a "Quedate en tu Barrio", el Ministerio de Desarrollo Social de la Nación (a través de la Dirección de Cuidados

2. El documento de "Recomendaciones para un protocolo especial de actuación frente al coronavirus en villas y asentamientos" llamaba a una elaboración colectiva entre organizaciones sociales y estado que recorriera dimensiones clave para poder sostener el trabajo de contención y asistencia que desde los inicios llevaron adelante: coordinación, información y acceso a la justicia, cuidados básicos, prevención/mitigación, detección oportuna y tratamiento.

3. "Detección de casos sospechosos: La detección de casos sospechosos siempre será realizada por personal del equipo de salud, pero puede ser evaluada por a través de colaboradores y colaboradoras con capacitación adecuada y mediante el uso de algoritmos o encuestas telefónicas. El Comité Local de Emergencia podrá disponer de un sistema telefónico gratuito que permita evaluar las consultas y coordinar con el PIC la necesidad de evaluación y la forma eventual de traslado a centro sanitario si se considera necesaria la evaluación en un centro salud. En caso de necesitar de traslado se sugiere la más adecuada según el contexto y la situación. Se deberá articular con los sistemas de emergencia de cada jurisdicción para planificar una estrategia de traslado en caso de pacientes sospechosos y la identificación de los convivientes. Identificar y acompañar a las personas que pueden estar atravesando alguna situación de violencia de género o problemática de salud mental (incluyendo el consumo problemático) y garantizar el acceso a la atención si lo requiere." (Anexo 1 de Resolución Conjunta MSN y MDSN, 02/2020).

Integrales de la Secretaría de Economía Social) recogió la demanda de las organizaciones sociales y las orientaciones de la Resolución conjunta, y propuso el Programa “El Barrio Cuida al Barrio” (EBCB), estrategia de contención social y sanitaria basada en el trabajo de promotores/as barriales que se ocuparían de realizar “un acompañamiento específico a grupos de riesgo, difundir medidas preventivas y distribuir elementos de seguridad e higiene”.⁴ La propuesta buscaba que referentes barriales trabajaran como promotores comunitarios/as en salud para llevar adelante tareas que la evidencia disponible en esos meses ya marcaba como estratégicas:⁵ (a) identificar y mapear a los grupos de riesgo; (b) reforzar la comunicación de las medidas de prevención de la salud; (c) distribuir viandas, elementos de higiene y limpieza; (d) acompañar y trasladar a personas que presentaran síntomas; (e) informar y asegurar el acceso a las diferentes herramientas y medidas dispuestas (MDSN, 2020).

En su planteo original, el Programa pretendía desarrollar una red de apoyo o soporte a las familias, a la vez que proteger de manera particular a las personas en situación de riesgo; la cobertura dependía de las organizaciones que se involucraran y buscaba dejar alguna capacidad instalada en cada barrio. El proceso reconocía tres momentos: la planificación de las visitas; la realización de un relevamiento casa por casa para localizar y registrar a la población en situación de vulnerabilidad; y la organización de la tarea de asistencia y apoyo desde los centros comunitarios, comedores y merenderos buscando acercar los insumos necesarios a las familias.

En relación a los actores que articula, esta propuesta retoma las orientaciones de la Resolución conjunta entre el MSN y el MDSN pero “pierde en el camino” a los municipios. Privilegiando a las organizaciones sociales de base territorial, EBCB no preveía articulaciones con las secretarías de salud de los municipios o, en los barrios, con los equipos de los centros de salud; se destaca particularmente esta vacancia, teniendo en cuenta la importancia que tiene el componente sanitario en la propuesta y la presencia de los centros de atención primaria de la salud (CAPS) y “salitas” en los barrios.

Contemporáneamente y recogiendo las orientaciones de la Resolución conjunta (02/2020), la Dirección Provincial de Salud Comunitaria del Ministerio de Salud de Buenos Aires elaboró una propuesta de intervención denominada “Abordaje Territorial para la Respuesta al Coronavirus en los barrios” (ATR) (MSPBA, 2020a) Sus lineamientos convergen con el Programa EBCB en lo relativo al involucramiento de las organizaciones sociales y políticas en la respuesta sanitaria, la identificación de población en riesgo y la articulación con dispositivos de búsqueda activa.

El cuarto eje del ATR propone realizar un “Mapeo de recursos sanitarios y de la comunidad” y sugiere realizar cruces de información georreferenciada para definir estrategias de acción destinadas a focalizar las acciones y evitar la movilidad cuando “existan casos confirmados en un barrio”. En ese mismo documento, el Ministerio plantea la necesidad de contar con un relevamiento de los CAPS y crea un “Mapa de la Red de Atención y Derivación” que involucra efectores de distintas jurisdicciones.⁶ Pisando el crecimiento de la curva de contagios, el Ministerio provincial parecía necesitar de imágenes que representaran una idea de “control central sobre el territorio” como fuente de confianza en el manejo de la emergencia.

Un aspecto distintivo respecto del Programa EBCB es la importancia que, en su diseño original, la ATR le confiere a los municipios. La preocupación por la intergubernamentalidad está presente en la figura del Comité Operativo de Emergencia (COE) (a nivel local y de cada barrio) que fue el instrumento que mejor arraigó y que también estaba presente en la Resolución conjunta referida arriba. Los COEs se desarrollaron de manera heterogénea en distintas escalas; la reconstrucción de estos recorridos en el nivel local es también una tarea apenas iniciada por algunos estudios (Couto, Carmona, Martínez, *et al.*, 2020).

A medida que avanzaba la circulación del virus en los territorios, los referentes de las organizaciones se enfrentaron a situaciones complejas para las que necesitaron conocimientos técnicos y saberes prácticos específicamente sanitarios. Entre otras, se destacan la derivación y

4. <https://www.argentina.gob.ar/noticias/se-lanza-el-barrio-cuida-al-barrio-frente-la-pandemia-del-covid-19>. [Recuperado el 8/10/20]

5. En Brasil, se destaca la producción y los espacios de debate generados por la “Rede APS - Rede de pesquisa em Atenção Primária à Saúde” de ABRASCO en relación al papel de los Agentes Comunitarios en Salud (<https://redeaps.org.br/>)

6. <https://carto.arba.gov.ar/cartoArba/covid-19> [Recuperado el 5/10/20]

cuidados de personas con síntomas o personas aisladas a la espera de resultados; el abordaje y contención de personas aisladas como contacto estrecho que conviven con población en situación de riesgo; y, también, atender al cuidado de los propios referentes barriales frente a la posibilidad de infección.

Los mecanismos previstos en los protocolos oficiales⁷ fueron mostrando dificultades para responder a las demandas cuando la velocidad de contagios se aceleró; estos problemas desbordaron los centros de atención telefónica y cayeron en la agenda de los y las referentes que eran (también) la "primera línea" frente a las consecuencias que dejaba la pandemia.

b. *La búsqueda activa de casos: el Dispositivo Estratégico de Testeo para Coronavirus en Territorio de Argentina (DETeCTAr)* Con vistas a poner el foco en la búsqueda activa de casos en territorios específicos y como respuesta a la demanda de una mayor presencia en los barrios, el 5 de mayo el Ministerio de Salud de la Nación lanzó el *Dispositivo Estratégico de Testeo para Coronavirus en Territorio de Argentina (DETeCTAr)* para la detección precoz de casos sospechosos; se puso en marcha en el Barrio Padre Mujica (CABA) y en el Barrio La Paz en el municipio de Quilmes de la provincia de Buenos Aires.⁸ Sus objetivos fueron la detección precoz, el cuidado de los casos confirmados y el aislamiento para minimizar la transmisión del virus (MSN, 2020a).

Activando al "operativo" como instrumento, el DETeCTAr se presentó como una estrategia de búsqueda activa a través de visitas "casa por casa" para la detección temprana de casos y aislamiento adecuado en áreas que presentan déficits habitacional y sanitario. En cada vivienda se recordaban las recomendaciones, se tomaba la temperatura y se confeccionaba un cuestionario para identificar síntomas compatibles con la definición de un caso sospechoso.

La propuesta organizaba el trabajo en varias etapas: (i) determinación del área, barrio o sector donde se implementaría el dispositivo; (ii) búsqueda activa de casos y traslado de los mismos hacia el lugar de referencia;

(iii) realización del "triage" de casos evaluados en terreno; (iv) entrevista epidemiológica, toma de muestra y notificación al Sistema Nacional de Vigilancia en Salud (SNVS); y (v) espera de resultados y derivación de casos confirmados.

La delimitación del área de intervención del DETeCTAr se justificaba en un principio por tres criterios: (a) la aparición de casos agrupados geográficamente en un barrio o fracción del mismo, (b) la existencia de contactos estrechos en la zona, y/o (c) el incremento de consultas por cuadros respiratorios en los establecimientos del primer y segundo nivel en un área programática en particular. La existencia de barreras en el acceso al diagnóstico precoz es el cuarto criterio que daba cuenta del reconocimiento de los límites de la oferta (tanto pública como de obras sociales y seguros privados) para llegar a algunas poblaciones; se trata de un problema que no es exclusivo de los "barrios populares" y que se agravó en el contexto del aislamiento.

La puesta en marcha e implementación local del DETeCTAr dependió de cada provincia y el Ministerio nacional garantizaba la provisión de insumos, personal de salud para llevar a cabo la toma de muestras y las unidades sanitarias móviles.

Un atributo valioso del DETeCTAr es que rápidamente fue objeto de adaptaciones en su implementación a nivel subnacional en el AMBA primero, para escalar posteriormente en otras provincias siguiendo la expansión de los contagios (lo que se llamó el DETeCTAr Federal). Estas adaptaciones tuvieron lugar sobre el núcleo principal de la propuesta, un operativo orientado a la búsqueda activa de casos sospechosos y rastreo de contactos estrechos en el territorio. Las variaciones en torno a los problemas que se incorporaron en las distintas modalidades, la convocatoria a otros actores y el nombre que adoptó en cada caso, dejan planteadas distintas preguntas que trascienden este trabajo y deberán ser abordadas en el contexto singular de cada recorrido local.

En la provincia de Buenos Aires, estos operativos se llamaron "Jornadas de búsqueda activa de casos sos-

7. En los primeros meses, una vez realizada la toma de muestras, la población aguardaba los resultados bajo internación hospitalaria. (MSPBA, 2020b:9)

8. <https://www.telam.com.ar/notas/202005/459738-salud-lanzo-el-operativo-detectar-para-todo-el-amba-con-el-fin-de-buscar-casos.html> [Recuperado el 2/10/20]

pechosos de COVID-19”, fueron coordinados por la Dirección Provincial de Salud Comunitaria del Ministerio de Salud de la provincia y participaron, además de los equipos provinciales, el Ministerio Nacional y los municipios; contaron para su organización con el protagonismo de las regiones sanitarias, instancia descentrada de gestión en la provincia. En algunos casos, duraban varios días (como sucedió en Villa Azul y Villa Itatí en Quilmes y Avellaneda), mientras que en otros se trataba de un día por barrio (Informes de la Dirección Provincial de Salud Comunitaria del Ministerio de Salud de la provincia de Buenos Aires).

Una revisión rápida y preliminar de estas estrategias desde el nivel local muestra un espectro más o menos variable de los problemas que se abordan y los actores convocados. La densidad que le atribuye cada municipio al trabajo en los barrios es variable; sobre el núcleo de tareas de búsqueda activa “casa por casa” se *amplía la integralidad en el abordaje en terreno hacia otros problemas* como asistencia alimentaria, violencia de géneros, completamiento del calendario de vacunación, mapeo y caracterización de personas con mayor vulnerabilidad psico-social, entrega de barbijos, insumos de limpieza y folletería y detección de problemas de salud desatendidos.

Los actores involucrados en los operativos también variaron; dependiendo de la trama política e institucional local y las relaciones con organismos supralocales (que muchas veces aportan distinto tipo de recursos), se amplió la convocatoria a agentes de los organismos federales (Autoridad de la Cuenca Matanza Riachuelo – ACUMAR y Ministerio de Relaciones Exteriores y Culto con “Casos Blancos”, Municipio de Morón; ANSES, Municipio de Luján); programas provinciales (Programa de Fortalecimiento e Integración de Redes de Salud de la Provincia de Buenos Aires - PROFIR, Municipio de Ituzaingó y Quilmes); por citar algunos ejemplos. Cuando los municipios contaban con promotores de salud o agentes comunitarios, fueron convocados y tuvieron una participación muy activa.

En el nivel local también varió la forma de nombrar a esta estrategia aunque en casi todos los casos se encuentra la referencia explícita al “DETeCTAr”: “Operativos de detección temprana en el marco del Programa El Barrio Cuida al Barrio” y “Plan DETeCTAr” (Municipio de Luján); “Cuidarnos + DETeCTAr” (Municipio

de Quilmes); “Operativos de Vigilancia Epidemiológica Comunitaria / DETeCTAr” (Municipio de Morón), “Búsqueda Activa de Casos con Unidad de Testeo Móvil” (Municipio de Tres de Febrero); “Operativo Socio Sanitario Preventivo Municipal” (Municipio de José C. Paz).

El papel asignado a los equipos de los centros de atención primaria de la salud (CAPS) fue variando en el tiempo y entre municipios; en algunos casos, acompañaron el trabajo en terreno, en otros estuvieron a cargo de la recepción de casos sospechosos (cuando no se disponía de las unidades sanitarias móviles), mientras que en otros participaron de actividades de vacunación en las “postas” instaladas a propósito del operativo.

La expansión del DETeCTAr fue desplazando al Programa “El Barrio Cuida al Barrio” (EBCB)⁹ de aquella idea de “cobertura amplia” (en un territorio delimitado por el trabajo de las organizaciones sociales) en la que no había logrado consolidarse, hacia la modalidad de “operativo sanitario”. Con la misma lógica, la propuesta de “Abordaje Territorial para la Respuesta al COVID-19” (ATR), se movió también hacia la idea del “operativo” (MSPBA, 2020c).

Bajo esta nueva lógica, en el mes de julio se realizaron operativos de EBCB en algunos municipios del AMBA (Berazategui, Florencio Varela, Morón, Tigre y Zárate) y, ampliando el mapa de actores originalmente previsto, se incorporaron equipos municipales. En algunos municipios llegaron a organizar un despliegue importante basado casi exclusivamente en el trabajo de las organizaciones sociales; este fue el caso de La Matanza donde en el mes de junio se llegaron a colocar 30 postas sanitarias.

En CABA, el DETeCTAr desbordó a los “barrios populares” y adoptó la propuesta para la “búsqueda activa territorial” de personas con síntomas y el seguimiento y testeo a contactos estrechos de los casos positivos a través de “bases operativas fijas” en barrios con alta concentración de casos; los espacios eran en su mayoría establecimientos educativos, aunque también se localizaron en clubes, oficinas públicas de las comunas o centros culturales. En áreas con mayor concentración de casos, el trabajo se reforzó a través de camiones sanitarios móviles “DETeCTAr móvil”. El esquema funcionaba a través de visitas “casa por casa” y también por

9. El Programa El Barrio Cuida al Barrio se presentó en el reporte diario del Ministerio de Salud de la Nación del 16 de mayo como parte de la estrategia de trabajo en los barrios populares.

consulta espontánea de personas con síntomas en las bases que complementaban el trabajo de las "unidades febriles" del mismo Gobierno de la Ciudad. Llegaron a funcionar 38 bases operativas localizadas en distintos puntos de la Ciudad.

Como ya aclaramos, no se busca hacer comparaciones valorativas entre una y otra experiencia. El foco está puesto en este apartado en el dispositivo de intervención y en las adaptaciones de las que fue objeto que dependieron de la trama de actores en la arena local, las jurisdicciones intervinientes, la estructura sanitaria y los atributos del territorio. Más allá de las diferencias, suponen una "bajada" de actores centrales (siempre en términos relativos) con el propósito del control de los contagios en territorios de proximidad.

El crecimiento de la curva de contagios parece haber desplazado de la agenda la pretensión de organizar acciones con cobertura, dando paso a la modalidad del operativo como principal instrumento de intervención. Resulta necesario mirar con más detenimiento las estrategias locales desde las que parecen haberse articulado estas orientaciones de los niveles centrales en los territorios locales.

El desafío de reorganizar el primer nivel de atención

El primer nivel de atención (PNA) son los centros de atención primaria de la salud (CAPS), centros de salud o "salitas", como suelen llamarse en los barrios. Su lugar como "puerta de entrada" al sistema de salud es indiscutido tanto en el campo académico como en las orientaciones de las políticas; propuestas interesantes le asignan un papel mayor, el de organizar las redes de servicios. Sin embargo, más allá de los esfuerzos realizados desde algunas iniciativas para su fortalecimiento,¹⁰ la realidad del primer nivel de atención está lejos de ocupar aquel lugar que le asigna la teoría. Se trata de una red que presenta fuertes asimetrías en la infraestructura, conectividad, cantidad y estado del equipamiento existente y en la dotación de equipos profesionales y no

profesionales; es dispar también la manera como cada provincia o municipio organiza su gestión.

El AMBA, laboratorio de las iniciativas que se desplegaron en la pandemia en el territorio, es un ejemplo extremo de estas desigualdades. Mientras en CABA los 77 establecimientos del primer nivel de atención¹¹ forman junto a los 29 hospitales una red más o menos homogénea regulada por la Ley de Salud y dependiente del Ministerio de Salud del Gobierno de la Ciudad; en la provincia de Buenos Aires casi la totalidad de los 1.200 establecimientos está bajo la jurisdicción de 40 municipios y los hospitales se distribuyen bajo patrones también diferentes entre la provincia, los municipios y la nación. Así, a la desigualdad en la demanda y en las características de la oferta que existen entre CABA y los municipios de la provincia descrita en otros trabajos (Chiara, 2019a), se suman otros dos atributos: la fragmentación político institucional y las fuertes asimetrías en las condiciones bajo las cuales los municipios de la provincia sostienen sus centros de salud. Estas asimetrías se profundizaron a partir de 2015, cuando se discontinuó y redujo la distribución de insumos críticos de los programas nacionales y provinciales (medicamentos, vacunas, tratamientos para patologías específicas).

Como contracara de estos problemas del primer nivel, se destacan dos fortalezas: la cobertura, es una red que en los municipios del AMBA tiene más de 1.200 centros de salud, y su dinamismo, tanto por el volumen de las consultas realizadas como por las respuestas que son capaces de organizar en territorios heterogéneos y segregados. Con las asimetrías aludidas, estos establecimientos cuentan con equipos de profesionales y no profesionales que, a pesar de las dificultades y limitaciones (y con ellas auestas), sostienen estrategias que buscan ser adecuadas y pertinentes a las necesidades de familias y comunidades que viven en la periferia; allí donde el Estado es el único prestador de proximidad, incluso para aquella parte de la población que dispone de algún seguro (obra social o seguro privado).

Con estos claroscuros, el primer nivel de atención ingresó a la emergencia del COVID-19 y, como sucedió

10. Aún con modelos de intervención muy diferentes, hasta el año 2015 distintos dispositivos nacionales fueron clave para fortalecer la capacidad de resolución del primer nivel de atención a través de la entrega de medicamentos esenciales, la atención de los casos de patologías congénitas de muy difícil resolución desde el ámbito local o abonando a la conformación y fortalecimiento de redes perinatales en el territorio.

11. En CABA el primer nivel de atención está compuesto por 38 CeSAC (Centros de Salud y Acción Comunitaria) y por 39 CMB (Centros Médicos Barriales) que dependen del Gobierno de la Ciudad de Buenos Aires (GCBA).

en otros países, tuvo muy poca visibilidad. La expansión de la estructura hospitalaria (particularmente en lo relativo a los recursos de alta complejidad) ocupó un lugar privilegiado en la agenda. En la práctica, el primer nivel de atención quedó inicialmente desdibujado en la estrategia sanitaria dando lugar a distintos cuestionamientos.

En el marco de las orientaciones generales producidas por el Ministerio nacional (MSN, 2020b), cada jurisdicción elaboró recomendaciones específicas que buscaban definir un lugar para el primer nivel de atención. En la provincia de Buenos Aires, se elaboraron tempranamente protocolos que fueron actualizados a lo largo del tiempo; el foco estuvo puesto en la (re) organización del proceso de atención, particularmente la definición de prácticas esenciales; la definición de un flujograma de atención (orientación inicial o “triage”, atención clínica de casos; seguimiento de casos sospechosos, confirmados y contactos estrechos); y la definición de un conjunto de recomendaciones generales para la organización del trabajo en los CAPS (tanto en relación a la desconcentración de personas como a las medidas de cuidado de los equipos de salud). (MSPBA, 2020b)

Sin intención de poner en cuestión las medidas y orientaciones sanitarias adoptadas, es necesario recordar que los “protocolos” son instrumentos de gestión que definen prácticas y procesos esperados o deseables, pero que -por si solos- tropiezan con enormes limitaciones para lidiar con fenómenos heterogéneos en las capacidades de los actores y conflictivos en las relaciones que los atraviesan. La tarea de gobernar la salud en la provincia de Buenos Aires (incluso pensando “puertas adentro” del subsector estatal) enfrenta un doble imperativo: por una parte, el Estado provincial es el garante (junto con la nación) del derecho a la salud, y por la otra, no tiene casi ninguna responsabilidad sobre la provisión de los servicios del primer nivel, en el AMBA a cargo de 40 municipios diferentes y desiguales en sus recursos, orientaciones e ideas desde las que organizan la política sanitaria; en los hospitales la situación es más matizada, pero sucede algo parecido.

Así, en los territorios de proximidad los protocolos “pisan el barro” y enfrentan la dificultad que supone ordenar procesos complejos y heterogéneos resultantes de acciones (y omisiones) de los municipios, la provincia y la nación, a lo largo de décadas. En este contexto, la inter-gubernamentalidad es una parte ineludible de la política sanitaria y mantiene su vigencia a pesar de la pandemia. La inercia de esta historia cruzada entre ju-

risdicciones es otro factor que demarca problemáticas muy diferentes entre CABA y el resto del AMBA. Allí también hay que buscar los condicionamientos en el alcance de las estrategias que llevó y puede, en un futuro, llevar adelante -por si sola- cada jurisdicción.

Si tenemos en cuenta estas coordenadas, no sorprende lo que muestran los estudios en los primeros meses de la pandemia (Ariovich, Crojethovic y Jiménez, 2020). Dificultades iniciales para sostener las prestaciones esenciales y mantener activa la red de establecimientos; equipos reducidos como resultado de las licencias médicas de personal en riesgo primero y, más tarde, por contagios. Un cierto estándar establecido por las orientaciones provinciales en relación a la atención de casos COVID desde los centros (“COVID exclusivo”, “Mixto” y “Prácticas esenciales exclusivas”), a la vez que restricciones y dificultades impuestas por la infraestructura en cada centro. Las formas diversas de sostener las prácticas esenciales y los impactos que tienen sobre los controles de enfermos crónicos, controles de embarazo y niños menores de un año y vacunación. Las dificultades para abordar problemas emergentes que requieren de una red interinstitucional y de actores y del trabajo intersectorial (interrupción legal de embarazo, violencia de géneros, salud mental, problemas nutricionales, entre otros).

En el estudio referido llama la atención la falta de referencias al papel del primer nivel en las tareas de vigilancia epidemiológica: la búsqueda activa de personas con síntomas (más allá de alguna participación en los operativos del DETeCTAr), el seguimiento de casos sospechosos, confirmados y contactos estrechos, tal como lo establece -en términos generales- el protocolo provincial (MSPBA, 2020b). Según el mismo estudio realizado en el mes de junio, la confirmación de los casos (testeo) parece operar a través de la derivación al sistema de emergencias, SAME Provincia.

El derrotero de algunas experiencias locales (Avellaneda, Morón, Quilmes, San Martín y Tigre, por poner algunos ejemplos) muestra que, a medida que crecían los contagios, se fueron descentralizando las tareas de vigilancia desde las áreas centrales de epidemiología de los municipios hacia los efectores del primer nivel, que recibían la derivación de los pacientes hisopados en los operativos y eran responsables de realizar el seguimiento. A la luz del crecimiento de los casos y al calor de esa dinámica que impulsó la emergencia, los equipos municipales fueron modificando la estrategia inicial y desa-

rollando instrumentos de distinto tipo para coordinar y gestionar la información de los pacientes.

Cabe aclarar que en la provincia el seguimiento de personas confirmadas, casos sospechosos o contactos estrechos se llevó a adelante a través de los Centros de Telemedicina COVID-19 (CETEC) para brindar asistencia sanitaria y reforzar pautas de cuidado, a cargo de municipios, regiones sanitarias y universidades.

El lugar desdibujado que tuvo en los primeros meses el primer nivel de atención en la estrategia sanitaria general se expresó en las demoras en el reconocimiento para la asignación de recursos.¹² Un ejemplo de esta cuestión que fue objeto de reclamos por parte de la FAMG (Federación Argentina de Médicos Generalistas) es el pago del Bono Extraordinario para personal de salud; previsto originalmente solo para personal esencial de los establecimientos "con" internación, alcanzó posteriormente al personal de los establecimientos "sin" internación (Resolución conjunta 08/2020 MSN y MTESSN).

El estudio aludido (Ariovich, Crojethovic y Jiménez, 2020) hace referencia a la importancia que tuvo para los equipos de los CAPS disponer de Equipos de Protección Personal (EPP) suficientes para desarrollar el trabajo con los cuidados necesarios; hoy parece apenas un dato, pero en las primeras semanas consumió atención, tiempo y gestión de las instancias centrales generar los mecanismos para incentivar la producción y garantizar la provisión de los EPP necesarios en características y cantidad. Disponer de ese recurso fue un requisito ineludible para que pudieran descentralizarse las tareas de vigilancia en los equipos del primer nivel de atención.

Desde el comienzo, la pregunta acerca del papel del primer nivel de atención en la emergencia del COVID-19 insiste en declaraciones, foros y debates.¹³ La extensión de la pandemia en el tiempo y en el territorio enfrenta a la necesidad de reorganizar las prácticas para sostener los servicios, asegurar el acceso, la continuidad y la integralidad de la atención en territorios de proximidad. Fortalecer las condiciones para poder llevar adelante estas funciones, es una tarea estratégica.

Lecturas desde el territorio

Hasta aquí, hemos hecho una descripción estilizada y provisoria de algunas políticas que, como dispositivos novedosos o buscando reorganizar lo existente, pensaron al territorio y buscaron "saltar las fronteras" de los servicios. Rescatando su valor, proponemos retomar algunos conceptos desde los cuales leer sus consecuencias.

En salud es habitual pensar al "territorio" como aquello que está "afuera" de los servicios. "Bajar al territorio" es una frase que insiste en el discurso y expresa un modo de simplificar y aprehender una relación compleja. Más allá de las adaptaciones y replanteos que suceden en la práctica, dotar de mayor densidad teórica a esta relación es una tarea pendiente y la jerarquía que adquirió el territorio en esta pandemia obliga a encararla. En este apartado presentamos algunas claves conceptuales que pueden ayudar a revisar el camino recorrido por los dispositivos de políticas, a la vez que robustecer -en su complejidad y potencia- el abordaje territorial.

Para empezar, proponemos tomar distancia de visiones clásicas que tienden a ver al territorio como el mero lugar en el que las políticas se despliegan (a modo de variable dependiente), para entenderlo como un tipo particular de espacio (social e históricamente construido) con determinados atributos que derivan de la apropiación y auto referencia de los actores. Esta perspectiva destaca su carácter dinámico y político: quienes usan el territorio y lo reproducen, contribuyen a su vez a la construcción de una determinada territorialidad (Chiara, 2019b). La territorialidad es el intento por parte de un individuo o grupo de afectar, influir o controlar a las personas, fenómenos y relaciones, delimitando o afirmando el control sobre un área geográfica; esta zona se llama territorio (Sack, 1986). Así entendido, el territorio no está por fuera de los actores sino que es objeto de construcción y también de disputa.

Es importante considerar también que el territorio comprende no sólo extensiones, límites y obstáculos, sino también flujos, ejes y nodos en torno a los cuales

12. Además de las transferencias del Programa SUMAR, los botiquines del Programa Remediar y las vacunas, que alcanzaron según datos oficiales los 40.000 millones de pesos. <https://www.argentina.gob.ar/noticias/nacion-invirtio-40000-millones-en-atencion-primaria-de-la-salud-de-todo-el-pais> [Recuperado el 30/10/20]

13. Se destacan los debates, paneles de experiencias y estudios realizados por la "Rede de Pesquisa em Atenção Primária à Saúde" de Abrasco bajo la consigna "APS nao para". <https://redeaps.org.br>

se articulan distintas relaciones; algunas pre-existen a las políticas y otras son promovidas, fortalecidas y hasta construidas por ellas. Esta advertencia viene de la geografía, pero cobra particular importancia en la relación que estamos buscando examinar en el campo de salud; la ampliación y fortalecimiento de la red de laboratorios en la pandemia del COVID-19 o las redes de derivaciones, por poner algunos ejemplos, son también factores relevantes en la construcción de territorialidad. El territorio no es solo el barrio, lo que la literatura llama “territorio de proximidad” (Dematteis y Governa, 2005); la perspectiva relacional del territorio rescata en simultáneo también la noción de “territorio de conectividad” mostrando la superposición de planos que suceden en la arena local (Chiara, 2019b).

Este enfoque permite mirar a la relación entre “políticas de salud” y “territorio” desde un condicionamiento mutuo en el que las políticas no pueden ser entendidas como el “arriba” de las normas, los recursos, los protocolos, los servicios, los organismos públicos, mientras que el territorio es el “abajo” compuesto por los problemas, los actores, las distancias entre establecimientos, el capital social y cultural diferencial de las familias y comunidades.

Las políticas tienen capacidad para construir territorialidad pero a la vez el territorio las modela y puede ser -bajo ciertas condiciones- un espacio en el que se elaboran soluciones, es decir, nuevas políticas; las experiencias municipales en la escala local son un ejemplo. Para comenzar a mirar esta “doble vía”, vale entonces preguntarse cómo entienden al territorio las iniciativas que buscaron “saltar” las fronteras de los servicios en la pandemia, y qué territorialidad abonaron a construir.

Desde una perspectiva “top-down”, el Dispositivo Estratégico de Testeo para Coronavirus en Territorio de Argentina (DETeCTAr) remite al paradigma del “control político y epidemiológico” del combate de las enfermedades transmisibles: fuerte presencia de las autoridades centrales, disponibilidad de tecnologías y normas a ser aplicadas (Chiara y Ariovich, 2013).

Como en aquellas experiencias, estos atributos generales deben ser matizados. El DETeCTAr representó un punto de inflexión a partir del cual los barrios populares ingresaron a la agenda gubernamental en el más alto nivel y el control de los contagios dejó de ser una cuestión solo de expertos para convertirse en procedimientos a ser cumplidos por actores diversos. No se trata de una

observación menor en tanto permitió ampliar el alcance a territorios segregados y acercó el testeo a la población más alejada de los servicios. La diversidad de problemáticas y la multiplicidad de actores involucrados en las experiencias locales anteriormente referidas, exigen matizar la noción homogeneizadora del territorio que viaja en esta propuesta.

A pesar de estos claroscuros, es importante señalar las limitaciones que tienen los operativos frente a una problemática que discurre por territorios caracterizados por alta movilidad (trascendiendo necesariamente las fronteras de los llamados “barrios populares”), que compromete y recorre distintas dimensiones de la vida de las familias (y requiere en consecuencia de intervenciones múltiples) y que es extraordinariamente dinámica. Cobertura amplia, reconocer los activos existentes en el territorio y ser sostenidas en el tiempo, parecen ser tres requisitos para pensar estrategias en cuyo contexto cobran valor los operativos.

En la versión original del Programa “El Barrio Cuida al Barrio” (EBCB) del MDSN viaja un concepto más amplio de territorio que buscaba activar a las y los trabajadores de la economía popular como “promotores y promotoras comunitarias en salud” en la organización de un “sistema de apoyo o soporte” a las personas y familias y la protección de personas en situación de riesgo. La “cobertura” demarcada por el trabajo de las organizaciones era sin dudas más amplia que la que delimitan los operativos; la propuesta de trabajo suponía también una estrategia sostenida en el tiempo en los territorios de proximidad que buscaba limitar al máximo la movilidad de los y las promotoras comunitarias. A modo de “calcos superpuestos” de las distintas territorialidades construidas por las políticas, esta propuesta omitía a los organismos estatales (municipios y provincias) y a sus efectores de salud (los CAPS) en el territorio.

Como mencionamos antes, la inercia del DETeCTAr traccionó a EBCB a acompañar a los operativos. Sin embargo, interesa destacar que esta propuesta buscaba en sus orígenes enhebrarse con y fortalecer el tejido de las organizaciones sociales en los territorios de proximidad poniendo el foco en un problema que mostró su importancia sanitaria: la protección de la población en situación de riesgo (mayores de 60 años, enfermedades crónicas, embarazadas, inmunodeprimidos, entre otras) y las dificultades para llegar a ellas -por si solos- desde los efectores estatales.

En los territorios de proximidad los equipos del primer nivel de atención son la principal presencia de Estado. Los CAPS son organizaciones "porosas", espacios de interface con la población y con los actores del barrio, a través de las múltiples pertenencias de sus profesionales, administrativos y técnicos. Su trayectoria en el territorio, los convierte en el principal actor capaz de sostener acciones sanitarias en el tiempo.

Esta complejidad interpela al territorio en su densidad política e institucional y exige movilizar y articular a las organizaciones sociales y a los efectores estatales en una estrategia que desafía de manera particular (aunque no exclusiva) a los gobiernos subnacionales. En el caso de la provincia de Buenos Aires, este es el papel de los municipios, en tanto responsables de los establecimientos del primer nivel de atención y también de una parte de los hospitales. Esta situación se repite en otras provincias, aunque con una participación menor (Corrientes, Córdoba, Entre Ríos, Mendoza, Santa Cruz y Santa Fé).

A modo de hipótesis de indagaciones futuras, las estrategias locales parecen haber marcado la diferencia; reviste particular importancia hacerlas visibles los problemas que enfrentaron, el modo como articularon iniciativas, los actores activaron en el territorio y la manera como alinearon esfuerzos para repensar los múltiples aspectos que había que fortalecer. Mas agenda para la investigación.

A modo de final provisorio: algunos retos en relación al AMBA

Para finalizar, recapitulamos algunos retos en torno a los cuales reflexionar sobre las estrategias sanitarias en el territorio. Las referencias remiten de modo particular al AMBA, marco de referencia de este trabajo, aunque son replicables a otras conurbaciones. El punto de mira son las áreas segregadas pero buscamos sostener en el análisis y en estos comentarios finales una perspectiva relacional capaz de interpretar los fenómenos sociales y las demandas a partir de la noción de "territorios de proximidad" y de los "territorios de la conectividad"; estos últimos remiten las relaciones que mantienen sus actores con el exterior y con los demás agentes (Demanteis y Governa, 2005).

1. *Para comenzar, ¿cómo entender al territorio en contextos de segregación?* En contextos de emergencia y saliendo de ellas, existe un riesgo que es igualar "abordaje territorial" a "villas y asentamientos". Los barrios

populares en la periferia del AMBA desbordan las fronteras de los registros del ReNaBaP y no solo porque con posterioridad a la fecha del relevamiento se produjeron nuevos asentamientos. En los municipios de la segunda y tercera corona del AMBA, los déficits en el acceso al agua dentro de la vivienda, la provisión de energía eléctrica y gas natural, el acceso a la red cloacal, el acceso al transporte y las condiciones de hacinamiento, alcanzan a poblaciones más amplias y dispersas configurando otras formas de segregación que conviven con las figuras clásicas de las villas y asentamientos que bien registra el ReNaBaP. El acceso a los servicios de salud es sin dudas un problema en los denominados "barrios populares" pero afecta también a poblaciones más amplias. Esta heterogeneidad de la periferia interpela también a las intervenciones estatales diseñadas en relación al manejo de la pandemia del COVID-19 y debe ser considerada al momento de pensar el abordaje territorial como estrategia sanitaria, saliendo de la emergencia.

2. *La jerarquización del primer nivel de atención.* Por muy distintas razones, el primer nivel de atención quedó desdibujado en la estrategia sanitaria en el contexto de la pandemia; no fue asunto exclusivo de Argentina. El descenso en la curva de contagios abre ahora un escenario en el que es necesario abordar problemas estructurales para fortalecer efectivamente la capacidad de los CAPS para asegurar el acceso, la continuidad y la integralidad de la atención en territorios de proximidad. Y también hacer educación sanitaria y vigilancia epidemiológica en el control de nuevos brotes.

Aún con las dificultades que conlleva mejorar y robustecer una trama dispersa y fragmentada institucionalmente, los centros de salud y salitas cumplen un papel importante y son actores irremplazables en el diseño de una estrategia sanitaria que tenga por foco de atención a los barrios de la periferia.

Los CAPS son parte del (verdadero) "Estado en el barrio", independientemente de cuál sea su jurisdicción. Los equipos del primer nivel de atención son actores de los territorios de proximidad en la periferia, tienen el conocimiento, la llegada, la trayectoria y la capacidad para sostener acciones en el tiempo, atributos centrales para el trabajo en territorio.

Los centros de salud y salitas son activos de las políticas en una construcción multi escalar que supone recono-

cer los distintos niveles de gobierno que operan en un mismo territorio. Se trata de un frente a fortalecer y jerarquizar en un corto plazo y que requiere de más sofisticadas herramientas de planificación que comprometan acciones de los distintos niveles de gobierno.

3. *El trabajo conjunto entre las organizaciones sociales y las instituciones del sector salud.* La duración de la pandemia y las consecuencias que tuvo en la vida de las familias en los barrios populares puso también en evidencia la jerarquía que tienen las organizaciones sociales y sus referentes desde los comedores, merenderos y centros comunitarios, como agentes clave en el armado de un sistema de apoyo o soporte a las personas y familias y también a la protección de población en situación de riesgo.

Las experiencias y aprendizajes en salud comunitaria muestran el potencial que tienen, junto a los equipos del primer nivel de atención, los y las referentes de las organizaciones sociales para transmitir medidas de cuidado, traducir su importancia al contexto particular de cada barrio y acompañar a los vecinos y vecinas en el cuidado de la salud. La jerarquía que adquirieron promotores y agentes comunitarios en salud en los momentos más críticos de la pandemia obliga a revisar y fortalecer su lugar en las estrategias sanitarias con enfoque territorial.

En territorios segregados, las organizaciones sociales son un eslabón indispensable entre los servicios del primer nivel y la población; su capacidad de agencia está ubicada en una tensión entre las demandas de la población y la respuesta estatal. Parece necesario y urgente

definir desde las políticas su lugar, sin buscar resolver esa tensión. Sostener esa tensión supone también apelar a más sofisticadas capacidades políticas para gestionar lo sanitario en los territorios.

4. *Por último, la importancia que tienen las iniciativas nacionales y provinciales.* Esta pandemia mostró que las estrategias territoriales necesitaron ser múltiples, estar bien coordinadas, desplegarse en distintos planos, ser oportunas y tener una cobertura suficiente. Muchos gobiernos locales pusieron de manifiesto un enorme potencial para vertebrarlas en el territorio; hay experiencias muy valiosas a sistematizar, buscando rescatar contribuciones y aprendizajes para el conjunto.

Desde los niveles centrales, la pregunta parece ser de qué modo es posible promover e incentivar el desarrollo de estrategias que sean adecuadas para cada territorio, sostenidas y sostenibles y cómo proceder cuando los gobiernos locales no responden o tienen dificultades para hacerlo.

La pandemia dejó en el nivel central (nacional y provincial) una estructura sanitaria mucho más robusta en internación, diagnóstico y complejidad. La adopción de un enfoque territorial debería considerar este avance diferencial como un activo para el desarrollo de estrategias locales que, retomando la perspectiva de las redes e involucrando activamente a los municipios, mire “hacia abajo”, apueste a fortalecer al primer nivel de atención y lo enlace con el trabajo de las organizaciones sociales.

Bibliografía

- Ariovich, A.; Crojethovic, M.; Jimenez, C. (2020) El cuidado de la Salud en los barrios en tiempos de aislamiento social. *XIV Jornadas Nacionales de Debate Interdisciplinario Salud y Población "Salud, derechos y desigualdades: desafíos urgentes"* Buenos Aires 2, 3 y 4 de septiembre
- Couto, B.; Carmona, R.; Martínez, C. et al (2020) Capacidades institucionales de los municipios del Conurbano Bonaerense. *Prevención y Monitoreo del COVID-19*. Nro. 7. Instituto del Conurbano. <https://www.ungs.edu.ar/wp-content/uploads/2020/09/Informe-COVID19-UNGS-Sep-2020-07-Capacidades-municipales.pdf>
- Chiara, M. y Ariovich, A. (2013) Luces y sombras sobre el territorio. Reflexiones en torno a los planteamientos de la OPS/OMS en América Latina. *Cad. Metrop.*, São Paulo, v. 15, n. 29, pp. 99-122, jan/jun. <https://revistas.pucsp.br/index.php/metropole/article/view/15818>
- Chiara, M. (2019a) Conurbano y CABA: mundos desiguales para la atención de la salud. *Boletín del Observatorio del Conurbano*. Octubre. Pp. 1-12 <http://observatorioconurbano.ungs.edu.ar/?p=11705>
- Chiara, M. (2019b); "¿Es el territorio un "accidente" para las políticas de salud? Aproximación conceptual y reflexiones desde la investigación social. *Revista de Políticas Sociales Urbanas - Ciudadanías*. CIEPSO – UNTREF <http://ciudadanias.untref.edu.ar/> (Pp. 19 – 24)
- Comisión de Ciencias Sociales de la Unidad Coronavirus COVID-19 (2020) *Relevamiento del impacto social de las medidas del Aislamiento dispuestas por el PEN*. Marzo
- Dematteis, G. y Governa, F. (2005): Territorio y territorialidad en el desarrollo local. La contribución del Modelo SLOT. *Boletín de la AGE*; 39: 31-58. <http://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=1161234>.
- Han, E.; Mei Jin Tan, M.; Turk, E.; Sridhar, D.; Leung, G.; Shibuya, K. (2020) Lessons learnt from easing COVID-19 restrictions: an analysis of countries and regions in Asia Pacific and Europe. *The Lancet*, Elsevier, 24 Setiembre [https://www.thelancet.com/article/S0140-6736\(20\)32007-9/fulltext](https://www.thelancet.com/article/S0140-6736(20)32007-9/fulltext)
- Sacks, R. D. (1986) *La territorialidad humana. Su teoría y la historia*. Cambridge University Press

Fuentes documentales

Ministerio de Salud de la Nación (MSN) (2020a) Procedimiento Operativo Estándar para la Implementación de la Estrategia "Detectar".

Ministerio de Salud de la Nación (MSN) (2020b) Recomendaciones para el primer nivel de atención. Marzo.

Ministerio de Desarrollo Social de la Nación (MDSN) (2020) Promotores comunitarios. El Barrio Cuida al Barrio.

Ministerio de Salud de la Nación (MSN) y Ministerio de Desarrollo Social de la Nación (MDSN) (2020) Resolución Conjunta 2/2020 que aprueba en el Anexo 1 las "Recomendaciones y medidas específicas para evitar la propagación del COVID-19 en barrios populares y cuidado de adultos mayores". (17/4/20) IF-2020-25824744-APN-SAS#MS

Ministerio de Salud de la Nación (MSN) y Ministerio de Trabajo, Empleo y Seguridad Social de la Nación (2020) Resolución Conjunta 03/2020 que aprueba el Anexo I "Procedimiento para la gestión y pago de asignación estímulo a trabajadores y trabajadoras de salud expuestos/as y/o abocados/as COVID-19". (18/04/2020) (IF-2020-26419857-APN-DNCSSYRS#MS)

Ministerio de Salud de la Provincia de Buenos Aires (MSPBA) (2020a) "Abordaje Territorial para la Respuesta al Coronavirus en los barrios" Dirección Provincial de Salud Comunitaria. Mayo

Ministerio de Salud de la Provincia de Buenos Aires (MSPBA) (2020b) "Protocolo para la Atención Primaria de la Salud ante la actual pandemia de SARS-CoV-2 (COVID-19). Organización del primer nivel de atención para la respuesta ante la contingencia" 24 de abril.

Ministerio de Salud de la Provincia de Buenos Aires (MSPBA) (2020c) Boletín Nro. 2 de la Dirección Provincial de Salud Comunitaria. Agosto.