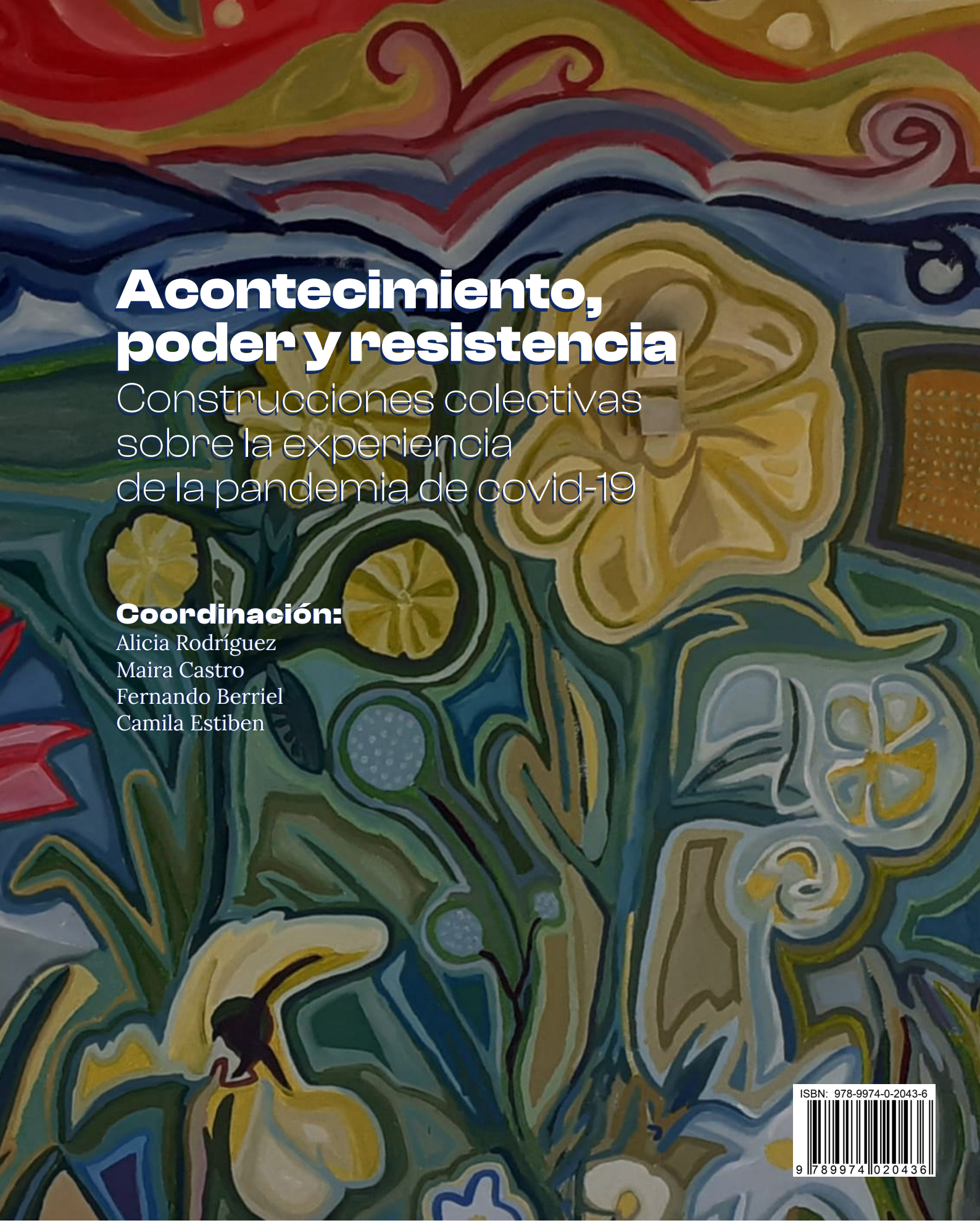


Acontecimiento, poder y resistencia

Construcciones colectivas sobre la experiencia de la pandemia de covid-19

Coordinación:
Alicia Rodríguez
Maira Castro
Fernando Berriel
Camila Estiben

ISBN: 978-9974-0-2043-6

cien
Centro Interdisciplinario de Envejecimiento

Facultad de Enfermería

Facultad de Psicología
UNIVERSIDAD DE LA REPÚBLICA

UNIVERSIDAD DE LA REPÚBLICA URUGUAY

Acontecimiento, poder y resistencia

Construcciones colectivas sobre la experiencia de la pandemia de covid-19

Servicios universitarios involucrados:
Facultad de Psicología (FP)
Facultad de Enfermería (FE)
Centro Interdisciplinario de Envejecimiento, Espacio Interdisciplinario (CIEn, EI)

Autoras y autores:
Fernando Berriel (FP, CIEn)
Maira Castro (FE)
Camila Estiben (FE)
María Ana Folle FP)
Nancy Pérez (FE)
Robert Pérez (FP, CIEn)
Luján Ríos (FP, EI)
Alicia Rodríguez (FP)
Rosana Rodríguez (FE)
Francis Silvera (EI)

Corrección y diseño:
tres corrección de textos

Arte de tapa:
Flores de campo, extracto de un mural de Nelson de León

ISBN
978-9974-0-2043-6

Reconocimiento - No Comercial - Compartir Igual (by-nc-sa)
Esta licencia no permite un uso comercial de la obra original ni de las posibles obras derivadas. Además, la distribución de estas obras derivadas se debe hacer con una licencia igual a la que regula la obra original.

Índice

4 Agradecimientos

5 Presentación I. Prof. Tit. Mag. Fernando Bertolotto, Facultad de Enfermería, Universidad de la República

8 Presentación II. Prof. Tit. Mag. Enrico Irrazábal, Facultad de Psicología, Universidad de la República

12 Prólogo. Dra. Mary Jane Spink, Pontificia Universidad Católica de San Pablo, Brasil

17 Introducción

23 **Primera Parte.** Los procesos psicosociales en el marco de la pandemia de covid-19. Una aproximación teórica y metodológica

35 **Segunda Parte.** Los colectivos participantes

- 36 **Vivencias y prácticas de los equipos del primer nivel de atención a la salud en la pandemia. Un estudio de caso.** Robert Pérez (FP, CIEn) y Rosana Rodríguez (FE)
- 65 **Las organizaciones de personas mayores ante la pandemia: narrativas, capacidad de acción y acontecimiento.** Fernando Berriel (FP, CIEn), Luján Ríos (FP, EI) y Francis Silvera (EI)
- 94 **Integralidad, cuidados y resistencias: aportes de los equipos socioeducativos a la comprensión de la dimensión psicosocial de la pandemia.** Maira Castro (FE) y Alicia Rodríguez (FP)
- 115 **«Doble reja»: consideraciones sobre las producciones subjetivas y las prácticas organizacionales durante el confinamiento por la pandemia de covid-19 en privación de libertad.** Camila Estiben (FE), María Ana Folle (FP) y Nancy Pérez (FE)

139 **Tercera Parte.** Consideraciones finales

Agradecimientos

A los colectivos participantes: trabajadoras de la salud del primer nivel de atención de la Intendencia de Montevideo, integrantes de la Red de Organizaciones de Personas Mayores, trabajadoras y trabajadores del Instituto de Promoción Económica y Social y operadoras carcelarias y trabajadoras de la salud del sistema penitenciario (ASSE).

A quienes integraron el equipo de investigación en algunos períodos de su desarrollo o participaron puntualmente: Prof. Tit. Mag. Fernando Bertolotto (Facultad de Enfermería), Prof. Agr. Silvia Crosa (Facultad de Enfermería), Prof. Tit. Isabel Silva (Facultad de Enfermería), Asist. Sebastián Gadea (Facultad de Enfermería), Prof. Adj. Carolina Guidotti (Facultad de Psicología), Prof. Agr. Nicolás Rodríguez (Facultad de Psicología), maestranda Lic. Antonela Torelli (Facultad de Psicología) y estudiantes de grado y posgrado de la Facultad de Psicología Dyliana Giménez, Nuzha Adib, Jessica García y Bárbara Vallarino.

Presentación I

---

impacto
Del lat. tardío *impactus*.
1. m. Choque de un proyectil o de otro objeto contra algo o alguien.
2. m. Huella o señal que deja un impacto.
3. m. Efecto de una fuerza aplicada bruscamente.
4. m. Golpe emocional producido por un acontecimiento o una noticia desconcertantes.
5. m. Efecto producido en la opinión pública por un acontecimiento, una disposición de la autoridad, una noticia, una catástrofe, etc.

---

impacto ambiental
1. m. Conjunto de posibles efectos sobre el medio ambiente de una modificación del entorno natural, como consecuencia de obras u otras actividades.

Fuente: Real Academia Española

La palabra **impacto** viene del latín *impactus*. No se trata de un choque cualquiera, sino de un choque con penetración, como el de una bala en el blanco. Esto es porque la palabra se compone de in- (hacia el interior) y la raíz del verbo *pangere*, *pactum*, que significa clavar, fijar o ensamblar.

Fuente: *Diccionario etimológico castellano en línea*

Cuando, en abril del año 2020, los decanos de las facultades de Enfermería y Psicología nos encomendaron al profesor Robert Pérez y a quien suscribe dar continuidad a la discusión que habían tenido con el señor rector respecto «al interés y la necesidad de estudiar el impacto psicosocial de la pandemia de covid-19 en el funcionamiento de diferentes grupos sociales» organizando un equipo multidisciplinario de investigadores de nuestras facultades que pudiera problematizar una dimensión que en ese momento estaba siendo

ocultada por el manejo necesariamente casi de forma exclusiva desde el punto de vista sanitario, percibimos el interés y la complejidad de la misión.

Efectivamente, un primer análisis de la literatura nacional e internacional (*scoping review*) sobre estudios de impacto de la pandemia, realizado al momento de la decisión de lanzar este trabajo (mayo de 2020), confirmó, por un lado, el interés de desarrollarlo, al constatar la casi inexistencia de trabajos que consideraran esta problemática, pues la mayoría de ellos eran estudios epidemiológicos centrados en la gestión clínica de las patologías implicadas en la epidemia (HIV, H1N1, covid-19, etcétera), en tanto otros focalizaban el análisis en los procesos (Reed *et al.*, 2013), en los determinantes (Singer y Merrill, 2009) de los programas de salud pública destinados a la gestión de brotes epidémicos o en el impacto psicosocial de la pandemia, para lo que reducían su análisis al impacto de la pandemia en la salud mental de las personas infectadas y de las personas profesionales de la salud encargadas de su cuidado, desde una perspectiva médico-psiquiátrica (Leiva, 2020). Por otro lado, a diferencia de lo que podría suponerse desde una perspectiva académica o incluso de sentido común, la revisión también confirmó que «la dimensión psicosocial» de la pandemia no es un concepto ni tampoco una dimensión claramente delimitada del estudio de los fenómenos epidémicos en el campo de la salud pública, por lo que se señala el interés de clarificar de qué se trata y apreciar su incidencia en las diferentes fases de los procesos epidémicos.

El análisis de esta problemática suponía, así, un ejercicio complejo y desafiante, que obligaba a construir una estrategia colaborativa basada en un marco conceptual y metodológico que, combinando las perspectivas propias de las disciplinas convocadas (psicología, psicología social, enfermería, salud pública), permitiera abordar la experiencia inédita de un fenómeno sanitario global, determinado por opciones de política pública local, que estaban viviendo diferentes categorías de sujetos en espacios diversos, desarrollando estrategias de adaptación individuales y colectivas singulares, que cuestionaban sus formas de organización y de funcionamiento ordinario, a la vez que interpelando sus marcos de referencia culturales y prácticos, formales e informales.

El equipo responsable del proyecto de investigación-acción «Procesos psicosociales en el marco de la pandemia de covid-19: abordajes colectivos de reflexión y acción (Montevideo-Uruguay, 2020)», cuyos resultados son presentados en este libro, definió dos objetivos principales: por un lado, analizar, junto con los actores involucrados, los procesos psicosociales vinculados a la pandemia que se ponían en juego en sus colectivos; por otro lado, contribuir en los procesos de reflexión y diseño de estrategias de acción que estos actores elaboraban en sus respectivos campos de acción.

Los resultados presentados revelan el carácter claramente traumático de la experiencia de la pandemia para todos los actores sociales considerados, independientemente del escenario social en el que se desempeñaban,

y dejan en evidencia el carácter de construcción social del escenario pandémico. Muestran, asimismo, que el trauma no lo genera solamente el agente viral implicado, sino también determinantes contextuales de orden político, económico, social, institucional y organizacional. Los procesos de adaptación descriptos parecen seguir un patrón de desconstrucción y recomposición de subjetividades y prácticas sociales estructurantes del hacer colectivo, que parecen seguir un desarrollo similar al descripto por la psiquiatra suiza Elisabeth Kübler-Ross para caracterizar las grandes etapas del duelo (negación, ira, negociación, depresión y aceptación; se desarrollan en mayor o menor grado y no necesariamente en el mismo orden según las personas). Los procesos revelados aparecen como determinantes mayores de las capacidades de estos actores, y por lo tanto de las instituciones a las que pertenecen, para responder de manera adaptada a los desafíos planteados por una situación de pandemia a corto (fase inicial), mediano (fase de instalación, despegue y remisión del número de casos) y largo plazo (fase pospandémica), lo que genera una base de orientación particularmente útil para la definición de políticas públicas adecuadas al manejo de este tipo de situaciones.

La experiencia de trabajo interdisciplinario desarrollada por los equipos de las facultades de Enfermería y Psicología constituye un ejemplo particularmente interesante de los aportes que pueden generar estas disciplinas para la comprensión de problemáticas complejas como el cuidado humano.

Referencias bibliográficas

Kübler-Ross, E. y Kessler, D. (2006). *Sobre el duelo y el dolor*. Ediciones Luciérnaga.

Leiva, A. M., Nazar, G., Martínez, M. A., Petermann, F., Ricchezza, J. y Celis, C. (2020). Dimensión psicosocial de la pandemia: la otra cara del Covid-19, en *Ciencia y Enfermería*, 26, 10. DOI: https://dx.doi.org/10.29393/ce26-3dpal60003.

Reed, C., Biggerstaff, M., Finelli, L., Koonin, L. M., Beauvais, D., Uzicanin, A., Plummer, A., Bresee, J., Redd, S. C. y Jernigan, D. B. (2013). Novel Framework for Assessing Epidemiologic Effects of Influenza Epidemics and Pandemics, en *Emerging Infectious Diseases*, 19 (1), 85-91. DOI: https://doi.org/10.3201/eid1901.120124.

Singer, M. (2009). *Introduction to syndemics: a critical systems approach to public and community health*. Jossey-Bass.

Fernando Bertolotto
Decano
Profesor titular
Director de la Unidad de Investigación
Cocoordinador del Centro Interdisciplinario de Envejecimiento
Facultad de Enfermería
Universidad de la República

Presentación II

Agradecimiento por permitirme acompañar a través de esta presentación

Este libro es el resultado de un proceso de investigación compartido, en relación, para el que se formó un encuentro entre la Facultad de Psicología, desde el Instituto de Psicología Social, la Facultad de Enfermería y el Centro Interdisciplinario de Envejecimiento, que trabaja en una compleja dimensión, que denominan *psicosocial*, de la pandemia de covid-19.

Un texto de estas características es una narración que tiene como objetivo comunicar acciones y reflexiones de una práctica en condiciones novedosas y emergentes. Pero el texto siempre desborda o es desbordado por imágenes de las experiencias vividas, la incertidumbre, el miedo que todas y todos recorrimos. También por las recomposiciones, los aprendizajes, los colectivos, las estrategias de reflexión e intervención. El conjunto de los artículos publicados tiene sus propias cadencias, los ritmos propios de autoras y autores, sus vidas, aprendizajes y despliegues en el campo, muchas, muchos de ellos conocidos, otros no. Pero en todos los casos dicen más de lo que las narraciones establecen. Alguien dijo que los libros los escriben las personas lectoras, porque la propagación de significaciones y sentidos multidisciplinarios la dan la sensualidad y la memoria. La gama enmarañada de nuestros sentidos y percepciones, laboriosamente trabajados por agenciamientos histórico-sociales; los artículos delimitan la dimensión biopolítica de estos, se someten y resisten, inventan modos diferentes de sentir, y diría algo más: capacidad de afectación. De ahí memoria en tanto sí mismo, lo que somos. Al fin, las autoras y los autores se expresan o se expresa el sentido que en este caso cada persona lectora le da porque sabe más de lo que lee, de aquella o aquel que escribe, aunque desconoce a otras y otros, pero supone una especie de extratexto fundante también.

Así que textos y autoras y autores me permiten entender o hacer una apuesta de comprensión de lo escrito, además de aprender. Por último, doble agradecimiento, que fue lo que intenté decir: aprender de quienes escribieron y la invitación a realizar esta presentación.

La cuestión de la memoria

Este trabajo plantea un punto nodal respecto de la memoria a tres bandas. Una, la necesidad de recopilar, sistematizar, ordenar acontecimientos que sucedieron, medidas gubernamentales, sanitarias, reglamentarias y sociales: el conjunto de ideas técnicas (aunque siempre políticas, o quizás debería decir ético-políticas) que sostendrían tales procedimientos y una reflexión crítica. En segundo lugar, la secuencialidad de informaciones, organizaciones, decisiones y efectos en el desarrollo, en el imperio de la pandemia. En última instancia, respecto de la urgente necesidad de hacer memoria plantea no solo hechos objetivables, situaciones, lugares, organizaciones y secuencias, sino elementos definidos de un complejo. La memoria o las memorias están compuestas por los olvidos, las memorias no se reducen a los recuerdos, las memorias no son un esfuerzo por recordar cronológicamente lo que sucedió. La memoria son procesos en movimiento, no acabados, en producción permanente; este texto es integrante de ella. La escritura es una capa liminar importante y una capa más de significaciones, reflexiones que presentan las experiencias respecto de la pandemia. Son también la presentación de la constricción del tiempo moderno, la visión bergsoniana (Deleuze, 1987) de la instantaneidad del presente, como un pasado que se va sucediendo, por lo tanto la memoria es una memoria del presente que deja de ser. Lo remoto y lo presente que se va convirtiendo en pasado a alta velocidad compondrán la memoria, siempre y cuando hagamos un trabajo, una acción de recordar el presente, de entenderlo, atenderlo, reflexionarlo, darnos cuenta de este; si no, será imposible que podamos registrarlo, fijarlo. Por ello, este trabajo es una tarea sobre la memoria: no solo nos recuerda qué pasó y cómo pasó, sino cómo pasa ahora, ahora, ahora, ahora y así. Así es el modo de entender, enseñar, aprender, formarnos, producir conocimientos, aportar con compromiso social conocimientos útiles al demos.

La memoria a la que contribuye este trabajo, que conforma miméticamente estos escritos, son de sí mismo, proporciona sentidos, significaciones a quien lee, actriz, actor de la trama relatada. Pero es imprescindible esa memoria que no es un recuerdo calendarizado de hechos, sino un proceso identificatorio imposible de acabar, procesos subjetivantes heterogéneos, aperturas a estrategias multiplicitarias de aprendizajes y abordajes en salud, salud mental sin dudas, con todos los cuestionamientos que debemos hacerle al concepto. Un libro, apertura a modos de buen vivir.

Ideas más generales o transversales al texto

Es una o varias investigaciones, con ideas transversales en el trabajo de reflexión, en los diferentes artículos de la publicación. Estos refieren a una variada y compleja trama, a veces contradictoria y otras, convergente de multiplicidades intensas, anteriores, simultáneas y posteriores al momento

de emergencia sanitaria por esta pandemia. En este amplio campo que van descubriendo los textos aparece un vector subjetivante de enorme potencia, que es el pliegue de estas temporalidades y de la «internalización», la combinación, la composición de una «exterioridad» y una «interioridad», un plano de consistencia en el que políticas de salud pública anteriores contribuyen a favorecer desarrollos necesarios, deseables, pero a su vez otras políticas más actuales se muestran en toda su magnitud, negativa, destructiva, las cuales han sido y son señaladas desde la comunidad y la academia. Pero además, cuando las políticas públicas son políticas variables, endebles, modificables según intereses que se separan de la res pública, emergen y se visibilizan en toda su significación, algo desaconsejable, desde mi perspectiva, pero mucho más importante desde las recomendaciones de los organismos internacionales de salud y del acumulado histórico de los equipos de la Universidad de la República.

Las intervenciones y las investigaciones constatan las dificultades que plantea la pandemia en los diferentes colectivos y organizaciones, pero también aprendizajes y aperturas a otros modos de comunicación y participación, lo que permite visibilidades a conexiones nuevas.

Necesaria e imprescindible

La lectura de este libro es necesaria e imprescindible porque realiza una producción de conocimiento fundada, que desarma cualquier olvido u opinión sobre una de las crisis de la humanidad contemporánea, escrita de manera clara para colaborar con la comprensión para el público en general y las miradas más especializadas. Tan importante es entender qué nos pasa en la pandemia, qué afectaciones se realizan en el plano de la salud y de qué manera se producen mutaciones subjetivantes que no se agotan con la resolución del fin de la emergencia sanitaria, sino que cambió los modos de relacionarse y nos advierte que los efectos continúan.

Tiene la capacidad de establecer una discusión, un cuestionamiento de lo naturalizado, aquello de lo que no se discute e incluso puede estar en un plano de imposibilidad de ser pensado por su propia textura, naturaleza, urgencia, inmediatez, asentamiento estabilizado de prácticas profesionales y acciones cotidianas sociales. Los trabajos reunidos en esta publicación instalan interrogantes que permiten ver las problemáticas que dimensiones diversas conforman, pero sobre todo unas tecnologías de punta, hiperespecializadas y conformadoras de realidad que proponen, aseguran, establecen modos subjetivantes, como lo plantea Rose (1996).

Una dimensión, por lo tanto, que se ocupa de asentar planos de consistencia, variables concurrentes a una composición, aseveraciones vueltas interrogantes, reflexión sobre la ética, tanto comportamientos acordados o no como ejercicios especializados, fragmentadores de disciplinas de la

salud, como las matrices teórico-conceptuales que sostienen, estrategias de intervención, abordajes y herramientas. Muestran las diferencias de naturaleza y la concurrencia de variables hacia la composición de lo que se denomina *problema*; en síntesis, aclaran la inmanencia de sus abordajes y de sus expresiones, cuerpos, palabras, relatos.

Por otro lado, reitero, el modo de escritura y las acciones de producción de conocimiento universitarios rescatan ante el miedo, la estereotipia, la fragmentación y el dolor las funciones universitarias de la extensión y la investigación, que en un solo acto insistente produce conocimientos y los comunica en el texto.

Un tercer elemento es la necesidad o el lugar que puede ocupar esta publicación, que, siguiendo las dos dimensiones anteriormente señaladas, es un apoyo para la enseñanza y la divulgación pública, es decir, para la labor universitaria.

También permite recuperar, para no olvidar y resignificar la experiencia realizada socialmente y específicamente por la Universidad de la República.

Referencias bibliográficas

Deleuze, G. (1987). *El bergsonismo*. Madrid.
Rose, N. (1996). *Inventing our Selves*. Cambridge University Press.

Enrico Irrazábal
Decano
Profesor titular
Instituto de Psicología Social
Facultad de Psicología
Universidad de la República

Prólogo

Memoria de la pandemia: incertidumbres, rupturas y estrategias de resistencia

Después de tantos meses desde que, bien o mal, intentamos obedecer la norma de «quedate en casa», no parece que hayamos pasado por un desastre de magnitud sin parangón. ¿Será que nos hemos adaptado a la presencia constante del SARS-CoV-2 en sus múltiples transformaciones? ¿Respiramos aliviados y reanudamos nuestras actividades? ¿Enterramos las experiencias desagradables y miramos hacia el futuro? ¡Por supuesto que no! Sería una mera ilusión pensar que podemos despojarnos de los recuerdos como si fueran una chaqueta incómoda. Además de enfrentarnos a un virus tan bien adaptado que se propaga con nuevos disfraces —las nuevas cepas—, vivimos una «covid-19 prolongada», con efectos que extrapolan los dominios biológicos y se extienden a todo el tejido social. Es en este contexto en el que leo y comento el libro *Acontecimiento, poder y resistencia. Construcciones colectivas sobre la experiencia de la pandemia de covid-19*. Lo trato como una invitación a reflexionar sobre lo que ha pasado y, sobre todo, lo que queda: la covid-19 prolongada psicosocial.

¿Por qué traigo a este prólogo la covid-19 prolongada? Obviamente, caería en la trampa del discurso biomédico si me refiriera a los síntomas residuales de la infección por SARS-CoV-2. Por lo tanto, quiero dejar claro que me refiero a la covid-19 prolongada psicosocial y, en cualquier caso, la utilizo como metáfora. A los síntomas también, después de todo, los casos de depresión han crecido enormemente, pero sobre todo me refiero a las memorias de experiencias que perduran en el tiempo. Son precisamente estas memorias el centro de este libro: testimonios de protagonistas de cuatro tipos diferentes de colectivos que nos hablan del pasado, pero que son resignificaciones actuales de experiencias pasadas. Este es el papel de la memoria: recordar para resignificar. Presente y pasado entrelazados que se proyectan en el futuro: ¿qué haríamos diferente si nos enfrentáramos ahora a una situación similar?

Al fin y al cabo, no es la primera vez que nos enfrentamos a una pandemia o a un problema sanitario atravesado por incertidumbres. Basta recordar la gripe española de 1918 o, más recientemente, la epidemia de sida. La pregunta que nos hacemos, y que creo que es el eje transversal de este libro,

es cuál es la singularidad de esta pandemia cuando nos centramos en las cuestiones psicosociales que fueron pospuestas frente a la hegemonía del discurso biomédico durante la crisis sanitaria, cuestiones que empiezan a emerger de los recuerdos borrosos de las vivencias de los momentos más críticos de la covid-19.

Muchas producciones sobre la pandemia fueron formas de hacer frente a la situación de crisis, formas de dar sentido a los virus y sus artimañas y a las políticas de contención, más suaves en algunos países, más duras en otros. Muchas de estas producciones, especialmente las derivadas del ámbito científico y las autoridades sanitarias, constituyeron sobrevuelos: una mirada desde arriba, desde acumulados de información con predominio de modos de ser de la epidemiología. La propuesta de este libro es diferente y, siguiendo el ejemplo de producciones más cercanas a las ciencias sociales críticas, va en la dirección opuesta a los sobrevuelos: bucea en lo cotidiano de las personas que formaron parte de los colectivos estudiados.

Lo cotidiano, obviamente, es efímero. No se deja aprisionar. Por lo tanto, lo que tenemos son memorias residuales que forman parte de procesos de producción de sentido que no tienen temporalidad, sino que transitan del pasado al presente y se proyectan en el futuro: las lecciones aprendidas sobre nuestros potenciales de resistencia.

Entonces, ¿con qué lentes miraron las autoras y los autores este vínculo entre pasado y presente? ¿Y qué herramientas utilizaron para recorrer estos caminos? ¿Quiénes fueron sus interlocutores? ¿Y qué podemos aprender de ello? En una futura crisis sanitaria, ¿cómo podemos hacernos presentes desde la psicología social sin que nos silencien los portavoces de las áreas biomédicas?

Veo este libro como el resultado de una estrategia de afrontamiento de carácter colectivo que tiene como disparador una convocatoria por parte del Rectorado a varias áreas de la universidad tendiente a generar sinergias entre las funciones de docencia, investigación y extensión para atender las necesidades y las problemáticas planteadas por la emergencia sanitaria generada por la covid-19. En el caso concreto de este libro, dos facultades respondieron a este llamado y trabajaron conjuntamente, Psicología y Enfermería, para abordar la dimensión psicosocial de la pandemia, un aspecto desatendido por las medidas biomédicas iniciales. Con la salud como hilo conductor, se incorporaron varias disciplinas. En psicología: la psicología social, la psicología comunitaria, la salud mental y la psicogerontología. En enfermería: salud mental, enfermería comunitaria y atención primaria. A ellos se unieron un estadístico y dos sociólogas.

Con base en experiencias previas con colectivos y organizaciones, se conformaron subgrupos interdisciplinarios para trabajar con a) equipos de atención primaria de la salud, b) asociaciones de personas mayores, c) equipos

socioeducativos y d) trabajadores penitenciarios de primera línea. En palabras de las autoras y los autores, «nos propusimos abordar la pandemia como una construcción social mediada por un virus y problematizar su dimensión psicosocial con el objetivo de generar una comprensión del fenómeno que promoviera el fortalecimiento de diversos colectivos». Y, claro, contribuir a la reflexión sobre la pandemia y al diseño de estrategias de acción relacionadas con sus dimensiones psicosociales. Las autoras y los autores ya participaban en algunas actividades de los colectivos estudiados, y la pandemia, en un primer momento, impuso la paralización de muchas de las actividades que realizaban. Así, la investigación fue una forma de retomar el contacto y, sobre todo, de ser útiles, de ahí la acertada elección de la investigación-acción, un tipo de investigación que valora el aprendizaje conjunto de todas las personas y se guía por las posibilidades de transformación que surgen de estas experiencias.

De una forma u otra, la noción de ruptura impregna todas las narrativas y, sin embargo, no deriva únicamente de la pandemia. La pandemia llega en un momento de importantes cambios en el panorama político uruguayo y las incertidumbres de un nuevo gobierno se sumaron, por tanto, a las incertidumbres que rodeaban a este nuevo virus. En este caso, no se trataba solo de un nuevo gobierno, sino de un cambio radical, con el pasaje de un gobierno progresista a uno de centroderecha. Había, entonces, expectativas de cambios estructurales, con una posible pérdida de autonomía por parte de los colectivos y el cierre de varios programas.

De forma más inmediata, las medidas para contener la circulación del virus provocaron trastornos generalizados en los cuatro colectivos. Siguiendo las directrices internacionales, Uruguay también se centró en el distanciamiento físico para reducir la posibilidad de contagio: restringió la movilidad urbana, prohibió actividades que pudieran provocar aglomeraciones y exigió el uso de tapabocas. De hecho, en la fase inicial de la pandemia, de marzo a diciembre de 2020, Uruguay fue considerado el país con más éxito en la contención de la circulación del virus, éxito atribuido a la creación del Grupo Científico Asesor Honorario (GACH). Sin embargo, la llegada de una nueva cepa, la «brasileña» (la variante gamma), la relajación de la vigilancia y la apertura de la economía provocaron una nueva ola de infecciones y muertes a principios de 2021. La llegada de la vacuna a mediados de año permitió revertir la situación.

Muchas de las actividades de investigación que se relatan en este libro se llevaron a cabo en el segundo semestre de 2020 y, por lo tanto, en un momento en el que las medidas de contención estaban firmemente implantadas y el distanciamiento físico y la limitación de movimientos afectaban a los cuatro colectivos. En el caso del equipo de atención primaria de la salud, por ejemplo, hubo que interrumpir la política institucional de trabajar con las puertas abiertas a la comunidad. Asimismo, se paralizó la atención a cualquier problema que no fuera covid-19, una ruptura en la vocación de la atención primaria

que dejó a la población usuaria más desamparada y vulnerable. Para las personas mayores, el encierro generó la pérdida de contacto con amigos y familiares y, en cierto modo, la ruptura de la participación más directa en la Red Nacional de Organizaciones de Personas Mayores (Redam). Para los equipos socioeducativos, el trabajo social, que implicaba visitas e intervenciones en las familias más vulnerables, tuvo que interrumpirse temporalmente, lo que hizo inviable la asistencia. Y para las trabajadoras penitenciarias, la prohibición de las visitas a las presas generó muchos problemas.

Hay dos cuestiones que merecen especial atención. La primera es la reanudación del discurso sobre los grupos de riesgo, especialmente en el caso de las personas mayores. Se trata de una noción que fue muy criticada durante la epidemia de sida por su potencial discriminador. No cabe duda de que la epidemia afecta a las personas mayores debido a los riesgos potenciales asociados a las comorbilidades y a la propia dinámica del envejecimiento. Sin embargo, el discurso predominante de los «grupos de riesgo» también repercute en la creación de tipos de personas, subproductos, como propone Ian Hacking, de las clasificaciones. La construcción de tipos de personas es un tema recurrente en los textos de Hacking y en lo que respecta a las ciencias existen varios motores de descubrimiento de tipos de personas, por ejemplo, la estadística y sus grupos de riesgo. «Son motores de descubrimiento, que tienen efectos secundarios que rara vez se notan: porque también son motores para inventar personas» (Hacking, 2006, p. 293).

Los efectos de esta clasificación son visibles en las declaraciones de participantes en el estudio.

> ¿Por qué está pasando esto? ¿Por qué tengo que estar encerrado? [...] Porque tengo más de 65 ya es ese bombardeo de «no salgas», de «cuidate que sos de riesgo»; lo tomábamos con temor [...] los dos primeros meses fueron bastante duros por la información y por esa incertidumbre (segunda reunión con la Redam, julio de 2020).

> Yo me comparo con una persona de cuarenta y pico de años que tiene problemas respiratorios, problemas de esto y de lo otro, y no es una persona de riesgo, sin embargo yo con 80 años no tengo ese problema y soy persona de riesgo (sexta reunión con la Redam, agosto de 2020).

El otro tema fascinante presente en los capítulos de este libro es el uso de las tecnologías de la información y la comunicación (TIC). Todos y todas nos hemos visto obligados y obligadas a ser capaces de utilizar formas de comunicación «a distancia» para que nuestras actividades no se detuvieran: grupos de WhatsApp, plataformas como Zoom y Microsoft Teams, Google Meet, entre otros. Impartimos clases, celebramos reuniones y chateamos

con familiares y amigos encerrados en nuestras casas. En el caso de los colectivos investigados, el impacto de las TIC fue especialmente llamativo para las personas mayores que participaron en la Redam. En el lado positivo, la incorporación de la tecnología ha aumentado la capacidad de encuentro y acción e incluso las reuniones se hicieron más frecuentes que antes, cuando eran presenciales. Sin embargo, no todo el mundo tiene acceso a TIC, ya sea por falta de equipamiento o de acceso a internet. Así, las TIC también dan visibilidad a una vulnerabilidad en cascada, un proceso que también estaba presente en otros colectivos. Es como si hubiéramos vivido dos pandemias: la de las personas con acceso a los servicios y la de las que se quedaron en los márgenes. Ellas también sufren, hoy, la covid-19 prolongada psicosocial —basta con ver, en el caso de San Pablo, el aumento de la inseguridad alimentaria resultante de la pérdida del empleo, la enfermedad, la interrupción de la prestación de servicios.

Cierro estas consideraciones retomando los objetivos de la investigación: dar visibilidad a los procesos psicosociales de la pandemia. No resumiré la excelente síntesis del último capítulo del libro. No tendría sentido. Sin embargo, siguiendo a Annemarie Mol (2002), vale la pena señalar que estos procesos son múltiples y que se llevan a cabo de diferentes maneras en distintos contextos. A veces son sentimientos (miedo, incertidumbre, por ejemplo); en otros contextos son revueltas (contra la reclusión en grupos de riesgo, por no poder realizar actividades que se consideran adecuadas); también son confrontaciones de materialidades, como las restricciones impuestas por el uso de tapabocas, la violencia institucional e incluso la abundancia de protocolos y recomendaciones de diversas fuentes (como la Administración de los Servicios de Salud del Estado, el Ministerio de Salud Pública, la Intendencia de Montevideo y el sindicato de trabajadores de la Intendencia de Montevideo, en el caso de la atención primaria) que no siempre eran congruentes entre sí. Los procesos psicosociales, por tanto, son objetos múltiples y, como señalan las autoras y los autores de este libro, son las prácticas cotidianas las que arrojan luz sobre esta multiplicidad.

¡Buena lectura!

Referencias bibliográficas

Hacking, I. (2006). *Kinds of people: moving targets*. British Academy Lecture.
Mol, A. (2002). *The body multiple: ontology in medical practice*. Duke University Press.

Mary Jane Paris Spink
Pontificia Universidad Católica de San Pablo, Brasil
17 de febrero de 2023
Traducido del portugués por el equipo editorial

Introducción

En diciembre de 2019, se conocieron los primeros casos en la República Popular China de neumonía ocasionada por un nuevo coronavirus (SARS-CoV-2). Este virus causa diversos cuadros clínicos, que van desde un resfriado común hasta neumonía grave, que se denominan covid-19 (Ministerio de Sanidad de España, 2020). Hacia fines de enero de 2020 la epidemia de covid-19 fue caracterizada por la Organización Mundial de la Salud (OMS) como una emergencia de salud pública de preocupación internacional, y a partir del 11 de marzo fue considerada una pandemia.

En Uruguay, el mes de marzo del año 2020 estuvo marcado por dos grandes sucesos: a 13 días de la asunción de un nuevo gobierno de coalición con una orientación ideológica de derecha, que marcaba un fin al período de 15 años de gobierno progresista a cargo del Frente Amplio, se identifica el primer caso de covid-19 y se declara la emergencia sanitaria: a un contexto de cambio político y de incertidumbre en relación con el devenir de la administración y las políticas públicas se agrega el temor frente a la pandemia y la necesidad de buscar soluciones sanitarias para mitigar sus impactos.

Una de las primeras medidas tomadas por el gobierno fue la conformación de un equipo de científicos expertos de alta calificación, que funcionara como asesor de la Presidencia y realizara recomendaciones basadas en evidencias científicas de las áreas de la salud y la ciencia de datos. Así es que, a partir del 16 de abril de 2020, se conforma el Grupo Asesor Científico Honorario (GACH), integrado, inicialmente, por profesionales del área biomédica (médicos de diversas especialidades, de biofísica, epidemiología, microbiología, virología, inmunología, infectología, intensivista, odontología, psiquiatría, Nutrición y Enfermería, entre otras), del área de la ingeniería y la matemática, y de las tecnologías de la información (Presidencia de la República, 2020; Gatti *et al.*, 2020). Este grupo fue generando un análisis de los casos y sus proyecciones, en términos de contagios y demanda de servicios hospitalarios (sobre todo de centros de tratamiento intensivo), con énfasis en las poblaciones consideradas en situación de mayor riesgo. Asimismo, propuso la creación del Observatorio Socioeconómico y Comportamental (OSC), con-

formado por investigadores e investigadoras del área de las ciencias sociales, con el objetivo de estudiar los impactos de la pandemia en distintas áreas.

De acuerdo con el Tercer Informe del OSC (Filgueira *et al.*, 2021b), en nuestro país se pueden diferenciar cuatro etapas desde el comienzo de la pandemia de covid-19, en marzo de 2020, hasta finales de 2021. Durante la primera etapa, comprendida entre marzo y mayo de 2020, se observó una importante contención de la pandemia, con reducción de la movilidad y una respuesta de mitigación social focalizada en los sectores económico-sociales con mayores niveles de formalización —de forma robusta— y en la población más vulnerable —de manera insuficiente y precaria—. La segunda etapa, entre junio y noviembre de 2020, se caracterizó por la continuidad en la respuesta social asimétrica, la aplicación de la estrategia «tetris» (testear, rastrear y aislar) y la flexibilización en la movilidad. Entre diciembre de 2020 y junio de 2021 transcurrió la tercera etapa, con circulación comunitaria del virus, un incremento importante de casos y muertes, una restricción moderada de la movilidad y una leve mejora en la mitigación social y económica. La cuarta etapa, a partir de julio de 2021, se focalizó en la estrategia de vacunación y se observó un mayor control de la epidemia. Sin embargo, persisten las asimetrías en el abordaje de las distintas situaciones, agravadas por la desigualdad preexistente.

Durante este proceso, los indicadores de vigilancia epidemiológica pasaron a ocupar un plano protagónico en los medios de comunicación, con el número de casos positivos, las internaciones y las muertes como los parámetros fundamentales a través de los cuales se determinaron y justificaron las respuestas brindadas desde el gobierno nacional. La implementación de las medidas estuvo focalizada en la disminución de la circulación, la suspensión de actividades presenciales en todos los niveles educativos, el distanciamiento físico entre personas, la prohibición de los espectáculos públicos y las reuniones presenciales y la aplicación de protocolos de bioseguridad para las actividades socioeconómicas y comerciales. Sobre la base de definiciones que no suponían la obligatoriedad explícita de adoptar estas medidas (aunque sí formas de coacción de distinto tipo y en distintos niveles), las frases *libertad responsable* y *quedate en casa* aparecieron en la escena como ejes de la estrategia comunicacional del gobierno, que respondía simultáneamente a la problemática sanitaria y al posicionamiento ante la opinión pública. Se pone de manifiesto, entonces, una impronta liberal imperante en el abordaje de la pandemia, sustentada en un discurso del riesgo en que el libre albedrío aparece como determinante de la conducta de los individuos, sin una garantía estatal de derechos y obligaciones; se favorecieron procesos de responsabilización y estigmatización individuales, al no contemplar las condiciones de contexto (social, económico, cultural, ambiental) que operaban sobre las conductas y los estilos de vida de las personas, en detrimento de la producción colectiva.

El análisis del proceso transitado en el país en relación con la pandemia nos permite ubicar ciertos núcleos problemáticos. Por un lado, la massmediatización y la globalización del fenómeno, que, más que colaborar en preservar la salud de colectivos y poblaciones vulnerables, aumentó el pánico social, lo que constituyó un obstáculo para los trabajos en salud dirigidos al cuidado mutuo y a la promoción de derechos. En segundo lugar, la incertidumbre generada por un virus y una enfermedad nuevos llevó a que solo se privilegiaran las dimensiones médicas del tema y se invisibilizaran, sobre todo en sus inicios, las determinaciones sociales, históricas y económicas del fenómeno. Por último, la propagación del virus se da en un contexto social específico y los abordajes que se proponen descansan en los modelos de salud precedentes. En este sentido, los abordajes estrictamente asistenciales, más que preventivos o de promoción de la salud, así como los enfoques hospitalocéntricos, epidemiológicos y unidisciplinares, o desde jerarquías disciplinarias, fueron parte de las propuestas dominantes en el tema.

En este escenario, partiendo de la posición clave que ocupa la Universidad de la República (Udelar), en tanto concentra el 78% de las investigadoras y los investigadores del país (Universidad de la República, 2020), y considerando su compromiso con la producción de conocimiento para dar respuesta a los problemas nacionales y a la necesidad de comprensión de temas de interés público, desde el Rectorado se convocó a diversas instancias de discusión entre los servicios universitarios para generar sinergias entre las funciones de enseñanza, investigación y extensión que pudieran atender las problemáticas y las necesidades del contexto (Universidad de la República, 2020).

Como resultado de estos encuentros, el decano de la Facultad de Psicología y la entonces decana de la Facultad de Enfermería acordaron que era necesario promover la realización de investigaciones entre ambas facultades para abordar la dimensión psicosocial de la problemática, considerando sus consecuencias sobre los sectores más vulnerables de la sociedad, con el objetivo de aportar a la perspectiva biosanitaria que primaba hasta el momento, visibilizando aquellas estrategias de resistencia colectiva que se comenzaron a gestar desde distintos actores sociales como forma de mitigar los efectos de la pandemia y enfrentar las respuestas políticas ancladas en una tendencia de regresión multidimensional en ámbitos tales como el socioeducativo, el sanitario y la propia vida democrática. De esta forma, investigadoras e investigadores de distintas unidades e institutos de dichas facultades nos pusimos en contacto y conformamos un grupo de trabajo.

El equipo no solo se conformó desde la fortaleza del trabajo entre servicios universitarios, sino que a su vez convocó distintas disciplinas y áreas temáticas de desempeño académico y profesional: licenciadas y licenciados en Psicología con un perfil relacionado con la psicología social comunitaria, la salud

mental y la psicogerontología; licenciadas en Enfermería con formación en salud mental, enfermería comunitaria, primer nivel de atención y salud pública; un licenciado en Estadística y una licenciada en Sociología, ambos con experiencia en investigación en el campo de la salud. Esta diversidad habilitó una discusión y un trabajo enriquecedor para la construcción de acuerdos en torno a conceptualizaciones y metodologías a emplear, en los que las definiciones tomadas apuntaron a analizar el fenómeno desde la producción de significados colectivos y las estrategias de resistencia en la vida cotidiana.

Desde el comienzo, a fines de marzo de 2020, identificamos la necesidad de problematizar ciertos aspectos de la pandemia que no estaban siendo considerados hasta el momento, como los procesos psicosociales desplegados, la producción de subjetividad en la vida cotidiana de los colectivos y las acciones comunitarias, considerando la dimensión política. Al hablar de los procesos psicosociales y las estrategias de resistencia colectiva, planteamos la necesidad de salir de las lógicas de interpretación basadas exclusivamente en un enfoque del riesgo y en la estimación de impactos o efectos negativos a ser diagnosticados y abordados desde las tecnologías de gobierno (Foucault, 2007). En este marco, surgieron algunas interrogantes en el equipo de trabajo: ¿cuál es la noción de lo psicosocial que impera en el abordaje de la pandemia desde el campo de la salud mental? ¿Qué papel juega esa perspectiva en las estrategias de abordaje y qué impacto pueden tener estas?

Como punto de partida, generamos una matriz de investigación y análisis común que nos permitiera continuar el trabajo con colectivos y organizaciones con los que manteníamos vínculos previos a la declaración de la emergencia sanitaria. De esta forma, se conformaron subgrupos interdisciplinares para trabajar con a) equipos socioeducativos, b) trabajadoras de la primera línea del ámbito carcelario (operadoras y profesionales de la salud), c) equipos de salud del primer nivel de atención y d) asociaciones de personas mayores. El proceso de definición e implementación del proyecto no solo habilitó nuevos abordajes para el trabajo con estos colectivos, que incorporaron aspectos relacionados con la investigación y la extensión universitaria, sino que también implicó un espacio de formación para docentes y estudiantes de grado y posgrado. En este sentido, cabe señalar la participación clave de seis estudiantes de grado y tres estudiantes de posgrado, así como también de cuatro docentes en grados de formación.

Realizamos una búsqueda bibliográfica del tipo *scoping review* a los efectos de relevar cómo se venía abordando académicamente la dimensión psicosocial de la pandemia, utilizando el buscador del Portal Timbó. Entre el 7 y el 22 de mayo de 2020 se realizaron cinco búsquedas a partir de los términos *covid-19*, *psicosocial*, *aislamiento social* y *distanciamiento social*, tanto en español como en inglés. Como resultado obtuvimos un total de 260 artículos, de los cuales seleccionamos 86 a partir de la lectura inicial

de sus títulos y resúmenes. Tras un análisis preliminar de estos 86 artículos constatamos que el desarrollo del componente psicosocial aparecía escasamente conceptualizado y problematizado, y que primaban los trabajos de tipo descriptivo y las reflexiones basadas en prácticas concretas. El abordaje de la pandemia se realizaba en términos de catástrofe y emergencia, poniendo foco en poblaciones específicas, que se encontraban en situaciones de vulnerabilidad social. El componente psicosocial aparecía centrado en el aspecto psicopatológico, desde un abordaje individual en que se analizaban desde una perspectiva biomédica los efectos que la pandemia y el distanciamiento social generaban en poblaciones con patologías psíquicas preexistentes y las reacciones inmediatas de poblaciones específicas frente a situaciones de ruptura de la vida cotidiana. Al mismo tiempo, se formulaban orientaciones comportamentales con el objetivo de prevenir los riesgos que estos desajustes en el *statu quo* podrían implicar a nivel social.

De modo que, partiendo de la búsqueda de comprensión y teniendo en cuenta el predominio de trabajos centrados en el control sanitario como única estrategia para la prevención del riesgo, lo que genera invisibilización y normalización de mecanismos de control social escasamente problematizados y relegados por el contexto de emergencia sanitaria, es que formulamos nuestro problema de investigación. Nos propusimos abordar la pandemia como una construcción social mediada por un virus y problematizar su dimensión psicosocial, con el objetivo de generar una comprensión del fenómeno que permitiera promover el fortalecimiento de diversos colectivos.

Como objetivos específicos nos planteamos analizar, junto con los colectivos involucrados, los procesos psicosociales vinculados a la pandemia que se ponen en juego y contribuir con los colectivos en los procesos de reflexión y diseño de estrategias de acción vinculadas a la dimensión psicosocial de la pandemia.

Las preguntas que buscó responder el estudio fueron las siguientes: ¿cuáles son los procesos psicosociales vinculados a la pandemia que se ponen en juego en los colectivos y las organizaciones seleccionadas? ¿Cómo se despliegan esos procesos? ¿Cuáles son los principales problemas que identifican las y los integrantes de las organizaciones? ¿Qué estrategias colectivas despliegan? ¿Identifican redes de apoyo comunitarias en los ámbitos en los que se desenvuelven? ¿Cómo ha incidido la modalidad de gestión de la pandemia por parte del gobierno y de otros actores involucrados (en lo sanitario, lo económico y lo social) en los procesos llevados a cabo? ¿Cuáles son los procesos psicosociales que se vinculan a las especificidades de cada colectivo?

El texto está organizado en seis capítulos. En la primera parte compartimos los principales componentes de nuestra perspectiva conceptual en torno a la dimensión psicosocial de la pandemia y detallamos la estrategia metodológica del estudio en su conjunto. En la segunda parte, dedicamos

cuatro capítulos a exponer y discutir los resultados que emergen del trabajo con cada uno de los colectivos participantes, destacando aquellos elementos que aportan a la comprensión de la dimensión psicosocial de la pandemia. Dedicamos un capítulo final a una serie de consideraciones que surgen de una lectura transversal de lo que nos aportan los diferentes casos de estudio acerca de los procesos involucrados en la irrupción del virus y en la construcción, la gestión y los impactos de la pandemia en procesos colectivos, resignificando conceptualmente la mencionada dimensión psicosocial.

Referencias bibliográficas

Filgueira, F., Carneiro, F., Schmidt, N., Méndez, G. y Pandolfi, J. (2021). Segundo informe: una mirada comparada a la evolución de la pandemia, la movilidad y las medidas no farmacológicas de contención. Observatorio Socioeconómico y Comportamental, Unidad de Métodos y Acceso a Datos de la Facultad de Ciencias Sociales de la Udelar, Departamento de Ciencia Política de la Facultad de Ciencias Sociales de la Udelar, Facultad de Derecho de la Udelar.

Filgueira, F., Pandolfi, J., Gómez, E., Cazulo, P., Méndez, G., Carneiro, F., Schmidt, N. y Katzkowicz, S. (2021). Tercer informe: una evaluación y lecciones aprendidas de las respuestas epidemiológicas, el impacto social y de las medidas de mitigación social ante la crisis del COVID19 en Uruguay: aciertos, oportunidades perdidas y asimetría de la respuesta social. Observatorio Socioeconómico y Comportamental, Unidad de Métodos y Acceso a Datos de la Facultad de Ciencias Sociales de la Udelar, Departamento de Ciencia Política de la Facultad de Ciencias Sociales de la Udelar, Facultad de Derecho de la Udelar.

Foucault, M. (2007). *Nacimiento de la biopolítica: curso en el Collège de France: 1978 - 1979*. Fondo de Cultura Económica.

Gatti, L., Núñez, V. y Santos, P. (2020). El GACH en perspectiva: una mirada desde la historia reciente al desarrollo institucional en Ciencia, Tecnología e Innovación en el Uruguay. Monografía del seminario Ciencia, Tecnología e Innovación de la Maestría en Historia Económica de la Facultad de Ciencias Sociales de la Udelar.

Ministerio de Sanidad de España (2020). Documento técnico. Manejo en atención primaria y domiciliaria del COVID-19.

Presidencia de la República (2020). Grupo Asesor Científico Honorario.

Universidad de la República (2020). Desarrollo nacional: el rol de las personas altamente calificadas.

Primera Parte

Los procesos psicosociales en el marco de la pandemia de covid-19. Una aproximación teórica y metodológica

Como anticipamos en la introducción, los abordajes predominantes de la pandemia se basaron en modelos de salud que han sido hegemónicos en las políticas sanitarias de nuestro país y la región. A pesar de los esfuerzos realizados en Uruguay en las últimas décadas en torno a la instauración de un Sistema Nacional Integrado de Salud que, entre otros aspectos, suponía cambios en los modelos de atención, las decisiones gubernamentales adoptadas a poco de comenzada la pandemia de covid-19 y durante su desarrollo se caracterizaron por un énfasis en las medidas asistenciales, con un carácter individualista, asocial, ahistórico, homogeneizador, universalizante. En términos científicos, una clara jerarquización de una mirada unidisciplinar vinculada al campo biomédico se impuso como enfoque.

El predominio de una concepción de la economía neoclásica y una ideología neoliberal profundizó la tendencia a respaldar las decisiones políticas en discursos científicos construidos como «objetivos» y «neutros», con lo que se arribó, de acuerdo con Cristina Laurell (2010), a lo que se llama «políticas públicas basadas en evidencias», a imagen y semejanza de la «medicina basada en evidencias» (p. 85). Esta autora expresa:

> La construcción de un discurso y sus fundamentos «científicos» es una estrategia política donde la comunicación social es un elemento central. La otra cara de la comunicación social son los mensajes dirigidos al público, al que van convenciendo sobre las virtudes de una política a fuerza de la repetición (p. 86).

Sobre esta base, Laurell concluye en la relevancia de que exista una vigilancia epistemológica que permita develar las implicaciones discursivas de las políticas.

En la misma dirección, tal como expresamos antes, las revisiones bibliográficas realizadas (Leiva *et al.*, 2020) confirman que la mayoría de los estudios llevados a cabo respecto de lo que podríamos denominar dimensión psicosocial de la pandemia responden a dichos modelos hegemónicos, en este caso, vinculados al campo de la salud mental. Estos se centraron en los

efectos de la pandemia entendida desde una perspectiva individual y patologizante, y poniendo el énfasis en expresiones de miedo, angustia, ansiedad y depresión, entre otros.

Entendemos que la pandemia de covid-19 se manifiesta como un fenómeno del campo médico y virológico, pero que encierra elementos económicos, sociales, políticos, culturales, psicosociales e históricos. Su propagación mundial y el estado de notoriedad pública que adquirió a partir de 2020, así como las medidas de prevención adoptadas (en particular la recomendación de «aislamiento social» y de confinamiento en los hogares), el lugar y el rol de los sistemas de salud y las consecuencias que las medidas de mitigación trajeron consigo (desocupación, seguro de paro, incremento de la pobreza, incertidumbre, etcétera) son algunos de los elementos que permiten señalar que el abordaje de esta enfermedad requiere múltiples conocimientos y que no puede pensarse desde una única disciplina. Estos son complementarios a los avances mundiales con relación al comportamiento epidemiológico de este virus. Se trata, pues, de un fenómeno multidimensional, en lo que refiere tanto a su producción como a su desarrollo y sus efectos. La distinción de estas dimensiones tiene una finalidad analítica, ya que en la vida misma las fronteras entre ellas son imposibles de establecer. La inclusión, además, de perspectivas de actores no académicos o profesionales es clave en el diseño de estrategias participativas, integrales y colaborativas que involucren a colectivos y comunidades a partir de sus propias experiencias.

Siguiendo la perspectiva de la epidemiología crítica, nos encontramos ante un objeto complejo —la pandemia— socialmente condicionado, que considera que los procesos colectivos no pueden ser reducidos a fenómenos individuales, sino que es necesario integrar al análisis las dinámicas y las tensiones inherentes a las diversas escalas y dimensiones en que se expresa. En este sentido, adquieren relevancia las concepciones sobre la determinación social de la salud, indisolublemente asociada a la reproducción social de las condiciones y los modos de vida, marcada por los procesos de acumulación de capital, las lógicas del mercado, la exclusión y la destrucción de los ecosistemas, entre otros aspectos (Breilh, 2013).

Algunos autores han puesto en consideración el término *sindemia*, intentando dar cuenta de la complejidad del objeto de conocimiento, por un lado, y, por otro, del abordaje predominantemente reduccionista que se ha puesto en juego desde las esferas políticas y académicas. Este término fue acuñado en los años 90 por un antropólogo médico, Merril Singer, y adquirió relevancia a partir de la epidemia de VIH. Estos abordajes plantean que la covid-19 es un fenómeno de naturaleza sindémica, es decir, que las interacciones biológicas y sociales son inherentes al fenómeno e inciden en los resultados. Particularmente en este caso, la superposición observada entre la covid-19 y las enfermedades no transmisibles se concentra

en poblaciones vulneradas, siguiendo patrones de desigualdad social, retroalimentándose y potenciándose mutuamente y agravando los efectos de cada uno por separado. Así, se pone de manifiesto, como una de las consecuencias de la covid-19, la intensificación de las vulnerabilidades sociales y económicas preexistentes. De esta manera, se integran al análisis aspectos relacionados a la determinación social de la salud, colocando el foco en el complejo entramado del contexto socioeconómico y ambiental, así como en las condiciones de vida y el nivel de salud de las personas y las comunidades.

Diversos trabajos refieren a la coexistencia en la actualidad de otras epidemias relacionadas a problemas de salud mental (ansiedad, depresión) y enfermedades infecciosas, que interactúan de manera sinérgica e intensifican sus consecuencias, en un escenario internacional de precariedad social, ambiental y económica. Estudios realizados en otros países, como Brasil, demuestran la distribución desigual de la covid-19 según grupos considerados vulnerables ya sea por etnia, clase, género o generaciones. Según Almeida-Filho (2021), «los determinantes ambientales y socioculturales pueden contribuir al aumento del riesgo de condiciones comórbidas» (p. 4). La sindemia, entonces, vinculada a procesos de comorbilidad (aunque no solo vinculados a la coexistencia de epidemias), conlleva un enfoque integrado, multidimensional, que articula diferentes niveles de análisis en la comprensión del fenómeno. Precisamente, considera las interacciones que operan entre los aspectos biológicos y sociales que aumentan la vulnerabilidad de grupos y colectivos.

Lo que proponemos como *dimensión psicosocial de la pandemia*, entonces, tiene múltiples expresiones que son inherentes a esta, ni causa ni efecto, sino parte indisoluble de ella. Eso implica que, siendo un fenómeno global, es necesario considerarla en forma situada y a partir de las particularidades locales. Al mismo tiempo, la dimensión psicosocial no es ajena a las modalidades de gestión de la emergencia por parte de autoridades gubernamentales y sanitarias, agentes de salud, empresas, medios de comunicación y población en general, entre otros. Los discursos que se desplegaron, los permisos y las prohibiciones, las prácticas institucionales y de las organizaciones sociales, la información que circuló y la que no, el comportamiento del mercado y de los actores privados, los manejos colectivos del riesgo al contagio, el miedo y sus efectos, las prácticas de cuidado y autocuidado, los impactos del distanciamiento físico y las formas de conexión social, el cuerpo y la virtualidad, la gestión de la muerte, entre otros, son aspectos que componen lo que entendemos como dimensión psicosocial de la pandemia. Esos elementos, en forma articulada, producen subjetividades y, al mismo tiempo, son producidos por ellas (Guattari, 1998). La abundancia de protocolos y recomendaciones y la identificación de sectores de la sociedad como población *en* riesgo (las personas mayores) o *de* riesgo (niñas, niños, adolescentes y jóvenes, aunque por distintas

razones) construyen sujetos y producen o reafirman imaginarios sociales (Castoriadis, 2007) relativos a esas poblaciones.

Entendemos por dimensión psicosocial de los procesos en salud lo relativo al desarrollo y la reproducción de la vida cotidiana, considerando las producciones subjetivas y las prácticas —sobre todo las colectivas— que se desarrollan en ella. Esta perspectiva busca superar los abordajes que

> [...] tienen como foco al *individuo* —definido en contraste con la sociedad, con el grupo, con el ambiente. O sea, [que] extraen a las personas de su contexto sociocultural o político. Aún más en los varios modelos de ese campo el individuo es concebido como un *conjunto de factores intrapsíquicos o biológico-comportamentales*, en contraste con la noción de *persona en interacción*, concebida como *intersubjetividad* y [...] como un sujeto de derechos, como preferimos entenderlo en el marco de la vulnerabilidad y los derechos humanos (Paiva, 2018, p. 70).

Siguiendo a Spink (1992), la dimensión psicosocial de la salud y los cuidados es entendida como el campo de acción de las personas siempre en vinculación con otras, lo que instituye la vida cotidiana en el marco de relaciones sociales (de género, raciales, de clase, de edades). Comprende, por tanto, las condiciones de vida, los procesos sociohistóricos, los significados y los sentidos en que interviene la historia de las personas interrelacionadas y los aspectos estructurales y sociales que se expresan en prácticas concretas. Por lo tanto, abordamos la dimensión psicosocial de la pandemia como un espacio de expresión en la salud de las personas y de los grupos sociales a los que pertenecen, y de los procesos socio-históricos que configuran su condición material y social y su calidad de vida.

Ahora bien, partiendo de la base de que la pandemia se desarrolla en un mundo caracterizado por las profundas desigualdades sociales que son consecuencia del capitalismo dominante y que ponen en cuestión la universalidad del acceso a derechos básicos, incorporamos los enfoques de vulnerabilidad y derechos humanos. Como sabemos, las medidas sanitarias instrumentadas se dirigieron predominantemente a sujetos de capas medias y altas de la sociedad, con condiciones materiales para sostener las cuarentenas y el desarrollo de actividades a distancia, por ejemplo. El propio GACH, a través del OSC, planteaba:

> [...] en este trabajo se argumenta que una parte importante de la respuesta positiva que se logró en la primera y segunda etapa tiene relación con el stock de resiliencia social que el país presentaba cuando se lo compara con su pasado o con otros países de la región [...]. Sin embargo, una mirada más detallada da cuenta [de] que dicho stock de resiliencia se encontraba

> distribuido desigualmente entre los hogares uruguayos. En efecto, una mirada a la estructura socioeconómica del Uruguay en 2019 permite visualizar que importantes sectores de la población prácticamente no contaban con stock (fundamentalmente quienes se encontraban por debajo de la línea de pobreza) y en otros casos el mismo era endeble y se fue consumiendo a lo largo de la pandemia (principalmente estratos bajos no pobres con alta inestabilidad en sus fuentes de ingresos). De este modo, la propia arquitectura de la protección social y la respuesta concreta del gobierno ante el shock, desnudó y amplió la brecha entre la población protegida por el sistema de seguridad social y relaciones laborales formales y quienes no podían acceder a los mecanismos de aseguramiento más potentes (2020, p. 2).

El enfoque de derechos humanos propone un marco de referencia para el estudio de la epidemia que permite reconocer situaciones de vulnerabilidad desigualmente distribuidas. Esta vulnerabilidad es considerada «un conjunto de aspectos individuales y colectivos relacionados a la mayor susceptibilidad de individuos y comunidades ante una enfermedad o daño y, de modo inseparable, menor disponibilidad de recursos para su protección» (Ayres *et al.*, 2006, Mann y Tarantola, 1996, 1992, citados por Paiva, 2018, p. 44). La dimensión individual de la vulnerabilidad reconoce la importancia de los aspectos biológicos, pero integra y prioriza la dinámica psicosocial (Paiva, 2018).

Partiendo de la lectura del problema desde la clínica en salud mental desarrollada por Valérie Colin y Jean Furtos (2005), el sufrimiento psicosocial es una manifestación de pérdida de objetos sociales concretos (empleo, salario, vivienda, salud, etcétera) que puede expresarse tanto en el espacio social como en el espacio de la atención especializada, a través de la precariedad social o psíquica, en una relación dinámica entre ellas. Esos procesos de precarización psicosocial se presentan particularmente en momentos de crisis social, lo que conduce a las personas más frágiles a las fronteras de lo «normal» y lo «patológico», de la «inclusión» y de la «exclusión» social, posicionándolas frecuentemente en los intersticios de los dispositivos de la acción sanitaria y social, en las fronteras de los campos de competencia y las áreas de conocimiento. El abordaje de estas situaciones supone, entonces, la necesidad de problematizar las categorías clásicas de la atención sanitaria y social, diferenciando las intervenciones terapéuticas (*to cure*) de las de cuidado (*care*), contextualizándolas y reconociendo en la complejidad del sujeto la dimensión política involucrada.

Ampliando esta perspectiva, Butler (2017) considera que la vulnerabilidad es una condición humana que pone en evidencia la interdependencia (entre los seres humanos y entre lo humano y lo no humano) como base para la reproducción de la vida. Esta interdependencia se expresó con mayor claridad

en esta situación de pandemia, en tanto una de sus novedades en relación a otras situaciones de emergencia o de catástrofe es que afectó y amenazó con toda la población. Sin embargo, dicha afectación está ligada a las condiciones desigualmente distribuidas en ella, tanto para sobrevivir como para desarrollar vidas dignas de ser vividas. Siguiendo a la autora,

> [...] nuestra supervivencia depende de arreglos políticos, y la política, especialmente cuando se convierte en biopolítica y manejo de poblaciones, se preocupa por cuales vidas preservar, proteger y valorar [...] y cuales vidas se consideran desechables y que no merecen ser lloradas (Butler, 2017, p. 25).

Ahora bien, abordar los procesos psicosociales en su complejidad no debería limitarse a aquellos aspectos considerados negativos o indeseables, ya que estos implican acciones y movilización de recursos personales y comunitarios que es relevante visibilizar y recuperar socialmente. «La vulnerabilidad no debería identificarse exclusivamente con la pasividad; sólo tiene sentido a la luz de un conjunto de relaciones sociales concretas, que incluyen prácticas de resistencia», expresa Butler (2020, p. 221).

Algunas investigaciones mostraron que el carácter más o menos problemático de la situación crítica se relacionaba, entre otros aspectos, con el «capital social» de las comunidades (Makridis y Wu, 2020). Estudiando a centenares de condados de Estados Unidos, estos autores determinaron que existía una altísima correlación entre la posibilidad de contagiarse del virus y la forma en que era transitada la pandemia en lo que refiere a aspectos psicosociales vinculados al capital social del contexto comunitario que se analiza, entendido en términos de desarrollo humano, servicios y acción colectiva.

Wang *et al.* (2020) han relacionado los procesos psicosociales, entre otros fenómenos, con los niveles de participación de las personas en estrategias adoptadas ante la pandemia. Esta participación debería contemplar a los múltiples actores con capacidad de acción, incluyendo a agentes comunitarios en salud y en otras temáticas, como la educación y la participación ciudadana. Involucra especialmente a quienes presentan experiencia acumulada en situaciones de crisis y emergencias sociales o sanitarias, tal como Operario *et al.* (2020) señalaron respecto de actores comunitarios que presentaban antecedentes en otras pandemias, como la de VIH.

De manera que las condiciones de posibilidad que se generaron para la acción de personas y colectivos, para el despliegue de la agencia en tanto potencia a partir del establecimiento de conexiones y articulaciones de distintos tipos (Ema, 2004), deben ser incorporadas como un elemento fundamental en el marco de la comprensión y el abordaje del fenómeno general y de cada situación en particular. En el contexto de emergencia

se expresaron una diversidad de estrategias, con mayores o menores grados de visibilidad. Entre ellas encontramos no solo formas de amortiguar el riesgo y el sufrimiento singular y colectivo, sino también acciones que buscaron contrarrestar o generar alternativas ante los efectos del disciplinamiento y la restricción de las libertades y la autonomía. No se trata de acciones colaborativas y solidarias neutrales o apolíticas que generan una ilusión de comunidad negando u ocultando las desigualdades sociales y los conflictos que ellas involucran. Tampoco se trata de la resiliencia entendida como formas de adaptación o adecuación a situaciones adversas. Por el contrario, la dimensión colectiva y participativa ha de tener un profundo sentido político, ligado a la dignificación de la vida, en el marco de un sufrimiento ético-político (Sawaia, 2004) que se intensifica con la pandemia en situaciones de injusticia social. La resistencia, dice Teles (2009), es el aumento de la potencia de pensar, de actuar, de sentir, de existir, de crear; cuando es colectiva, permite intensificar la experiencia de lo común, ya que supone una particular desobediencia a las pautas de subjetivación hegemónicas.

Precisamente, lo dicho hasta aquí conduce a la idea de que la dimensión psicosocial es inseparable de una perspectiva política y paradigmática, tanto en lo que respecta a la vida como a la salud y al papel de profesionales y colectivos en general. ¿Cuál es la noción de persona que se puede inferir a partir de las políticas sanitarias instrumentadas en la pandemia? ¿Cuál es la vida que se ha intentado proteger y cuál se ha visto amenazada?

En la medida en que las acciones tomadas fueron dirigidas a poblaciones y generaron estrategias individuales y colectivas de gestión de diversos aspectos de la vida cotidiana, estaríamos en el terreno de la biopolítica (Foucault, 2007) y la necropolítica (Mbembe, 2011) y del gobierno de la vida y la muerte. Quizás esto explique en algún punto las medidas homogeneizadoras planteadas. En este marco, el discurso de los «expertos» se vio jerarquizado por el gobierno, por los medios y por la sociedad en general. Estos «expertos» pasaron a ocupar y profundizar un papel normalizador, dentro de un dispositivo bio-tanato-político, ubicando la cuestión de la salud como un tema científico-objetivo y, por tanto, despolitizado. El énfasis se puso en la fragilidad biológica, lo que se constituye en una estrategia de reconocimiento contrapolítico en la que no se negocian las condiciones de producción de la existencia, que involucran dimensiones económicas, sociales y políticas, que permitirían transitar hacia una ciudadanía política (Rovira *et al.*, 2020). En esta línea, podríamos pensar el abordaje de la pandemia de covid-19 como una tecnología de subjetivación que refuerza un paradigma individualista-biologicista propio del sistema capitalista de producción, fortaleciendo un estado de control «por el bien y la salud de las personas». ¿Implicó esto un retroceso en la agenda de derechos humanos,

que de alguna manera venía avanzando a escala planetaria? Otra vez: ¿qué sujeto construye?

Precisamente, bien podemos trasladar la perspectiva que plantean Agüero y Correa (2018) respecto de la salud mental como tecnología de subjetivación para pensar la pandemia:

> [...] se trata de la sanitarización de la vida cotidiana, en un movimiento que despolitiza el significado del bienestar (y por supuesto el de malestar) ampliando el concepto de la salud hasta el extremo de situarla como la sustancia ética del sujeto. Si el bienestar había sido un logro en Europa sostenido en parte por grupos de presión, tales como los sindicatos de trabajadores, y partidos socialdemócratas, en esta reformulación deviene una cuestión individual que el sujeto ha de perseguir por sus propios medios invisibilizando el rol del estado y centrándolo en su responsabilidad (p. 45).

Así, durante largo tiempo, el análisis de casos y su cuantificación se constituyeron en elementos cotidianos que, mientras generaban alarma, producían cierta sensación de inmunidad en algunos sectores de la población a quienes, como vimos, no iban dirigidas las recomendaciones. Se generó una homogeneización de las recomendaciones preventivas, sin la singularización de los contextos y las necesidades de la sociedad (alimentación, servicios básicos, higiene pública, etcétera). Sin esta singularización, las y los profesionales de la salud quedan ubicados en el rol de empresarios morales (Freidson, 1978) y no de promotores de salud y pensamiento crítico.

Dicho todo lo anterior, es claro que no solo nos alejamos de una perspectiva biologicista y reduccionista de la pandemia, sino también de un paradigma cientificista, objetivista y pretendidamente neutral y apolítico que se instaló con fuerza, favoreciendo los discursos de control y normalizadores del comportamiento y de las subjetividades que indican lo que debe hacerse y lo que no. Un paradigma de producción de conocimientos y de intervención éticamente concebido, entonces, supone poner a dialogar nuestras herramientas conceptuales en sus alcances y sus límites con los saberes y las experiencias de las personas y los colectivos que participaron en el estudio. Es sobre esta base que concebimos el enfoque metodológico que presentamos a continuación.

Propuesta metodológica

Trabajamos con una metodología cualitativa, basada en una estrategia de investigación-acción con componentes participativos. Esta privilegia los espacios de diálogo y se plantea producir conocimientos al mismo tiempo que pretende incidir en las situaciones que se estudian. Se seleccionaron cuatro tipos de colectivos y de casos específicos dentro de estos:

1. Trabajadoras del primer nivel de atención en salud: dirección, direcciones regionales, coordinadoras e integrantes de equipos de policlínicas del Servicio de Atención a la Salud de la Intendencia de Montevideo (IM).
2. Trabajadoras de primera línea en el ámbito carcelario: operadoras penitenciarias, gremio de operadoras penitenciarias y trabajadoras de la salud (dependientes de la Administración de los Servicios de Salud del Estado, ASSE) de centros del área metropolitana de Montevideo: Unidades Penitenciarias 1, 4, 5 y 6 (Comcar, Punta de Rieles y Penal de Libertad).
3. Trabajadores y trabajadoras de organizaciones no gubernamentales del campo socioeducativo: dirección, coordinadoras, integrantes de equipos y del sector administrativo de la ONG Instituto de Promoción Económica y Social del Uruguay (IPRU).
4. Organizaciones de personas mayores: Red Nacional de Organizaciones de Personas Mayores (Redam).

Estos colectivos provocaron nuestro interés dada su posición particular en relación con la pandemia, incluyendo su propia exposición a esta: la centralidad de las trabajadoras del campo sanitario, el trabajo con población en situación de vulnerabilidad social y económica por parte de trabajadoras penitenciarias y ONG, y la definición como grupo de riesgo en el caso de las personas mayores. En el equipo contábamos con experiencia de trabajo con este tipo de organizaciones y con vínculos previos con los casos específicos seleccionados.

Partimos de acuerdos de trabajo con cada organización, que fueron ajustados durante el proceso a partir de las necesidades y las inquietudes de los colectivos. Si bien realizamos algunas entrevistas individuales (como forma de aproximación), en todos los casos implementamos modalidades grupales de trabajo, teniendo en cuenta grupos o equipos conformados previamente o conformándolos para la realización del estudio.

Al tiempo que intentábamos identificar y comprender, en forma conjunta, los procesos psicosociales involucrados en la pandemia, se desarrollaban formas de reflexión colectiva en las que quienes participaron analizaron su propia experiencia, elaboraron sus vivencias y compartieron y evaluaron las estrategias de abordaje implementadas. Finalmente, realizamos una retroalimentación a partir del análisis que fuimos haciendo, poniéndolo a consideración de los colectivos. Como veremos más adelante, la metodología tuvo alcances diferentes según las particularidades de cada organización y las condiciones para dar continuidad al trabajo durante el año 2021.

De acuerdo: los distintos momentos de la pandemia, los encuentros se realizaron dentro fue telefónico, lo que supuso especiales desafíos para el trabajo.

A partir de intercambios en el equipo de investigación, realizamos un análisis de la información e identificamos temas claves que daban cuenta de los aspectos más relevantes en la experiencia de quienes participaron. Dentro de esos ejes temáticos, encontramos dimensiones comunes a todos los colectivos, así como también diferencias entre las organizaciones, vinculadas a sus particularidades. Dichas dimensiones fueron: vivencias en relación con la pandemia y la situación de crisis; principales problemáticas identificadas; reconfiguración de la vida cotidiana; recursos, estrategias y prácticas para enfrentar la situación; redes de apoyo comunitarias; efectos del cambio de gobierno; gestión de la pandemia; expresión de paradigmas de abordaje de la salud y la vida.

En la segunda parte del libro, exponemos cómo estas dimensiones se expresaron en cada colectivo, al tiempo que se ponen en evidencia sus particularidades y aportes específicos a la comprensión de la dimensión psicosocial de la pandemia; precisamente en la profundización del análisis en cada uno de los casos emergen nuevos elementos que nos permiten organizar las consideraciones finales.

Consideraciones éticas

Este trabajo fue realizado en conformidad con la reglamentación en materia de consideraciones éticas para la investigación en salud definidas por el decreto 379/08 de la Presidencia de la República.

Tanto las personas como las organizaciones que participaron fueron seleccionadas por conveniencia, teniendo en cuenta la accesibilidad por parte de quienes integran el equipo de investigación, dados los vínculos de trabajo previamente establecidos en la mayoría de los casos. De acuerdo con el carácter de este vínculo, en algunos casos se solicitó el aval de la institución, mientras que en otros fue suficiente con la manifestación de interés en participar en el estudio. En el caso particular de integrantes de equipos o colectivos del ámbito carcelario, no remiten necesariamente a una organización carcelaria en particular, por lo que las consideraciones éticas contemplaron sus participaciones individuales.

Dadas las características del estudio, la garantía en la confidencialidad y el carácter voluntario de la participación, no implicó riesgos para quienes participaron, ya que, de manera acorde a la metodología de investigación-acción, se estableció una relación horizontal, en la que las organizaciones tuvieron un papel activo en el proceso. Asimismo, esta propuesta se orientó a identificar las necesidades y los problemas en conjunto con los colectivos, procesando las dificultades que fueron emergiendo y contribuyendo a generar estrategias para su abordaje. El equipo de investigación estuvo atento al desarrollo de los vínculos interpersonales, así como también a situaciones que pudieran surgir relacionadas al lugar que ocupan las personas en la organización.

En relación con los beneficios, la investigación-acción participativa que orientó el estudio tiene como finalidad profundizar, en conjunto con los colectivos, en los procesos vinculados a los problemas identificados y las transformaciones que se producen a partir de ese conocimiento. Este tipo de investigación valora el crecimiento mutuo y el aprendizaje en conjunto, reconociendo el aporte específico que realiza cada quien, es decir que no se detiene en la descripción o el análisis de los problemas y las necesidades, sino que se establecen acciones para su abordaje (Soliz y Maldonado, 2012).

Los términos de la difusión de los resultados fueron acordados entre el equipo de investigación y los colectivos participantes.

Referencias bibliográficas

Agüero, M. y Correa, G. (2018). Salud mental y ciudadanía: una aproximación genealógica, en *Revista de Historia de la Psicología*, 39 (1), 40-46.

Almeida-Filho, N. (2021). Sindemia, infodemia, pandemia de COVID-19: hacia una pandemiología de enfermedades emergentes, en *Salud colectiva*, 17. DOI: https://doi.org/10.18294/sc.2021.3748.

Bispo Júnior, J. y Santos, D. (2021). COVID-19 como sindemia: modelo teórico e fundamentos para a abordagem abrangente em saúde, en *Cadernos de Saúde Pública*, 37 (10).

Breilh, J. (2013). La determinación social de la salud como herramienta de transformación hacia una nueva salud pública (salud colectiva), en *Revista Facultad Nacional de Salud Pública*, 31, S13-S27.

Butler, J. (2017). Vulnerabilidad corporal, coalición y la política de la calle, en *Nómadas*, 46, 13-30.

Butler, J. (2020). *La fuerza de la no violencia.* Paidós.

Castoriadis, C. (2007). *La institución imaginaria de la sociedad.* Tusquets.

Colin, V. y Furtos, J. (2005). La clinique psychosociale au regard de la souffrance psychique contemporaine, en Joubert, M. y Louzon, C. (dirs.), *Répondre à la souffrance sociale. La psychiatrie et l'action sociale en cause*, Eres.

Ema, J. E. (2004). Del sujeto a la agencia (a través de lo político), en *Athenea Digital*, (5), 1-24.

Filgueira, F., Pandolfi, J., Gómez, E., Cazulo, P., Méndez, G., Carneiro, F., Schmidt, N. y Katzkowicz, S. (2021). Una evaluación y lecciones aprendidas de las respuestas epidemiológicas, el impacto social y de las medidas de mitigación social ante la crisis del COVID19 en Uruguay: aciertos, oportunidades perdidas y asimetría de la respuesta social. Tercer Informe del OSC, Unidad de Métodos y Acceso a Datos de la Facultad de Ciencias Sociales de la Udelar.

Foucault, M. (2007). *Historia de la sexualidad. La voluntad del saber.* Siglo XXI.

Freidson, E. (1978). *La profesión médica. Un estudio de sociología del conocimiento aplicado*. Alianza.

Guattari, F. (1998). *El devenir de la subjetividad.* Dolmen.

Horton, R. (2022). Offline: COVID-19—the lessons that science forgot, en *The Lancet*, 400 (10365), 1.753.

Laurell, A. C. (2010). Revisando las políticas y discursos en salud en América Latina, en *Medicina Social*, 5 (1), 79-88.

Leiva, A. M., Nazar, G., Martínez, M. A., Petermann, F., Ricchezza, J. y Celis, C. (2020). Dimensión psicosocial de la pandemia: la otra cara del COVID-19, en *Ciencia y Enfermería*, 26, 10.

Mbembe, A. (2011). *Necropolítica: sobre el gobierno privado indirecto*. Melusina.

Makridis, C. y Wu, C. (2020). Ties that Bind (and Social Distance): How Social Capital Helps Communities Weather the COVID-19 Pandemic.

Operario, D., King, E. J. y Gamarel, K. E. (2020). Prioritizing Community Partners and Community HIV Workers in the COVID-19 Pandemic, en *AIDS and Behavior*, 24 (10), 2748-2750.

Paiva, V. (2018). La dimensión psicosocial del cuidado, en Paiva, V., Ayres, J., Capriati, A. J., Amuchastegui, A. y Pecheny, M. (comps.), *Prevención, promoción y cuidado: enfoques de vulnerabilidad y derechos humanos*, Alejandro José Capriati, 65-110.

Rovira, A., López, L. y López, S. (27 de abril de 2020). Sobre la construcción de ciudadanía biológica en el abismo de la humanidad, en *Latfem*.

Sawaia, B. (2004). O sufrimento ético-político como categoría de análise da dialética exclusao/inclusao, en Sawaia, B. (org.), *As artimanhas da exclusao. Análise psicossocial e ética da desigualdade social*, Editora Voces, 97-118.

Soliz, F. y Maldonado, A. (2012). *Guía de metodologías comunitarias participativas. Guía No.* 5. Save the Children y Agencia Española de Cooperación Internacional al Desarrollo.

Spink, M. J. (1992). A construcao social do saber sobre saude e donca: una perspectiva pscossocial, en *Saúde e Sociedade*, 1 (2), 125-139.

Teles, A. L. (2009). *Política afectiva. Apuntes para pensar la vida comunitaria*. La Hendija.

Wang, C., Pan, R., Wan, X., Tan, Y., Xu, L., McIntyre, R., Choo, F., Tran, B., Ho, R., Sharma, V., Ho, C. (2020). A longitudinal study on the mental health of general population during the COVID-19 epidemic in China, en *Brain, Behavior, and Immunity*, 87, 40-48. DOI: 10.1016/j.bbi.2020.04.028.

Segunda Parte

Los colectivos participantes

En esta segunda parte, presentamos el trabajo realizado con cada una de las cuatro organizaciones participantes y los principales resultados. Dentro de estos últimos, jerarquizamos algunos ejes temáticos que son particulares a cada colectivo. ¿Qué aspectos de la experiencia y las narrativas acerca de la pandemia permiten visibilizar cada caso? ¿Qué aporta cada uno de ellos a la construcción de los procesos psicosociales involucrados?

Vivencias y prácticas de los equipos del primer nivel de atención a la salud en la pandemia. Un estudio de caso

Robert Pérez Fernández (Facultad de Psicología, Centro Interdisciplinario de Envejecimiento)
Rosana Rodríguez (Facultad de Enfermería)

Presentación y contextualización de la organización

El caso de estudio refiere al Servicio de Atención a la Salud (SAS) de la Intendencia de Montevideo (IM). Este servicio fue creado en 1966 y actualmente forma parte de la División Salud y Programas Sociales del Departamento de Desarrollo Social de la IM. Tiene como misión:

> Contribuir a elevar la calidad de vida de los montevideanos a través de acciones coordinadas tendientes a la construcción de un Sistema de Atención en el Primer Nivel de Montevideo basado en la promoción, protección, recuperación y rehabilitación de la salud individual y colectiva, como elemento clave del Sistema Nacional Integrado de Salud (modificación del artículo R.19.35 del Digesto, según la resolución 3630/12).

A su vez, se plantea como visión:

> [Ser] un servicio de atención a la salud comprometido con la realidad departamental, en un proceso continuo de mejora de gestión para dar respuesta a las necesidades de atención al usuario, su familia y la comunidad; promoviendo una atención holística basada en la accesibilidad, equidad, eficacia, eficiencia y efectividad, calidad humana, compromiso del equipo de salud, confianza y empatía (Guerra, 2022).

Hasta la reforma del sector salud, en el año 2007, los denominados servicios de salud de las intendencias municipales eran parte del subsector público de atención de la salud. Brindaban un paquete de prestaciones parciales a la misma población que se atendía en la Administración de los Servicios de Salud del Estado (ASSE). En su momento fueron concebidos como comple-

mentarios a los servicios brindados por el sistema de salud nacional de ese momento, que, si bien tenía importantes fortalezas en cuanto a cobertura, aparecía como altamente fragmentado —entre el prestador público y los prestadores privados—, con una escasa rectoría por parte del Ministerio de Salud Pública (MSP) y enfocado desde un modelo de atención y cura de las enfermedades (González y Olesker, 2009).

En el siglo XX, principalmente en la segunda mitad, en Uruguay se dieron importantes cambios demográficos que han implicado un paulatino envejecimiento de la población,[1] que sucedieron junto con una serie de cambios económicos y sociales[2] que llevaron a un incremento de la pobreza y la desigualdad social, lo que fue poniendo en jaque al anterior modelo de atención en salud. Como respuesta a eso, en el año 2007, como parte de una política de gobierno que intentaba revertir los efectos negativos del modelo neoliberal, se realiza una de las principales reformas del sistema de salud de nuestro país, con la creación del Sistema Nacional Integrado de Salud (SNIS). Como plantean González y Olesker (2009), el SNIS busca hacer frente a:

> [...] una nueva estructura de riesgos, que está profundamente determinada por factores sociales. Los estilos de vida no saludables, tales como el sedentarismo o la nutrición inadecuada, pero también los riesgos sanitarios asociados a las situaciones de exclusión social. Estos aspectos demandan una respuesta diferente por parte del sistema de salud. Requieren de un abordaje de equipos de salud multidisciplinarios, que hagan énfasis en la educación y la promoción en salud. Pero exigen también que el sistema de salud sea capaz de incorporar a enormes sectores de la población que en ese entonces se encontraban excluidos de la atención, debido a factores económicos y culturales (pp. 45-46).

La creación del SNIS implica una nueva concepción del sector salud en nuestro país, organizado en torno a tres reformas centrales, que incluyen un cambio en el modelo de gestión, en la modalidad de financiación y en el modelo de atención.

Así, el nuevo modelo de gestión incluye la participación de usuarios en la dirección y el control del sistema, y se independiza al prestador estatal de atención en salud (ASSE) de la órbita del MSP, que pasa a ocupar un rol de controlador y orientador de las políticas. También se cambia el modelo de financiación

1 A partir de una temprana transición epidemiológica (las enfermedades crónicas sustituyen a las infecciosas como causa principal de mortalidad) y una transición demográfica (bajas tasas de fecundidad y de mortalidad) (Berriel *et al.*, 2006).

2 La instauración de una dictadura militar, en el año 1973, hasta la recuperación de las instituciones democráticas, en 1985, fue parte de un proceso que buscó imponer un modelo económico y político de economía de mercado y terrorismo de Estado, con un pensamiento conservador único. En la década del 90 se dio un avance del modelo neoliberal, tendiente a privatizar servicios y disminuir la participación del Estado en la matriz de protección social, en campos como la educación, la salud, la seguridad social (incluyendo jubilaciones y pensiones), y maximizar la ganancia de las grandes empresas privadas.

individual por la creación de un Fondo Nacional de Salud (Fonasa) financiado con los aportes de trabajadores y empleadores. Desde el Fonasa se transfieren los recursos a los prestadores —públicos o privados— en función de los perfiles de edad y las prestaciones realizadas. Se jerarquiza y controla en estas transferencias el cumplimiento de determinadas metas asistenciales, vinculadas al desarrollo del nuevo modelo de atención primaria en salud. Y, finalmente, se plantea una transformación del modelo de atención, con el objetivo de pasar de un sistema centrado en la cura de la enfermedad a otro con «una orientación que privilegie la prevención y promoción a la salud con una estrategia de Atención Primaria en Salud [APS] con énfasis especial en el primer nivel de atención» (González y Olesker, 2009, p. 51). A su vez, se jerarquiza el rol de «los trabajadores de la salud, definiendo una política de recursos humanos y el estatuto único para sus trabajadores, buscando estimular y reconocer los equipos de salud del Primer Nivel de Atención» (González y Olesker, 2009, p. 51)

El concepto y la estrategia de APS surgen en el año 1978, en una conferencia internacional patrocinada por la Organización Mundial de la Salud (OMS) y el Fondo de las Naciones Unidas para la Infancia (Unicef). Parte de una preocupación por el aumento de la brecha de atención que en ese entonces se venía dando entre los diferentes países según su estatus económico, buscando ser una respuesta alternativa a las inequidades y las ineficiencias de los servicios de salud del mundo en general y de los países económicamente pobres en particular. De esta forma, la APS propone llevar los servicios de salud a toda la población, cambiando los modelos curativos dominantes, centrados en el abordaje de la enfermedad, por una propuesta participativa que involucre a las propias comunidades y a diferentes «sectores sociales y económicos, además del de la salud» (OMS, 1978, p. 2).

A comienzos del siglo XXI, la Organización Panamericana de la Salud (OPS) y sus Estados miembros se proponen la renovación de la atención primaria de la salud, en el entendido de que el legado político y ético de Alma Ata sigue vigente, pero se hace necesario revitalizar la capacidad de los países para organizar una estrategia coordinada, efectiva y sostenible que permita resolver los problemas de salud existentes incorporando sus determinantes sociales, así como afrontar los nuevos desafíos de salud y mejorar la equidad (OPS y OMS, 2007).

En la declaración regional sobre las nuevas orientaciones de la APS, conocida como Declaración de Montevideo, se afirma:

> Un sistema sanitario basado en la atención primaria de salud orienta sus estructuras y funciones hacia los valores de la equidad y la solidaridad social, y el derecho de todo ser humano a gozar el grado máximo de salud que se pueda lograr sin distinción de raza, religión, ideología política o condición económica o social (OPS y OMS, 2007, p. 26).

De las tres reformas claves para la creación del SNIS se han implementado correctamente las dos primeras, en tanto que la referida al modelo de atención aún no ha podido desarrollarse plenamente. Así, actualmente en nuestro sistema de salud existen dos modelos: uno tradicional, centrado en curar las enfermedades, y otro de promoción de salud, desde un enfoque de APS (que ha tenido su mayor desarrollo en el sector público). En el primero de ellos, la salud y la enfermedad terminan siendo abordadas como estados excluyentes y estancos, en los que cada noción es explicada por la ausencia de la otra. Imperan aquí una concepción biológica del ser humano y un tratamiento tecnocrático, predominantemente farmacológico. A su vez, en el modelo de la APS, salud y enfermedad pasan a ser procesos dinámicos y no excluyentes, a partir de una noción de sujeto constituido en las múltiples dimensiones biopsicosociales e históricas. El foco acá estará en las acciones de promoción de salud y prevención de enfermedades, desde esta mirada integral (Pérez Fernández, 2010).

En este contexto histórico, debe señalarse que el SAS desde temprano —a partir de la década del 90, en pleno avance del modelo neoliberal— ha sostenido una propuesta de abordaje integral desde el modelo de APS, incluyendo el trabajo en equipo de carácter interdisciplinario, que busca fortalecer el vínculo con la comunidad desde una clave territorial (Schenck, 2018). Con la creación del SNIS, el SAS pasó a formar parte de las redes integradas de los servicios de salud, coordinando acciones con ASSE, específicamente con la Red de Atención del Primer Nivel (Guerra, 2020).

Actualmente, su población objetivo está compuesta por usuarios del sector público con cobertura de ASSE, Sanidad Policial e instituciones que tienen convenios específicos. La cantidad de usuarios se estima en 80.000 y el número de atenciones anuales se sitúa en aproximadamente 200.000. Cuenta con 270 funcionarios propios, 108 funcionarios transitorios (becarios, estudiantes, residentes, pasantes), casi 200 funcionarios de empresas tercerizadas y otros relacionados con diversos convenios. Su estructura se compone por una dirección general, de la que dependen una dirección administrativa, otra técnico-programática y tres direcciones regionales (Guerra, 2020).

Territorialmente, Montevideo se divide en tres zonas (oeste, este y centro), en las que se ubican 23 policlínicas y dos policlínicas móviles. Cada policlínica cuenta con una coordinadora que forma parte del equipo técnico. El equipo de salud está integrado por disciplinas consideradas básicas en el primer nivel de atención: enfermería, medicina general, medicina familiar y comunitaria, gineco-obstetricia, nutrición, trabajo social y psicología, además de personal administrativo y de limpieza. Actualmente, el convenio con ASSE implica compartir espacios en la planta física, recursos humanos y servicios de apoyo (como farmacias) con la Red del Primer Nivel de Atención Metropolitana de ASSE (RAP Metropolitana), para responder al nuevo

plan de territorialización que dispuso esta institución (Guerra, 2020). En el marco de estos convenios, los integrantes de los equipos de salud provienen de varias instituciones.

Estrategia metodológica

En el proyecto inicial, se pretendió incluir en la investigación a la RAP Metropolitana de ASSE, pero cambios que se dieron en ese momento en la dirección del servicio, así como la propia situación de pandemia, demoraron y obstaculizaron las autorizaciones institucionales. Por consiguiente, se adoptó una estrategia de trabajar con una organización específica, el SAS, en el entendido de que su abordaje y sus equipos pueden ser representativos de lo que sucede en las otras organizaciones que trabajan en el primer nivel de atención.

Acorde con los objetivos del proyecto global, el trabajo con equipos de salud se abordó desde un enfoque epistemológico y metodológico cualitativo, por ser el más adecuado para estudiar objetos complejos. Dentro de este enfoque, se implementó una metodología de investigación-acción, buscando activamente que la producción de información estuviera acompañada de procesos de reflexión sobre las prácticas desarrolladas por las participantes, identificando posibles zonas de transformación de estas. La estrategia consistió en tratar de analizar, en conjunto con las participantes, las significaciones producidas sobre los aspectos psicosociales de la pandemia en los distintos niveles de la organización. Para ello se seleccionaron tres planos: el de la dirección, que ofició como informante calificado, el de la coordinación global de la gestión y el de los equipos a terreno de las policlínicas.

Para la producción de la información se utilizaron las técnicas de entrevista semidirigida individual a la informante calificada y de entrevista grupal en los demás casos. Cada entrevista fue concebida como un espacio de trabajo dialógico en que el objetivo fue producir información, a la vez que generar procesos de reflexión en torno a esta. Con cada colectivo se realizaron dos entrevistas, al igual que con la informante calificada. En todos los casos, la primera entrevista se organizó a partir de una pauta-guía que operativizaba los objetivos de investigación. Al finalizar esa primera entrevista, se acordó con las participantes la fecha de un segundo encuentro, en que el equipo de investigación les presentaba su primer análisis de la entrevista y los temas centrales emergentes, a los efectos de profundizar el análisis y su problematización.

En el caso de la informante calificada, se la contactó directamente desde el proyecto para informarla al respecto, solicitar las correspondientes autorizaciones institucionales y conocer su opinión sobre el tema. Las entrevistas con el equipo de coordinación de la gestión fueron convocadas desde la dirección del SAS. Participaron seis personas de diferentes profesiones. Las

entrevistas con la informante calificada, como las realizadas al equipo de gestión, se realizaron de forma presencial.

Respecto de los equipos de salud, se buscó conformar grupos heterogéneos en cuanto a disciplinas y territorios donde desempeñaban su trabajo. Fueron convocados por una invitación que realizamos a todas las policlínicas, que fue tramitada a través del equipo de gestión. El hecho de que la dirección y el equipo de gestión oficiaran de intermediarios en la invitación nos llevó a reflexionar en términos metodológicos sobre la posibilidad de que hayan respondido principalmente quienes estuvieran más alineados con los niveles directivos de la institución. Respondieron a la convocatoria 12 personas, que organizamos en tres grupos, en los que estuvieron presentes licenciadas en Nutrición, Trabajo Social, Enfermería y Psicología, médicas de familia y pediatras, una odontóloga, una obstetra-partera, una auxiliar de enfermería y una auxiliar administrativa.

Aunque se planteó la conveniencia de que estos encuentros se hicieran en forma presencial, las características del trabajo en los servicios, la ubicación dispersa en los territorios y la situación de pandemia hicieron que, de los seis encuentros, cuatro se desarrollaran en forma virtual, por la plataforma Zoom, y dos de manera presencial.

Todas las entrevistas se realizaron en el período comprendido entre julio y diciembre de 2020. En total fueron ocho grupales y dos individuales. Cada entrevista fue grabada en audio y luego transcrita, con lo que se obtuvo un texto de más de 430 páginas. Para el procesamiento de las entrevistas se utilizó la estrategia de análisis de contenido temático. Para ello, cada entrevista fue leída varias veces por el equipo y codificada a los efectos de construir categorías.

El estudio contó con el aval del Comité de Ética en Investigación de la Facultad de Psicología, a la vez que cada participante firmó un consentimiento libre e informado.

Resultados y análisis

A los efectos de la presentación de los resultados, hemos organizado la información en tres categorías centrales: 1) el inicio de la pandemia y la reconfiguración de la organización del trabajo: la lógica covid de atención; 2) problemáticas psicosociales y su relación con el modelo de atención y el tipo de vínculo con la comunidad; 3) los espacios protectores y de resistencia ante el miedo y la incertidumbre.

1 - El inicio de la pandemia y la reconfiguración de la organización del trabajo: la lógica covid de atención

Cuando llegan las primeras noticias del avance de la epidemia en el mundo —aun antes de que se presentaran los primeros casos en Uruguay—, aparece en los equipos y las instituciones un claro sentimiento de negación, con un

tipo de razonamiento que tiende a no tener conciencia de que el virus iba a llegar a nuestro país.

> Creo que en enero y febrero nosotros lo veíamos muy lejos, ¿no? Como que no nos iba a llegar, veíamos que estaba pasando allá en China (primera reunión del equipo de gestión, agosto de 2020).

> En principio fue como... como incertidumbre, porque ya veníamos viendo noticias y... Será que soy joven, como la típica: desconfianza y que no va a venir a Uruguay y que... y que en realidad no va a afectarnos. Hasta el 13 de marzo (primera reunión de equipos de salud, diciembre de 2020).

Una vez que se confirman los primeros casos en Uruguay y se decreta la emergencia sanitaria, surgen una serie de alarmas y una sobreabundancia de información, que por momentos es difícil de procesar. Es en ese contexto que se comienza a dar una readecuación de los servicios:

> Veíamos en los medios de comunicación que eso estaba ocurriendo en otros lugares y como que a Uruguay no iba a llegar, y de un momento a otro fue una explosión de información y de... y de empezar como a acatar algunas órdenes, era tal la incertidumbre y el miedo que sentíamos (primera reunión de equipos de salud, noviembre de 2020).

Comienzan así a circular cada vez más noticias sobre los estragos que la pandemia estaba generando en otros países, en momentos en que aún se conocía poco de este virus y su comportamiento. Al miedo que producía la incertidumbre de lo que vendría se fue sumando una toma de conciencia de los riesgos que implicaba mantener la atención, lo que generó un temor al propio contagio o a contagiar a la familia.

> Mucha incertidumbre, miedo [...] miedo a los cambios que se venían y miedo de cómo enfrentar la situación, cómo hacer para salir adelante de la mejor manera posible y... y tratando de continuar las asistencias a todos los usuarios, digamos, sin dejar a nadie afuera, ningún grupo... a nadie. Y fue muy difícil. Pero... de a poquito lo fuimos logrando (primera reunión de equipos de salud, octubre de 2020).

> El miedo y la incertidumbre, y también... la dificultad que se tuvo dentro del equipo, como manejar los miedos del equipo también. De los compañeros y... y los nuestros y... y el reacondicionar toda la dinámica de trabajo sin dejar de lado la atención de esas poblaciones más vulnerables que trabajamos, sobre todo en el primer nivel. Y fue bastante meter cabeza ahí... y fue bastante estresante (primera reunión de equipos de salud, octubre de 2020).

> Yo desde mi lado como médica también esa incertidumbre y ese miedo de ¿y si yo lo traigo a mi casa? ¿Y si mi familia...? Como ese... como paralización que se hizo el primer mes, mes y medio, ¿no?, de dejar de ver a la población de riesgo de tu familia, de extremar los cuidados al volver a tu casa del trabajo. Y bueno y también en el mismo equipo de salud perder como esa cotidianidad (primera reunión de equipos de salud, octubre de 2020).

A su vez, los equipos de salud registraban cómo este miedo se instalaba en la población. Aparece así claramente la faceta del miedo como una construcción social que atraviesa los diferentes sectores, con el consiguiente riesgo de producir estigma y rechazo hacia «el otro» en riesgo de contagiarse:

> [...] la población tenía miedo también de entrar en contacto con el equipo de salud, por lo menos yo lo percibí desde mi lugar, que hago control de recién nacidos. No querían llevarlos a los controles. Que todavía eso fue una atención que nunca dejamos de hacer la de los primeros tres meses de vida, por lo menos en mi policlínica. Y no querían ir, porque tenían miedo de tener el contacto con nosotros (primera reunión de equipos de salud, octubre de 2020).

Un hecho que potenció la incertidumbre inicial de los equipos de salud fue que el inicio de la pandemia y la emergencia sanitaria coincidió plenamente con acontecimientos políticos que impactaron directamente en los equipos: los cambios de autoridades que se dieron en los gobiernos nacional (marzo de 2020) y departamental (setiembre de 2020). Se imbrican así, desde el inicio, las ansiedades propias de la pandemia con factores de cambio organizacional, lo que marcó gran parte de las vivencias y las acciones iniciales.

> Y hoy estamos haciendo cosas, pero con una mirada restringida porque no sabemos qué pueda llegar a suceder, dependiendo de quién gane y con qué ideas venga. Digo, ¿no? Nos pasa a nosotros, porque pasa a nivel de la población, de cierta población que entiende que la salud no tiene que ser, por ejemplo, parte de un gobierno departamental (segunda reunión del equipo de gestión, setiembre de 2020).

> Cuando viene una nueva... un nuevo gobierno, por más que sea del mismo partido, dentro del mismo partido también hay esa disputa, y nos genera cierta incertidumbre de qué es lo que va a pasar con nosotros (segunda reunión del equipo de gestión, setiembre de 2020).

La situación de cambio de orientaciones políticas e institucionales, junto con el desconocimiento inicial del comportamiento del virus en los humanos, dificultaron algunas coordinaciones institucionales iniciales sobre

cómo actuar en la emergencia. Fue común que se señalara que al principio comenzó a circular un exceso de información de múltiples fuentes sobre cómo enfrentar la pandemia, por lo que era difícil filtrar su calidad, lo que contribuyó a generar más confusión. Así, en función de la complejidad de la organización de estas policlínicas, en las que conviven en un mismo espacio equipos de diferentes instituciones, en algún momento circularon y se superpusieron protocolos de actuación de procedencia diversa (ASSE, MSP, IM y el gremio de trabajadores de la IM) que no siempre eran totalmente congruentes entre sí. A su vez, en este sector de la salud en que el multiempleo es algo frecuente, estos protocolos convivieron en cada trabajador con otros específicos de los lugares de asistencia donde se desempeñaban diferentes integrantes de los equipos.

> A mí me parece, por lo menos en mi sentir, como que me… lo que me interpelaba a mí era la incertidumbre, y hasta ahora me sigue interpelando. Como que también que uno le puede dar cierta… O sea, como una certeza, pero a medias, a la población y los usuarios. Porque incluso me acuerdo de que llegó un momento en que nos llegaban protocolos, todo el tiempo distintos, que antes tapabocas no, ahora tapabocas sí, que antes… O sea, que cómo se quitaban, o por lo menos… cómo se ponían los implementos, cuántas veces tenían que lavarse las manos. O sea, todo eso te iba como también generando… incertidumbre (primera reunión de equipos de salud, diciembre de 2020).

> También en algunos momentos se filtraba información de otros servicios o por los grupos y… y un grupo interpretaba una cosa, y si no sé… No se enviaban los mensajes en tiempo y forma por WhatsApp, eso generaba también conflictos entre los propios compañeros. El tema del reintegro fue… pero así, ¿por qué nos tenemos que reintegrar nosotros si, por ejemplo, en el Palacio Municipal no se reintegran? Y eso generó conflictos. O sea, nuestro servicio, en mi policlínica puntualmente, generó conflictos y llamados a Adeom [Asociación de Empleados y Obreros Municipales] y problemas entre compañeros y… y fue duro el tema del reintegro con esa filtración de información (segunda reunión de equipos de salud, octubre de 2020).

El intento por controlar y regular una situación que en ese momento era poco conocida deja en evidencia las debilidades de organizar la atención desde lógicas de la administración específica de cada período de gobierno y no desde políticas más estables en el tiempo, que generen una cultura organizacional que permita una mayor estabilidad institucional.

Parte de ese cambio de políticas de atención se expresó en el papel asignado inicialmente al primer nivel de atención por parte de diferentes niveles de gobierno. En contraposición con lo que pasó con algunos servicios de

la RAP Metropolitana de ASSE, que en un principio cerraron su atención al público, las policlínicas del SAS permanecieron abiertas, con un cambio en el funcionamiento, lo que tensionó la asistencia en clave territorial.

En el SAS se produjo una reorganización del trabajo en los servicios de atención, priorizando la consulta presencial de niñas y niños recién nacidos, embarazadas en el primer trimestre y personas mayores que requirieran atención. Se organizaron equipos de triaje —clasificación de la consulta— en cada servicio para ordenar el ingreso y separar la atención de personas con síntomas respiratorios que podían estar vinculados a la covid-19. Se implementó el uso de equipos de protección personal como barreras de protección física: tapabocas, mascarillas y sobretúnicas. Como modalidad de atención se comenzó a utilizar la teleconsulta, lo que implicó la adquisición de nuevos equipos que lo hicieran posible. Se definió que las funcionarias mayores de 60 años y aquellos que tuvieran hijos menores, personas mayores o personas con discapacidad a su cargo pudieran acogerse al beneficio de la licencia o el teletrabajo.

La utilización de los espacios físicos dentro de las policlínicas se vio modificada para cumplir con los protocolos de distanciamiento. Los servicios odontológicos suspendieron la atención y algunos de ellos fueron cerrados al inicio. Se mantuvo la atención de urgencias odontológicas en las policlínicas polivalentes.

Estos cambios implicaron una readecuación de los equipos de trabajo:

> Fue como que de un día para el otro tener que cambiar 180 grados la forma en cómo veníamos trabajando, sobre todo la policlínica en que yo trabajo… Es una policlínica que, por el lugar donde está inserta, no inserta en contexto crítico, sino en una zona como un poco más céntrica, por decirlo de alguna forma: 80% de nuestro trabajo es a nivel comunitario y de promoción de salud y con grupos de usuarios, con grupos de personas mayores sobre todo, entonces fue tener que transformar el trabajo 180 grados, de un día para el otro, porque todas esas actividades que veníamos realizando las tuvimos que cortar, ¿no? Entonces eso a nivel de los compañeros, del grupo de trabajo y demás… tuvimos que repensarnos de un día para el otro, y bueno, no fue nada fácil, ¿no? (primera reunión de equipos de salud, diciembre de 2020).

Sin embargo, en otra policlínica se expresa una vivencia contraria a esta, algo vinculado posiblemente a la historia de cada centro y a las características del territorio donde se insertan.

> Cada vez también vemos más que, por ejemplo, los servicios de salud estamos ocupando lugares… por ejemplo, en la parte social, o trabajos que hay en el territorio, que se sacaron actores del territorio que… estaban trabajando toda la

> parte de seguimiento. Lo que hacían los Socat [Servicios de Orientación, Consulta y Articulación Territorial] y todo eso, que también las policlínicas como que tuvimos que hacernos como cargo y darle más seguimiento a esa parte social. Por lo menos en lo que era la parte de la policlínica en que yo trabajo, como que tuvimos que… también encarar la parte social y trabajar más en la parte de redes con los usuarios (primera reunión de equipos de salud, octubre de 2020).

Esta política de la IM, intentando mantener el enfoque de APS en la situación de emergencia, no siempre cumplió su objetivo, ya que rápidamente su organización fue capturada por una lógica de funcionamiento centrada en la atención de la covid-19:

> Capaz que lo que se desdibujó un poco es el papel del primer nivel en promoción de salud, que… no teníamos otra… mediante talleres, íbamos a las escuelas, a los liceos, toda esa parte más de promoción en salud y más de… de salir a la comunidad, eso… eso se suspendió (segunda reunión de equipos de salud, octubre de 2020).

> Imagínense lo que es trabajar en una policlínica de primer nivel de atención, que abrís las puertas a la comunidad, que querés hacer talleres en salas de espera, que querés compartir; que tiene que ser algo dinámico, recíproco. De un momento a otro, la sala de espera tiene que quedar vacía, tenés que tener una distancia óptima de dos metros. Cuando tenías una lógica de funcionamiento que a las ocho abrías las puertas y dabas los números, ahora no más, pasamos al teléfono. Entonces es un cambio en la comunidad (segunda reunión de equipos de salud, noviembre de 2020).

Sin embargo, esta lógica también estuvo tensionada por la necesidad de dar respuesta a otras situaciones de asistencia puntuales o de seguimiento de la evolución de determinadas patologías o afecciones crónicas, que antes se realizaban en el SAS o en otros espacios y que la lógica covid resintió.

> Pasa en otro nivel también, ¿no?, a veces era en las puertas de emergencia también, por lo que cuentan los usuarios que… que bueno, si no tenés covid… puede pasar cualquier cosa, porque lo único que atienden es el covid. Como que se dejaron de lado otras cosas. Hubo como un… hay como un retraso, que ya había, de interconsultas, de atenciones, y con todo esto, que algunas agendas cesaron, y bueno, algunas siguieron con el tema de consultas telefónicas; como que se está perdiendo un poco la esencia esa de… de estar con el paciente, del contacto más cercano, de generar un vínculo. A mí, por ejemplo, no se me ocurre control pediátrico por teléfono, es como… muy raro (segunda reunión de equipos de salud, octubre de 2020).

A su vez, esta lógica de atención tuvo su correlato en una forma de trabajo que se fue instalando, vinculada a resolver lo inmediato y urgente, con pocos espacios para la reflexión crítica.

> Porque había una inmediatez y una urgencia de dar respuesta, pero había una presión externa también, del medio, de los compañeros, de la... era como que todo había que responder ahora. E íbamos como.... como en esa vorágine que nos llevaba... ¿Mañana qué hacemos? O sea, la historia de mañana qué hacemos era terrible (primera reunión del equipo de gestión, agosto de 2020).

> Por lo menos... que haya un pienso... aunque sea, previo, pequeño, antes de actuar, es una de las cosas que tenemos que trabajar, porque muchas cosas las hacíamos y después las pensábamos (primera reunión del equipo de gestión, agosto de 2020).

> Sí, creo que a veces se tomaban decisiones que... bueno... era lo mismo capaz posponerlo una semana y dejar que los equipos se acomodaran a esa nueva situación que se les venía. Como que eran demasiado rápidas a veces las decisiones, ¿no? (primera reunión del equipo de gestión, agosto de 2020).

Sostener esta lógica produjo en los equipos de salud cansancio y «agotamiento emocional», como lo denominan algunas trabajadoras.

> Y también como ese agotamiento mental y emocional de que, como personal de salud, estábamos como bombardeados de información, de pila de Zoom que se abrían con actualizaciones de artículos que... Y que no te daba el tiempo de ponerte al día con todo. [...] Toda esa incertidumbre creo que... que en lo emocional fue como muy agotadora (primera reunión de equipos de salud, octubre de 2020).

> Y hubimos unos cuantos que quedamos sobrecargados y bueno, ta, y es como seguimos funcionando. Es como un agotamiento más mental que físico el que vamos cargando. Y que todos estos meses han sido... así, muy pesados. El cansancio se hace cada vez... se siente cada vez más, por lo menos en mi caso, y yo noto también que de repente hay algunos compañeros que están medio como yo, si bien los roles son distintos (segunda reunión de equipos de salud, octubre de 2020).

> El desgaste emocional, el estar actualizado, la lectura, el bombardeo ese de información y de... eso fue agotador. El cambio de protocolos, el estar en la última. Eso me parece que es como parte de ese cansancio (segunda reunión de equipos de salud, octubre de 2020).

> Yo al menos percibí los dos primeros meses muy desgastantes... desgaste que hasta el día de hoy siento, me siento muy cansado, siento como que no... es un año de trabajo. Y sumado, como te decía, a otro trabajo, al otro lugar de trabajo también, que también tuvo sus complejidades (primera reunión del equipo de gestión, agosto de 2020).

2 - Problemáticas psicosociales, modelo de atención y vínculo con la comunidad de referencia

La pandemia, si bien instaló problemas nuevos (producto de la mortalidad del virus y de las medidas de encierro y distanciamiento físico), principalmente agudizó al extremo muchas problemáticas psicosociales que ya existían, pero que se mantenían relativamente controladas en su potencial daño debido a los múltiples lugares de encuentro social que existían. El cierre de estos espacios de encuentro por la emergencia sanitaria —como la escuela y otros centros educativos, sociales y culturales—, sumado a un cambio en la orientación de las políticas sociales del nuevo gobierno que implicó un paulatino desmantelamiento de otros espacios de articulación interinstitucional en terreno —como el caso del Socat—, potenció estos efectos psicosociales negativos.

> Porque en realidad los problemas... sobre todo los problemas sociales y de salud también, pero los problemas de violencia seguían latentes, los problemas de... pobreza, de desigualdad seguían latentes y no se iban a pausar por la cuarentena ni por el covid (primera reunión de equipos de salud, diciembre de 2020).

> Las políticas públicas, estatales, de a poco dejaron... dejaron de estar en territorio. Y empezaron a surgir otras cosas que eran, violencia de género, maltrato infantil... la cuestión económica, la gente que quedaba sin trabajo, no podía ir a trabajar porque vivía del día a día y no iba a trabajar. La creación de toda esta organización solidaria de las ollas. Cómo se mantenían, cómo se empezaron a nuclear entre ellos. Hubo ahí como una cosa... como que... se paró. Todo se paró, pero digo: la vida de la gente continuaba y sus cosas también continuaban. Entonces... (primera reunión de equipos de salud, noviembre de 2020).

Así, gran parte de los llamados *determinantes sociales de salud* (OMS, 2011), tales como las situaciones de pobreza y vulnerabilidad social, agudizaron la degradación de la calidad de vida de las poblaciones más carenciadas, por lo que las policlínicas que permanecieron abiertas oficiaron de sostén social en territorio.

> Los centros comunales obviamente cerraron. Las áreas sociales de los centros comunales trabajaban… teletrabajo, teléfono. Comuna Mujer… Te estoy diciendo las cosas que son de referencia y de trabajo de todos los días, que interactuamos; en esos momentos estaba todo parado. Los Socat se habían retirado del territorio. Los centros de… bueno, toda la cuestión de educación, Primaria, CAIF, todo. Entonces fue un vaciamiento como… como total. En el territorio, cuando vos estás trabajando con gente en el mismo lugar en donde viven… Entonces quedó sin respuesta todo lo pendiente. O sea, todo lo previo que se había intentado coordinar, como por ejemplo una credencial cívica, una cédula de identidad, un inicio en un CAIF, una respuesta a un seguimiento, un acompañamiento por una situación de violencia doméstica, todo eso desapareció. Y venían a la policlínica (primera reunión de equipos de salud, noviembre de 2020).

De esta forma, la policlínica que permaneció abierta tuvo el papel de ser un importante referente institucional y estatal para las personas en situación de mayor vulnerabilidad social. A su vez, la nueva modalidad de atención de todo el sistema de salud, centrada en la covid-19, agudizó notablemente problemáticas sociales y de salud que venían siendo controladas hasta la pandemia. El caso de la salud mental, en sus múltiples facetas, parece ser una de las dimensiones más fuertemente impactadas.

> Nosotros allá tenemos muchos intentos de autoeliminación y… suicidios que… que se concretan… Esa parte creo que ha sido como la no posibilidad de encontrarse, de juntarse (primera reunión de equipos de salud, noviembre de 2020).

> Por ejemplo, el tema de violencia doméstica, que… con el tema de las consultas por violencia doméstica, las consultas por intento de autoeliminación, el tema de salud mental, que es un problema más en la zona donde trabajamos, que no hay recursos… y bueno… se aumentó. El motivo de consulta de… depresiones, muchos adultos mayores con mucha soledad. Que eran problemáticas que ya estaban en la sociedad, pero como que lo vimos más exacerbado por el aislamiento también que se vivió (primera reunión de equipos de salud, octubre de 2020).

La casi exclusiva atención brindada por los protocolos sanitarios a los aspectos del contagio del virus comenzó a instalar —discursiva y fácticamente— una noción de la vida humana vinculada a lo biológico, por fuera de otras dimensiones, como los afectos, la historia y la dignidad. Así, la imposibilidad de brindar una atención acorde a lo que se espera del primer nivel, el cierre de otras actividades de soporte social y la atención de salud centrada principalmente en la dimensión biológica de la covid-19 fueron

generando una especie de violencia institucional,[3] en la que la institución salud deja de prestar atención a cualquier problemática que no esté vinculada con la covid-19, con lo que deja a la población en un estado de indefensión y vulnerabilidad, principalmente a la más carenciada, que no puede acceder a consultas de tipo particular. Así, la falta de atención específica a diversas situaciones de salud comienza a producir un sufrimiento psíquico que fue repercutiendo en el plano de la salud mental, un área que también fue quedando relegada en su atención.

> Al inicio teníamos que si venían o si llamaban por teléfono, «tengo tos, fiebre, moco», «espere en su domicilio, el 105 va a ir». Después el 105 a las 48 horas colapsó. Ni siquiera te funcionaba. Vos te imaginás uno enfermo, como que ahora intentes llamar a [emergencia médica privada] y que diga «fuera de servicio»... Es terrible que estés así tres, cuatro horas, cuando una persona puede estar haciendo un parto, un paro, lo que sea, la necesidad que sea. Entonces realmente fue un... un cambio en el paradigma, donde tenía... se cruzaba todo, lo humanista, lo biologicista, pero había que darle respuesta inmediata ya (primera reunión de equipos de salud, noviembre de 2020).

> Nosotros como equipo de salud, como el 105 no daba respuesta a todo lo que era la comunidad ahí, teníamos que dar respuesta nosotros. O sea, nosotros teníamos que empezar a abrir la puerta y a resolverles el problema, porque... Tuvimos más de una vez personas que «yo no me muevo de acá... necesito que me atiendan». Del desespero, «es mi hijo, es mi nieto, estamos así desde el sábado, el 105 no viene» (primera reunión de equipos de salud, noviembre de 2020).

A su vez, esta imposibilidad de dar respuesta a las problemáticas psicosociales que iban emergiendo fue vivenciada con frustración e impotencia desde gran parte de los equipos de salud, lo que les generó malestar y sufrimiento.

> Impotencia o frustración de... de no poder darle una respuesta o de... no sé, hacer algo por esa situación... eso más que nada. Sobre todo lo que es salud mental, es algo que preocupa mucho, ¿no?, de lo que no tenemos como un servicio como para decir «ahí vas a tener una respuesta» o derivar... Sabemos que van a estar como dos, tres meses esperando en una lista de espera (segunda reunión de equipos de salud, octubre de 2020).

3 Como plantean Fleury *et al.* (2011), por violencia institucional se entiende «todo tipo de violencia ejercida en instituciones, en especial en los servicios públicos, caracterizada por la acción u omisión de condiciones tanto materiales como simbólicas, responsables por la falta de acceso y la mala calidad de los servicios. Abarca, también, desde abusos cometidos en virtud de las relaciones desiguales de poder entre usuarios y profesionales dentro de las instituciones, hasta una noción más restringida de daño físico intencional, fruto del racismo, sexismo, moralismo, y otros estigmas».

> Frustra mucho que haya pasado en esas personas que estaban bien antes, porque a veces son pacientes que los conocés de hace muchísimos años y que ahora pasó esto, de marzo a ahora, y están que vos decís «no puedo creerlo, le voy a tener que dar una medicación que nunca creí que tuviera que darle». Se perdieron mucho los grupos también, ¿verdad?, de autoayuda. Eso era… es una fortaleza, siempre, grupo de hipertensos, el grupo de adultos mayores, los grupos de adolescentes. La participación, no pudieron participar todo este tiempo, no… no pudieron… (segunda reunión de equipos de salud, octubre de 2020).

En ese escenario, no sorprende que esta violencia institucional vinculada a la desprotección psicosocial de la salud de la población haya comenzado a generar, en varios casos, situaciones de violencia y agresiones de algunos usuarios y usuarias hacia los equipos de salud, visualizados como representantes directos de la institución salud. De esta forma, la violencia institucional parecería reproducirse y volver desde la comunidad, casi como una situación en espejo, pero de forma individual y no organizada. Este fenómeno de violencia individual como catarsis ante el sufrimiento y la búsqueda de respuesta frente a la carencia y la inacción de las instituciones de salud ya ha sido estudiado previo a la pandemia (Fleury *et al.*, 2013). En nuestro país, la lógica covid de atención parece haberlo instalado y potenciado en el primer nivel de atención. Esto impactó muy fuertemente en los equipos de salud, que, sin proponérselo, pasaron a tener un papel de amortiguación de los conflictos entre la comunidad y la institución salud.

> Todo el equipo estaba sintiendo que había como un desborde en el trato con los usuarios. Porque antes de repente era capaz que puntual, en algún caso, algún usuario que… bueno, gritaba, molesto, no sé qué. Ahora se está dando como más frecuentemente (segunda reunión de equipos de salud, noviembre de 2020).

> Vino la pandemia y enseguida dijimos «bueno, todo lo que es violencia basada en género, todo lo que es la cuestión de abuso infantil, todo lo que es la cuestión de alimentación», cuando sabemos que la mayoría de la gente que atendemos nosotros, o sea… trabaja de la changa o está en negro, no sé qué… Y veíamos eso para la población. Pero no fuimos… como que no fuimos capaces de ver que la gente se iba a poner agresiva con nosotros también (segunda reunión de equipos de salud, noviembre de 2020).

> En situación de violencia y de exposición, yo creo que si no hay… un cambio a nivel… nacional, ¿no?, porque yo creo que esto no solo está pasando en Montevideo, sino en todo el país, vamos a tener… nuestras consecuencias, lamentablemente (segunda reunión de equipos de salud, noviembre de 2020).

Estas situaciones tuvieron un efecto negativo directo en los cuerpos y la salud mental de las trabajadoras de la salud, lo que amplificó los aspectos de miedo e incertidumbre referidos anteriormente.

> Porque la gente se está volviendo mucho más violenta. Está desesperada la gente. Menos tolerantes, se irritan más fácil... Y esto de planificar a nosotros nos pasó que en la reunión del mes pasado, compañeros becarios, que son jóvenes, plantearon que habían tenido, en una atención, miedo de atender a esa persona y de que la persona les pegara (segunda reunión de equipos de salud, noviembre de 2020).

También tuvieron el efecto de poner en tensión la manera en que se estaba implementando el modelo de APS en su contacto con la comunidad. Aspectos centrales del modelo, como la participación de la comunidad, se vieron resentidos.

> Cada municipio tiene redes de salud, en la red participan técnicos, participan usuarios, participan población común o referentes, o concejales, lo que sea. Y en esa reunión de la red se reúnen, se discuten, se hacen planteos, se hacen planes, se hacen propuestas, se hacen proyectos. Se plantean actividades. Y eso... se afectó (segunda reunión del equipo de gestión, setiembre de 2020).

> En mi policlínica, en realidad hubo... hay un punto que uno no puede... o sea, no podía participar, vos tenías como la directiva que venía, en nuestro caso del SAS, que venían como los protocolos, que fueron cambiando en la evolución de la pandemia, pero había cosas que estaban como establecidas dentro del protocolo que vos... o sea, cada policlínica, de acuerdo a su situación de logística, de personal, de consultorio, de... tenía como que adecuar el funcionamiento a lo que el protocolo planteaba (primera reunión de equipos de salud, octubre de 2020).

La participación de la comunidad antes de la pandemia era diversa: importante en algunas zonas y más marginal en otras. Es así que trabajar en una zona en la que existía una comunidad organizada ofició como factor protector para los equipos de salud y la propia comunidad:

> Creo que todas las situaciones que hemos vivido dentro de la policlínica en que nosotros hemos necesitado la respuesta de la comunidad las tenemos, entonces yo creo que hay un reconocimiento de la comunidad y del barrio hacia nosotros como equipo y hacia la policlínica como lugar físico, de un sentido de pertenencia hacia el lugar, de un vínculo entre nosotros. Y para nosotros como equipo eso lo vemos gratificante, porque uno toma real conocimiento de

> la situación de una familia y después acompaña todo el proceso, y poder ver resultados positivos o negativos, porque bueno, uno siempre quiere lo positivo, pero no siempre es así, eso realmente a nosotros nos enorgullece (segunda reunión de equipos de salud, noviembre de 2020).

> No ha sido un lugar que lo hayan... ni vandalizado ni estropeado por fuera, ni lo han robado. Nunca tuvimos... hasta ahora, madera sin pata, ¿no?, una situación de esas. Y nosotros siempre decimos eso, que eso es por el cuidado de la comunidad. De hecho, cuando ocurre algo extraño, un fin de semana que bueno, había un indigente durmiendo en el fondo de la policlínica, que para que entrara en calor prendió el colchón fuego. Nos avisaron los vecinos a nosotros, o sea, hay un sentido de pertenencia y de cuidado recíproco entre nosotros. Creo que eso es a lo que tenemos que apuntar, a mantener (segunda reunión de equipos de salud, noviembre de 2020).

A su vez, dentro de las comunidades organizadas se daban diferentes modalidades de participación que existían antes de la emergencia sanitaria: algunos colectivos tenían una participación directa como interlocutores para la política, otros ejercían una modalidad de participación de tipo instrumental, como apoyo a las decisiones centrales del equipo. En el primero de los casos, existe una participación de la comunidad organizada en la toma de decisiones, lo que propicia un encuentro de saberes entre los equipos, los decisores de políticas y la gente del barrio.

> ¿Sabés qué sucede? Generalmente los vecinos muchas veces... siempre siguieron trabajando. En algunos zonales... es un movimiento que habrá cambiado la modalidad de funcionamiento, que no era presencial, pero estuvieron... Fueron tan claves que llegaron a la opinión pública e hicieron tambalear la toma de decisión que hubo cuando se cerraban las policlínicas (segunda reunión del equipo de gestión, setiembre de 2020).

> Y bueno, estábamos siempre... el grupo de WhatsApp tenía diferentes... a veces era bueno, a veces era malo. Porque había informaciones de todos lados, noticias que no eran y todas esas cosas. [Entrevistador: «O sea que era caótico en ese sentido»]. Sí, pero pudimos organizarnos y pasar solamente lo que hacía... Entonces ahí se enteraban los vecinos, se enteraba la comisión de vecinos... Y pasábamos información de cómo se atendía en la policlínica (segunda reunión de equipos de salud, setiembre de 2020).

> Los vecinos se acercaron a nosotros, «¿qué necesitan?». Hicieron tapabocas caseros y nos donaron para las personas... como ellos saben y al día de hoy saben que nosotros no entregamos los tapabocas quirúrgicos, porque el servicio

> no tiene para los pacientes, los da para el equipo de salud, ellos venían, se acercaban y decían «bueno, si viene gente para sala de espera, tienen prohibido ingresar sin tapaboca, se los obsequiamos, ustedes los entregan». De una manera u otra se acercaron. Donaciones de ropa… nos llegaron hasta a preguntar si necesitábamos que hicieran comida para entregar a la gente. Las ollas populares famosas. Que nosotros, como servicio de salud, en eso no podíamos… ya estaban otros efectores trabajando en eso y no correspondía. Pero les digo… la solidaridad del resto de los grupos de vecinos (primera reunión de equipos de salud, noviembre de 2020).

> Nosotros tenemos la comisión de vecinos que funciona en nuestro barrio. Nosotros antes nos reuníamos mucho más seguido que por esta situación. Nosotros teníamos, a su vez, grupos de funcionamiento con hábitos saludables, como era el grupo de hipertensos, el grupo de diabéticos, el grupo de niños con hábitos saludables. Habíamos implementado el poder realizar ejercicio físico. Siempre tuvimos instancias con la puerta abierta, a generar encuentros con el barrio, ¿no?, con la comunidad y con los vecinos. Y siempre se plantearon desde… dificultades o planteos nuestros hacia ellos y de ellos hacia nosotros (segunda reunión de equipos de salud, noviembre de 2020).

En otras policlínicas, la participación de vecinos y vecinas organizados se enfocó en apoyar las decisiones que se tomaban en los ámbitos centrales de la IM o en la policlínica, sin una incidencia en la toma de decisiones.

> Cuando estaba la campaña de vacunación de la gripe, ellos se pusieron la camiseta y cuando íbamos con el móvil de vacunación, con el ministerio, ellos organizaban los barrios, la cola, la gente, estaban ahí; estuvieron en el club, hablaron con uno, hablaron con otro. Hablaron con el club Fulano, con el club Mengano, con la policlínica. Eran los que estaban. Ellos… [Entrevistador: «¿Pero más como un brazo ejecutor, digamos, de una política?»]. De algo puntual que era la campaña de vacunación, chau. Se terminó la campaña de vacunación y otra vez cada uno a su casa (segunda reunión del equipo de gestión, setiembre de 2020).

> Tuvimos o tenemos el apoyo. Según lo que se escuche por apoyo, porque algunos apoyaron no interfiriendo en las cosas, dejándonos trabajar. Pararon los reclamos, pararon… entendieron la situación y entendieron que nosotros teníamos otra urgencia. Otra urgencia. Entonces, en ese caso, en mis grupos colaboraron (segunda reunión del equipo de gestión, setiembre de 2020).

La lógica asistencial con base en protocolos jerárquicos a la que se vieron sometidos los equipos les generó una gran tensión y responsabilidad, lo que opacó el lugar de participación de la población, principalmente en aquellos

lugares en que ya era frágil. En muchos casos, esta participación se limitó a cumplir las medidas definidas por el equipo desde los protocolos sanitarios. Esto fue facilitado por un dispositivo preexistente, en que el contacto en gran parte se mantenía con personas individualmente y no con organizaciones o grupos:

> Nosotros no tomábamos decisiones tomando en cuenta, ¿no?, en esto de si estaba la voz presente de... más allá de la preocupación que nosotros sentíamos y sentimos, la voz presente, así, en la toma de decisiones, como lo que se hubiera esperado en el cambio de modelo. No. Por los tiempos, porque la celeridad era como... No... no se pudo dar esa dinámica. No porque no entendiéramos que no fuera importante, pero simplemente porque la verdad que... ellos estaban en quedarte en casa. E incluso quizás aunque hubiéramos tenido la posibilidad... no la hubiéramos efectivizado... digo como un proceso de autocrítica, ¿no? (segunda reunión del equipo de gestión, setiembre de 2020).

> Era una policlínica que funcionaba a puertas abiertas y de un momento a otro, bueno... tantos usuarios en la sala de espera, algunos que no podían estar acompañados, porque si no la sala de espera se llenaba. Pero no... fue todo lo contrario, por lo menos ahí: el barrio, la gente entendió las medidas, concurrían con tapaboca, el que no pedía uno. Creo que desde ese punto participó la población, o tomó conciencia de las medidas de protección, y creo que participó de esa manera, de cuidarse a ellos y cuidar al otro (primera reunión de equipos de salud, octubre de 2020).

Queda de manifiesto una tensión que atraviesa toda la institución del primer nivel de atención en salud entre el modelo organizativo piramidal que impuso la lógica covid de los protocolos, por momentos de aplicación mecánica, con otra lógica del trabajo profesional a terreno, basado en un modelo participativo y de cooperación con la comunidad, que permite organizar el trabajo de forma flexible y situada. A su vez, esta lógica profesional tampoco es homogénea, pues intervienen en ella la historia, la imagen y el prestigio social que puedan tener determinados roles, funciones, profesiones, tanto con la comunidad como a la interna de los equipos. Como planteó una administrativa respecto de situaciones de violencia que le tocó vivir con usuarios:

> Yo sabía que si había un problema [nombra a algunos médicos] se iba a asomar al mostrador a ver qué pasaba, y ya la situación cambiaba. Cambiaba totalmente. Y no era porque yo le hablara mal, porque... o sea, no era que decís «bueno, vos sos... tenés un mal vínculo con la gente, entonces a vos te hablan mal». No, no era, por lo menos en mi caso no era así, yo tenía un buen vínculo, pero había

> determinados usuarios que eran violentos con muchos. Pero sabíamos que si llegaba el médico, llegaba la pediatra, ellos iban a bajar el nivel de agresión. Y ahora... ahora ya no te sirve ni eso digamos... (segunda reunión de equipos de salud, noviembre de 2020).

En medio de estas tensiones y del aumento de la violencia, en aquellos casos en que la participación de la población se limitaba a acompañar pasivamente las medidas que se decidían a nivel de la institución o en que directamente no había grupos organizados y las personas interactuaban de forma individual con la institución salud, quedaba poco espacio real y simbólico para trabajar desde un modelo participativo y comunitario de APS. Ante esto, hubo algunos casos en los que surgieron acciones que, muchas veces, reforzaron el modelo individual y represivo. A modo de ejemplo, ante una situación de intento de robo a una funcionaria de una policlínica, las primeras medidas de protección que se pensaron fueron en la línea de la represión del delito y no de la educación y la toma de conciencia.

> Creo que del comité plantearon poner cámaras de seguridad, poner guardias de seguridad... Yo no sé si así se soluciona, no me puedo dar cuenta bien (segunda reunión de equipos de salud, noviembre de 2020).

3 - Espacios protectores y de resistencia ante el miedo y la incertidumbre: equipos, familia y compromiso con la población

A la hora de pensar los aspectos protectores que facilitan estrategias de resistencia de los equipos de salud ante el miedo y la muerte, aparecen claramente tres elementos: el compromiso profesional y ético de atención a la población más vulnerada, el apoyo y el autosostén de los propios equipos, y el apoyo y el compromiso de la familia de las trabajadoras para sostener la tarea.

De esta forma, una de las principales significaciones imaginarias (Castoriadis, 1987) que organizan los sentidos del trabajo en estos equipos de salud tiene que ver con un claro compromiso ético de apoyo a la comunidad. Esto parece ser un imperativo que atraviesa los diferentes niveles de la institución, desde las direcciones y las coordinaciones intermedias hasta el personal profesional y el equipo administrativo. Si bien esto, obviamente, no es una posición homogénea, sí aparece como una lógica y una política institucional que atravesó el cambio de administración, lo que marca un posicionamiento ético y político de empatía con la población más vulnerable.

> [...] siempre lo que primaba era tomar la mejor decisión para que hubiera un beneficio para los compañeros, para todo el equipo de todas las policlínicas y sobre todo para las personas, que eran las más necesitadas y que son las que

viven en los contextos de mayor vulnerabilidad, de mayor necesidad. Por eso primaba el no cerrar las policlínicas (primera reunión del equipo de gestión, agosto de 2020).

Yo creo que lo viví más con el compromiso con… con los usuarios. Porque nosotros tenemos usuarios que están vulnerados desde muchos puntos de vista y que hoy lo están más de lo que estaban previamente, que iban a quedar en una situación muy como… socialmente comprometida y socialmente vulnerable. Entonces, me parecía que desde mi lugar podía aunque sea aportar algo en… en intentar sobrellevar eso con ellos. No sé, yo lo sentí así, como que ese era mi lugar y yo elegí este trabajo, me gusta y… y los usuarios son como mi compromiso, entonces me sentía como que no los podía abandonar, no sé cómo explicarlo. Sí, como eso, como el compromiso con los usuarios (primera reunión de equipos de salud, octubre de 2020).

[…] trabajamos con una población muy vulnerable, donde el recurso económico para poder tener un boleto para poder trasladarse por su atención en salud es impensable. Entonces, al cerrar todos estos lugares, nuestra policlínica pasó a ser como un centro primordial de atención. Teníamos que seguir dando consulta y dando respuesta a las mujeres embarazadas, los controles de los recién nacidos. O sea, teníamos poblaciones de riesgo, que eso teníamos que continuar, no podíamos cerrar la puerta y esto se termina (primera reunión de equipos de salud, noviembre de 2020).

Este posicionamiento subjetivo ofició, en cierta medida, como un factor protector para el trabajo que, en muchos casos, permitía desafiar el miedo y la incertidumbre.

Y creo que tiene que ver con la historia de este servicio, de compromiso, de trabajo con la gente, pero de una historia que viene de mucho más atrás, que se vio como profundizada en este contexto, que, más allá de los pensamientos de cada uno, políticos, ideológicos, filosóficos, hay como una premisa que es comprometerse con dar respuesta a la gente más necesitada, en los lugares que podemos… Y contribuir. Yo lo que veo es que es eso, es el sentido de identidad tan fuerte que hay (primera reunión del equipo de gestión, agosto de 2020).

Yo en realidad en la intendencia estaba dentro de los que podían no ir a terreno, podía certificarme, porque tenía un bebé de tres meses y recién me había reintegrado de mi licencia maternal. Y ta, con mi familia lo hablamos y también fue eso, ¿no?: este es mi trabajo, con todos los cuidados, pero yo quiero estar ahí apoyando porque me parecía que era lo que correspondía (primera reunión de equipos de salud, octubre de 2020).

A su vez, este compromiso con el trabajo y la población ofició como un facilitador para poder brindar asistencia.

> Tratamos de intentar resolver lo que estaba dentro de nuestra capacidad de respuesta de poderle brindar a la comunidad. Porque realmente es desesperante. Nosotros, durante todo ese proceso, tuvimos embarazos de altísimo riesgo. Tuvimos patologías muy embromadas... como VIH, cuestiones de tratamiento, cuestiones que no podíamos perder. Visitas domiciliarias obligatorias que allá íbamos el equipo. Nosotros salíamos semanalmente, eso se cortó por un tiempo, después se retomó enseguida. Pero tratábamos también de nosotros resolver por nuestros medios, caminando, en nuestros autos, como fuese, nos vestíamos y allá íbamos. Porque eran situaciones complejas. Tuvimos una muerte en el barrio, de una chiquilina de 25 años, embarazada, que fallece en su domicilio, que llama al 105 el fin de semana y no tiene respuesta. Porque no era respiratorio, entonces... (segunda reunión de equipos de salud, noviembre de 2020).

> En el primer nivel de atención nuestro eje básico es la atención primaria en salud, ¿no?, todos los ejes de prevención y promoción es como nuestro... nuestro legado. La policlínica es un lugar de encuentro para la familia y la comunidad. Entonces nosotros abríamos la puerta a las ocho. Si la consulta con el pediatra empezaba a las doce, muchas veces iban diez y media y se sentaban en sala de espera, y ahí veían a Fulanito, conversaban, interactuaban y compartían. Conversaban, charlaban, se miraban, se... se encontraban. Entonces eso dejó de existir, pasar a esta modalidad de que no, dos y cuarto tenés que estar acá... no venir la abuela, la madre, la prima, la nieta, o sea... venir seis; ¿quién viene?, uno para la atención y estamos seis. No, el acompañante no, a no ser que sea mujer embarazada, a no ser que sea menor, a no ser que sea alguien con una discapacidad. Entonces, esa contradicción... (primera reunión de equipo de salud, noviembre de 2020).

Vinculado a ese compromiso con la comunidad, que ofició como un motor para sostener las acciones de atención, otro claro aspecto protector lo constituyó el apoyo del propio equipo de trabajo. Esto ocurrió principalmente en aquellos en que hubo posibilidades de pensar e intercambiar sobre el propio equipo, ya fuera de forma autogestiva —hablando de los miedos y las dificultades— o con apoyo profesional. En estos casos, se puede pensar que la habilitación de espacios de intervención que permitieran superar la dramática institucional generada en situación de pandemia hizo una gran diferencia en la propuesta técnica y profesional, y fomentó que el grupo objeto se posicionara desde un lugar de grupo sujeto, según el planteo de Kaminsky y Varela (2001).

> El trabajo en equipo fue muy importante, la organización, el dividirnos en las actividades. Tratar de no sobrecargarnos (primera reunión de equipos de salud, octubre de 2020).

> En mi caso, yo creo que mi equipo funcionó bastante bien, se habló mucho de los miedos, del primer día usamos esa palabra y como que la compartimos. Y en relación a esto de que todos… la mayoría trabajamos también en otro espacio, como personal de salud, bueno, del riesgo de poder ser uno el que lo lleve a ese equipo de trabajo. Hubo compañeros que estuvieron en cuarentena, esperando el resultado de hisopados. También cambiaban los protocolos de qué pasaba si había un caso positivo y… Pero bueno, en eso sacamos como las culpas. Por lo menos en mi equipo de trabajo se hablaba mucho de eso, de bueno, «puedo ser yo, podés ser vos»… repasábamos cómo cuidarnos, cómo ponernos el equipo de protección personal, cómo sacarlo, cómo… Y bueno, aceptar que cualquiera podía caer y que… eso nosotros lo hablamos mucho. Y a mí me parece que eso ayudó como a sacar culpas, de decir «bueno ta, si te toca a vos, te toca a vos, me podría haber tocado a mí». Como que funcionamos así. El primer tiempo pasó también que hubo muchos… de los integrantes del equipo que estaban como absueltos de ir a trabajar por ser población de riesgo, y… ahí, si bien hubo sobrecarga… […] El triaje al principio lo hacíamos nosotros, cuando empezaron a aumentar los números de consultas sí, yo ahora paso todo mi horario dentro del consultorio y no puedo estar saliendo a hacer triaje. Y eso también nos pasó, que es un tema que venimos como… seguimos discutiendo cuál es la mejor manera de llevar adelante el triaje. Porque ta, nosotros… yo ya no lo puedo hacer porque estoy todo el rato adentro del consultorio con los usuarios. Entonces, creo que en mi policlínica el equipo sí funcionó como… como un factor protector, y tuvimos eso de poder hablar, intercambiar y sacarnos culpas (primera reunión de equipos de salud, octubre de 2020).

Sin embargo, el equipo también podía constituirse en una fuente de sufrimiento, principalmente cuando no conseguía salir de la posición de grupo objeto. La falta de un trabajo de reflexión crítica en equipo que permitiera analizar su propia dinámica y vivencias imposibilitaba generar espacios para tramitar colectivamente las diferencias.

> El trabajo digamos que se dividió, cada uno tenía un rol distinto. Y bueno, algunos tuvieron unos días… no estuvieron 14 días. Se mantuvo eso de tenerlos como de reserva. Y dividirnos las tareas para atender a las poblaciones más vulnerables los que nos quedábamos. Y bueno, el equipo funcionó muy bien, y también funcionó a veces un poquito mal, porque también empezaron un poquito los roces, porque todos… También empezaron los miedos dentro de los propios compañeros, ¿verdad? Y bueno, de a poquito lo fuimos trabajando con… Nosotros teníamos en ASSE la posibilidad de trabajarlo con una psiquiatra, que

> la veíamos una vez a la semana y hacíamos como una terapia grupal, separados por un metro y medio cada uno, y entonces eso nos ayudó muchísimo a estar… a contenernos entre todos (primera reunión de equipos de salud, octubre de 2020).

> En mi policlínica, por ejemplo, la cocina es la que decimos… donde se cocina todo, donde cada uno intercambia lo que lo tiene bien, lo que lo tiene mal. Y como que era un espacio que ya no estaba teniendo esa condición. Pero también como ese rearmado del equipo y de las nuevas cosas, de la nueva dinámica dentro del trabajo (primera reunión de equipos de salud, octubre de 2020).

La familia también se constituyó en una fuente de apoyo, pero a la vez de miedo ante el contagio:

> Y también lo que decían del miedo a llevar… a que contagiáramos a nuestras familias, eso también pasó en el equipo. Y que cada compañero, en realidad, si sabía que había algún otro compañero que estaba en… era un caso sospechoso y que se tenía que esperar el test, también generaba incertidumbre en los equipos. De ver cómo íbamos a seguir trabajando si a ese compañero le daba ese test positivo. Entonces también eso… también aparecía el miedo y la incertidumbre a cómo vamos a seguir trabajando (primera reunión de equipos de salud, octubre de 2020).

Sin embargo, cuando se lograba superar ese miedo al contagio y la familia formaba parte del compromiso ético y profesional de los equipos, ofició como un fuerte motor de apoyo afectivo de cada trabajadora.

> Después también ayudó mucho la familia de cada uno de nosotros, ¿verdad?, escuchándonos al volver… Por ejemplo, con los… en mi caso, con mis familiares, que son adultos mayores mis padres, la forma de comunicarnos fue siempre por videoconferencia, como ahora. Y bueno y tratamos siempre de estar todos juntos, separados pero juntos y apoyarnos (primera reunión de equipos de salud, octubre de 2020).

> Como mi familia también me lo hizo a mí: «Bueno, ta, tranquila, vamos adelante, ta, es tu trabajo, es… y nosotros estamos en esto». O sea que nada. Yo soy la única médica en mi familia, entonces también, por cómo es… O sea, soy la única que trabaja en un equipo de salud como médica. O sea, soy el único personal de salud de mi familia (primera reunión de equipos de salud, octubre de 2020).

Aportes del caso de los equipos del primer nivel de atención en salud para analizar los aspectos psicosociales de la pandemia

Una reflexión que se reitera en las diferentes entrevistas es la valoración de que, si bien la pandemia instaló algunos aspectos nuevos vinculados a la mortalidad del virus y el poco conocimiento inicial sobre su gestión sanitaria, hubo una serie de efectos graves relacionados con la amplificación de situaciones y problemáticas anteriores no resueltas, principalmente relacionadas con condiciones de vulneración de la población usuaria. A su vez, esta situación permitió redescubrir una serie de potencialidades y fortalezas de los propios equipos.

Dentro de los aspectos que sería conveniente revisar, se encuentran algunos propios del plano organizacional. Aquí, posiblemente uno de los principales desafíos que enfrentan las políticas públicas de atención a la salud sea generar esquemas de trabajo a mediano y largo plazo que permitan el pasaje de una administración a otra de forma más estable para las trabajadoras de los diferentes sectores. En el caso de la situación de emergencia sanitaria, en los momentos clave del inicio de la reorganización de la atención, a la incertidumbre y los miedos que generaba el desconocimiento del comportamiento del virus se sumó la incertidumbre por el cambio de autoridades y políticas, lo que agregó una cuota de inseguridad y estrés sobre las pautas a seguir.

Otro aspecto a tener en cuenta es que la atención de la salud de todo el país fue rápidamente impregnada por una metáfora de guerra, que marcó la lógica de enfrentar el virus, en la que primaron medidas higienistas y de distanciamiento físico, promovidas desde los discursos científicos y los protocolos institucionales. Asistimos así a una cara extrema de la biopolítica, ese aparato social de regulación y reproducción de la vida. Michel Foucault (1996) define la biopolítica como un dispositivo político de control de la vida y las poblaciones desde lo biológico, una lógica de regulación de las poblaciones y la vida biológica por parte del Estado. Por su parte, Giogio Agamben (1998) señala la alianza entre la política y la medicina como una de las formas esenciales de la actual biopolítica. La forma validada de la ciencia y, por tanto, de construir conocimientos, así como las prácticas profesionales, tendrán un papel central en este dispositivo biopolítico, ya que actúan en el plano de las producciones de significados y sentidos, con lo que operan sobre la identidad de las personas y asignan lugares. En el caso de la pandemia, se validaron socialmente un saber y una tutela científica que prescribieron prácticas e indicaron a las personas cómo gestionar su vida biológica, muchas veces dejando de lado otros aspectos de la vida humana, como la dignidad y los aspectos psicológicos y sociales que le dan sentido a esa vida biológica (Pérez Fernández, 2016). Como planteara Foucault, «la medicina se impone al individuo, enfermo o

no, como acto de autoridad», lo que produce una «medicalización indefinida» (1996, p. 75).

De esta forma, se restó energía para trabajar con el mismo grado de importancia otros determinantes psicosociales de la salud, que fueron degradándose e invisibilizándose por las propias medidas anticovid. La pobreza, el aumento de la violencia intrafamiliar, la soledad y el aislamiento de grupos poblacionales como el de las personas mayores y el de niños, niñas y adolescentes, la desatención de patologías crónicas y la falta de atención a la salud mental fueron la contracara de la lógica covid de atención. El abordaje limitado de estos aspectos psicosociales fue generando un creciente sufrimiento de la población y una violencia institucional que, en algunos lugares, retornó como violencia individual y desde los usuarios hacia los equipos de salud, lo que daba cuenta de la impotencia para manejar situaciones de la vida cotidiana.

En la medida en que los equipos de salud del primer nivel son la cara visible de la institución ante la comunidad, estas situaciones de violencia —ya sea por agresiones específicas o por violencia institucional generada al no poder dar respuesta a las demandas de la población— impactaron en ellos, que fueron quienes, a pesar de todo, sostuvieron voluntariamente la atención desde un compromiso profesional y ético con la población más vulnerada.

En aquellos lugares en los cuales se contaba con una comunidad organizada en las acciones y la toma de decisiones (donde existía un avance en la implementación del modelo de APS que permitía un encuentro de saberes y los usuarios y usuarias eran protagonistas de las acciones en forma compartida con las profesionales) fue posible disminuir los niveles de violencia instalados, así como trabajar el impacto negativo de la pandemia en los aspectos psicosociales señalados. Distinta fue la situación de aquellos lugares en los que no existía una comunidad organizada y todo el peso de las acciones recayó en los equipos de salud y la institución, que corrieron el riesgo de quedar aislados de la comunidad.

Tal vez una de las principales enseñanzas de esta situación tenga que ver con la importancia de desarrollar en el primer nivel de atención políticas de inserción comunitaria de los equipos y tendientes a facilitar la organización de usuarios y usuarias, incluyéndolos en aspectos vinculados a las políticas y la toma de decisiones sobre su propia salud. Desarrollar o reforzar estos componentes del modelo de APS podría ser un facilitador para generar políticas de salud a mediano y largo plazo, más allá de la administración puntual que gobierne.

Asimismo, del proceso de pandemia merecen señalarse algunos aspectos que han oficiado como protectores y sostén del trabajo de los equipos de salud en condiciones muy adversas. Uno de ellos fue el trabajo con el propio equipo. En aquellos lugares donde se pudo realizar, ya sea de forma autogestiva o con apoyo profesional, se logró sostener el trabajo con un me-

nor costo afectivo y de salud que el que tiene el trabajo profesional aislado o únicamente como un eslabón de una cadena de atención. El desarrollo sistemático de tiempos y espacios para el trabajo y el cuidado del equipo y su salud mental debería ser tenido en cuenta como parte de la política de atención del servicio.

Otro aspecto que ofició como protector de los equipos fue contar con una comunidad organizada para compartir las acciones desde una propuesta situada. En estos casos, el equipo de salud ya no quedaba atrapado entre las lógicas institucionales de la covid-19 y las demandas y las necesidades de la comunidad, sino que estas tensiones se podían procesar colectivamente, generando estrategias de adaptación activa a la realidad, al decir de Enrique Pichon-Rivière (1985),[4] que permitieran canalizar los protocolos sanitarios de forma situada. En la medida en que esto se diera correctamente, sería de esperar que disminuyeran las respuestas individuales y desesperadas de violencia de usuarios y usuarias. Por lo tanto, poder trabajar con una comunidad organizada en un intercambio de ida y vuelta también debería tenerse en cuenta para incorporarse a las políticas de atención.

Finalmente, corresponde señalar el alto grado de compromiso profesional y ético de estos equipos con su trabajo y con la población más vulnerada. Se trata de un compromiso ético-político, al decir de Bader Sawaia (2004), que nos ubica como seres políticos y, por tanto, con capacidades y potencial para buscar una adaptación activa. Este aspecto ético-político ofició como un motor para la atención que permitió poner límites a los miedos y las incertidumbres individuales que estuvieron al principio. Seguramente este compromiso profesional sea más fácil de mantener en la práctica cuando las familias de las trabajadoras se constituyen en su apoyo y sostén, reforzando así ese aspecto protector, y cuando hay una comunidad organizada que lo sostiene.

Referencias bibliográficas

Agamben, G. (1998). *Homo Sacer. El poder soberano y la nuda vida*. Pre-textos.

Argandoña, M. (2012). Integración de cuidados de salud mental en la atención primaria de salud. Trabajo inédito, Universidad Nacional de Lanús.

Berriel, F., Paredes, M. y Pérez, R. (2006). Sedimentos y transformaciones en la construcción psicosocial de la vejez, en López, A. (coord.), *Reproducción biológica y social de la población uruguaya. Tomo I. Estudio cualitativo*, Trilce, pp. 19-124.

4 Pichon-Rivière (1985) ha planteado dos tipos de adaptación a la realidad que ofician como indicadores de salud mental: la adaptación activa, en la que la persona se adapta al medio, lo transforma y en esa transformación se transforma también ella misma, y la adaptación pasiva, en la que la persona no es protagonista de su proyecto de vida y solamente es arrastrada por las derivas institucionales, a las que no opone resistencia. Para Pichon-Rivière, el primero de los casos promueve la salud mental, mientras que el segundo implica un importante nivel de alienación, más próximo al concepto de enfermedad mental.

Castoriadis, C. (1987). *La institución imaginaria de la sociedad*. Tusquets.
Fleury, S., Bicudo, V. y Rangel, G. (2013). Reacciones a la violencia institucional: estrategias de los pacientes frente al contraderecho a la salud en Brasil, en *Salud Colectiva*, 9 (1), 11-25.
Foucault, M. (1996). *La vida de los hombres infames*. Altamira.
González, T. y Olesker, D. (2009). La construcción del Sistema Nacional Integrado de Salud 2005-2009. Ministerio de Salud Pública.
Guerra, A. (2020). Entrevista, como directora de Servicio de Atención a la Salud, para este trabajo.
Guerra, A. (2022). Presentación del Servicio de Atención a la Salud a integrantes del Plan ABC.
Kaminsky, G. y Varela, C. (2001). *Grupo objeto y grupo sujeto.* Universidad de Buenos Aires.
Organización Mundial de la Salud (1978). Atención primaria de salud. Informe de la conferencia internacional sobre Atención Primaria de Salud. Organización Mundial de la Salud.
Organización Mundial de la Salud (2011). Relatório da Conferência Mundial sobre Determinantes Sociais da Saúde. Organización Mundial de la Salud.
Organización Panamericana de la Salud y Organización Mundial de la Salud (2007). La renovación de la atención primaria de salud en las Américas. Organización Panamericana de la Salud y Organización Mundial de la Salud.
Pérez Fernández, R. (2010). El caso de la Enfermedad de Alzheimer en las políticas de salud, en *Envejecimiento, género y políticas públicas. Coloquio regional de expertos*, Lucida, pp. 143-158.
Pérez Fernández, R. (2016). Las dolencias de la mente. Prácticas de atención y cuidado de las personas con demencia en el sistema de salud de Uruguay. Tesis doctoral, Universidad Nacional de Lanús.
Pichon-Rivière, E. (1985). *El proceso grupal. Del psicoanálisis a la psicología social.* Nueva Visión.
Sawaia, B. (org.) (2004). *As artimanhas da exclusão. Análise psicossocial e ética da desigualdade social.* Vozes.
Schenck, M. (2018). *Policlínicas inclusivas. Diversidad sexual y de género en salud, y atención libre de discriminación a personas que viven con* VIH*: la experiencia de la Intendencia de Montevideo.* Intendencia de Montevideo.

Las organizaciones de personas mayores ante la pandemia: narrativas, capacidad de acción y acontecimiento

Fernando Berriel (Facultad de Psicología y Centro Interdisciplinario de Envejecimiento)
Luján Ríos (Facultad de Psicología, Espacio Interdisciplinario)
Francis Silvera (Espacio Interdisciplinario)

En las siguientes páginas se comunican y discuten los principales resultados emergentes de una investigación cualitativa y participativa llevada adelante por parte de docentes, estudiantes de posgrado en Psicogerontología, estudiantes de grado en Sociología y Psicología y un conjunto de participantes de la Red Nacional de Organizaciones de Personas Mayores (Redam). Este estudio se desarrolló en Uruguay en el contexto de la pandemia de covid-19, durante 2020 y 2021,[5] como parte de un proyecto más amplio orientado a estudiar los procesos psicosociales que tuvieron lugar en distintos colectivos considerados «vulnerables» o «prioritarios» durante la pandemia de covid-19. Las páginas que componen este capítulo fueron elaboradas por parte del equipo académico, intentando divulgar algunos aspectos de un proceso complejo a partir de una analítica colectiva propiciada por una investigación-acción. Un estudio de esa naturaleza implica ya de por sí, como veremos, múltiples complejidades, en la medida en que conlleva un proceso reflexivo del equipo de investigación que afecta y resulta afectado por la articulación en acciones de distinto tenor que tienen lugar conjuntamente con las personas participantes de la red. Considerando esto, las páginas que siguen reflejan un análisis, una reflexión y una perspectiva posibles desde un posicionamiento involucrado con el problema abordado y con el rol de las organizaciones de personas mayores en la vida social actual.

5 Además de los autores de este capítulo, participaron en el trabajo de campo Nuzha Adib y la Lic. Dyliana Giménez, entonces estudiantes de Psicología, Jessica García y Bárbara Vallarino, trabajadoras sociales y entonces estudiantes de la Diplomatura en Psicogerontología de la Facultad de Psicología de la Udelar. Participaron también en algunas reuniones del equipo Fernando Bertolotto e Isabel Silva, profesores de la Facultad de Enfermería, así como Carolina Guidotti, profesora de la Facultad de Psicología.

En Uruguay, las personas mayores de 60 años conforman, según datos de 2011, 19,5% del total de las personas que habitan en el territorio (Instituto Nacional de Estadística, 2012). Tal cifra coloca a Uruguay como uno de los países más envejecidos de la región latinoamericana. Este asunto del número y la cuestión de las proporciones respecto del objeto «población» cobraría durante la pandemia una altísima presencia cotidiana, justificada por la transparencia de la información. Pero además, como cualquier persona familiarizada con la literatura gerontológica puede refrendar, esta cuestión de proporciones constituye tópicos aludidos permanentemente ante la consideración de casi cualquier tema vinculado directa o indirectamente al envejecimiento, como es el caso, por ejemplo, de los debates vinculados a las reformas de los sistemas previsionales o de seguridad social. Es así que gran parte de la literatura científica y académica sobre la vejez y el envejecimiento comienza considerando la temática en términos de un «problema demográfico», tal vez en consideración al efecto de verdad que esto genera al momento de justificar la relevancia de un problema como el del envejecimiento.

Cuidado, prevención y biopoder: ser definido como «grupo de riesgo»

Como ha sido señalado (Ursula, 2011), los discursos del riesgo social y económico que suelen acompañar el tema del envejecimiento a menudo se permiten, como gesto de concesión retórica, calificar en documentos y declaraciones el «problema» del envejecimiento como «oportunidad», para pasar rápidamente a considerarlo un «reto» para el desarrollo social y económico. De este modo, el «problema» del número de personas viejas en el mundo «se puede desglosar en dos partes: en primer lugar, para quienes no son viejos/as, la sugerencia de esta consideración viene a ser "demasiada vejez para cuidar, habrá que trabajar y contribuir más"; y, en segundo lugar, para quienes ya son viejos/as, la indicación es "cuidado, vuestras pensiones, vuestra salud, vuestras condiciones de vida están en peligro"» (p. 2), a lo cual agregamos: es preciso que gestionéis adecuadamente vuestra vida y, especialmente, vuestro envejecimiento.

Este insistente destaque de la importancia en número de las personas mayores no se ve acompañado, sin embargo, por una alta valoración social. Las visiones deficitarias de la vejez, así como la concepción de las personas mayores como objeto de asistencia antes que como sujetos de derecho, aún mantienen su vigencia pese a los avances alcanzados en diversas áreas. Esto tiene expresiones relevantes en el campo normativo, como es el caso de la Convención Interamericana sobre la Protección de los Derechos Humanos de las Personas Mayores (Organización de los Estados Americanos, 2015), que fuera ratificada unánimemente por el Parlamento Nacional en 2016. Esta situación paradójica de coexistencia de enfoques

asistencialistas y en términos de declive, por un lado, y una perspectiva de derechos humanos en avance, por el otro, entra en un campo de incertidumbres ante el cambio de gobierno que tiene lugar el 1 de marzo de 2020. En ese contexto es que se producen los primeros casos positivos de covid-19 y que se concreta la declaración de la pandemia y la emergencia sanitaria a nivel internacional y en el país.

El aumento sostenido de los casos positivos de covid-19 desde mediados del mes de marzo de 2020 motivó, en concordancia con las indicaciones internacionales y regionales, la aplicación de una batería de medidas para la mitigación de los efectos más nocivos del virus. Entre estas medidas, se apostó por el distanciamiento físico entre las personas a fin de disminuir las probabilidades de contagio, y en ese marco se prohibieron los espectáculos públicos, se restringió la movilidad urbana, se suspendió legalmente el derecho de reunión y se instó a la población a evitar las aglomeraciones y los encuentros particulares, según la resolución 495/020 del Poder Ejecutivo. En Uruguay, dichas medidas preventivas se conjugaron con una estrategia comunicacional de las autoridades destinada a fomentar el confinamiento domiciliario durante los meses de marzo a junio de 2020, y en períodos más breves posteriormente. Los mensajes emitidos en el marco de la campaña pueden sintetizarse bajo el popularizado eslogan «quedate en casa». Tanto en el diseño de las medidas concretas como en los mensajes para su legitimación, la población fue segmentada fundamentalmente según un criterio etario y las personas mayores fueron catalogadas como «más vulnerables» o «de mayor riesgo» (Organización Panamericana de la Salud, 2020) en función de su edad avanzada y su mayor probabilidad de padecer enfermedades.

El carácter problemático de la generación de medidas basadas en la edad ha sido señalado (Nilsson *et al.*, 2021) y los efectos negativos ocasionados a nivel de las significaciones del envejecimiento y en las formas en que este es transitado aún están siendo estudiados para el caso de la pandemia de covid-19. Considerar en términos de biopoder (Foucault, 2000) estas medidas basadas en la edad debería llevarnos a interrogarnos por las alteraciones que operan en las diversas dimensiones que componen un dispositivo, así como sobre las formas en que las expresiones discursivas y extradiscursivas de estas medidas tensan los regímenes de verdad que se hallan en disputa, especialmente los discursos con origen en las institucionalidades políticas, científicas o de la organización social más o menos formalizada. Del mismo modo, es clave interrogarnos por las relaciones de poder que se propician, consolidan y alteran en el contexto de la pandemia y sobre los procesos de subjetivación más o menos adecuados o inconvenientes, considerando especialmente las autopercepciones en términos de riesgo, fragilidad, autoridad o capacidad de acción en el contexto de una situación de emergencia generalizada como la que nos ocupa en este texto.

En este último componente de un dispositivo, relativo a las líneas de subjetivación y objetivación (Deleuze, 1990), es que se ubica particularmente este capítulo, que busca captar y participar en la emergencia de procesos de singularización, de nuevas manifestaciones de «nosotros» que, sin estar exentas de contradicciones y sin dejar de estar atravesadas por las líneas de fuerza desplegadas en este campo connotado por la excepcionalidad, pueden eventualmente percibirse y nombrarse a sí mismas de nuevas formas y pasar a incidir en alguna medida sobre una pandemia que, consecuentemente, ya no sería asumida como meramente dada. Es en este sentido que este capítulo transita por los procesos psicosociales que tuvieron lugar en una red de personas mayores durante la pandemia, procesos aquí entendidos como expresiones singulares de un dispositivo tensado, que actúa y a la vez se fragmenta cuando las líneas de subjetivación habilitan procesos instituyentes, creativos.

Una red de redes de personas mayores

El caso particular que abordaremos, como ya expresamos, es el de la Redam. El origen del trabajo conjunto con integrantes de esta red en el contexto específico de la pandemia se inició en el año 2020, en el marco de acciones de extensión universitaria del Centro Interdisciplinario de Envejecimiento y las facultades de Enfermería y Psicología de la Udelar orientadas a articular esfuerzos con las organizaciones de personas mayores en el afrontamiento y el estudio de las condiciones asociadas a la emergencia sanitaria, en este caso para la realidad de las organizaciones de personas mayores. Esta red constituye, en rigor, un tipo de organización de tercer grado, en la medida en que reúne en un plenario nacional un conjunto de redes locales, compuestas a su vez por organizaciones de personas mayores cuyos integrantes denominan «de base». En tal sentido, esta red constituye una expresión organizacional estrictamente de personas mayores que abarca casi la totalidad de los departamentos, que son las divisiones políticas en las que está organizado territorialmente Uruguay. Las organizaciones que la componen han sido clasificadas de acuerdo con sus objetivos en organizaciones reivindicativas, recreativas, culturales, de formación o capacitación y altruistas.

La Redam se constituye como un espacio de articulación de redes locales de personas mayores con una cobertura nacional. Las organizaciones de base se constituyen en redes locales que a su vez conforman redes departamentales. De este modo, en los tiempos previos a la pandemia, esta red reunía en su plenario nacional a representantes de todos los departamentos de Uruguay. Es difícil determinar la totalidad de organizaciones de personas mayores vinculadas a esta «red de redes», ya que se trata de un número móvil, pero supera el centenar de organizaciones y grupos de todo el país si tomamos como referencia los años previos a la pandemia. De acuerdo con

Maite Ciarniello (2013), la Redam comenzó a funcionar como tal en el año 2009, a partir de gestiones realizadas por el Ministerio de Desarrollo Social (Mides) para garantizar la representación de las personas mayores en instancias con organismos internacionales de debate sobre políticas públicas en el área. Sin embargo, esta red tiene antecedentes que se remontan a los años 90 y posee como antecedente concreto la Red de Personas Mayores de Montevideo y encuentros nacionales de organizaciones que tuvieron lugar desde 2007. Aun así, gran parte de su desarrollo ha estado ligado a las políticas públicas orientadas a las personas mayores desarrolladas a partir de 2009, en tanto fueron progresivamente incorporando una perspectiva de derechos humanos, que implica necesariamente la participación y la contribución a la organización de la sociedad civil (Rovira, 2022).

Un elemento relevante a considerar en la historia de la Redam y en el contexto en el que la investigación que nos ocupa tuvo lugar es que esta red de redes se fundó y desarrolló formalmente en el marco histórico del denominado «ciclo progresista» (Caetano, 2019), marcado por los gobiernos del Frente Amplio (coalición de izquierda) que tuvieron lugar entre 2005 y comienzos de 2020 en Uruguay. En ese período, el desarrollo de una política pública de envejecimiento y hacia las personas mayores estuvo marcado por una perspectiva de derechos humanos que incluyó la participación de la sociedad civil organizada como un componente de dicha política. Esto explica en parte lo que Ciarniello (2013) señaló como una promoción desde el Estado de la existencia y el funcionamiento de la red. De hecho, el trabajo de esta autora había dejado planteada la pregunta de si sería posible en los hechos un funcionamiento de la Redam independiente de la política pública y el Estado, especialmente por el rol de colaboración y apoyo ejercido por el Instituto Nacional de las Personas Mayores (Inmayores). Un hecho concreto al respecto es que en 2009 se creó ese instituto en la órbita del Mides, como institucionalidad rectora en materia de políticas de envejecimiento y vejez, lo que implicó la constitución de un Consejo Consultivo integrado, entre otros actores, por representantes de la sociedad civil, dos de ellos designados por la Redam.

El comienzo de la pandemia de covid-19 se produjo pocos días después de la asunción de un gobierno constituido por una coalición de partidos de derecha y centroderecha. De algún modo, el carácter inédito de la situación de emergencia sanitaria debe considerarse también, tomando en cuenta la condición no menos inédita de que la Redam debiera funcionar como tal en el contexto de un gobierno de otro signo político, con la consiguiente renovación de autoridades y, eventualmente, de enfoque sobre la participación ciudadana en la elaboración, la ejecución y el seguimiento de políticas. De hecho, la Redam ingresó en el período marcado por la pandemia sosteniendo algunos debates relevantes sobre el tenor que podrían tener las nuevas orientaciones en materia de políticas: por un lado, buscando incidir en los

medios de comunicación y en el contacto directo con parlamentarios respecto del debate sobre una ley que impulsaba el gobierno que, entre muchos otros temas, preveía en sus versiones iniciales la supresión del Inmayores y del Consejo Consultivo, lo que finalmente fue desechado; por otro lado, habiendo comenzado una serie de denuncias sobre un debilitamiento de las políticas de inclusión digital y universalización del acceso a las tecnologías de la información y la comunicación (TIC) dirigidas a personas mayores, concentradas en el Plan Ibirapitá. En ambos casos la red se movilizó y algunas de sus integrantes accedieron a una importante visibilidad ante medios de comunicación locales y nacionales, fundamentalmente en los meses de febrero y marzo de 2020. Los resultados que se comunican y discuten en este capítulo surgen de un trabajo conjunto que se produce en ese contexto, a partir del mes de mayo de 2020, que se prolongó hasta 2021.

En la próxima sección del capítulo se presentan los métodos y los procedimientos que fueron configurándose en el proceso de investigación a partir de su elaboración en conjunto con los participantes de la Redam. En la siguiente sección se presentarán los resultados que surgen del análisis del proceso de investigación-acción a la luz de tres dimensiones o ejes temáticos. El primero de ellos recupera las narrativas y los registros afectivos de la vida en pandemia producidos por las personas que integran la Redam. El segundo, por su parte, refiere al impacto de la crisis sociosanitaria en el funcionamiento habitual de la red y a los desafíos que esta implicó en términos de participación. El tercer eje, por último, recoge los movimientos ejercidos por las integrantes de la Redam para incidir sobre el fenómeno de la pandemia en clave de autonomía. A modo de conclusión, en la parte final del capítulo consideramos el tránsito de la Redam por el primer año de la pandemia de covid-19, reflexionando particularmente respecto de las implicaciones de las acciones emprendidas por la red, entendidas como modalidades de incidencia en la configuración de la realidad de la pandemia.

Métodos y procedimientos: un hacer conjunto

El procedimiento que fue configurándose para el caso particular de la Redam, que debía permitirnos abordar el tema de investigación y a la vez generar un aporte a la acción de la red en el contexto de la pandemia, fue una estrategia que abreva en la investigación-acción participativa (IAP), enmarcada en un paradigma cualitativo de investigación. Este enfoque ha sido, además, abordado en forma interdisciplinaria, en tanto el equipo de investigación se conforma por estudiantes y licenciados en Psicología y Sociología, y estuvo integrado en la primera fase del trabajo de campo por dos trabajadoras sociales.

La IAP constituye una metodología de acción para el cambio social con fuerte compromiso ético-político (Zapata y Rondán, 2016), que otorga a las

personas de una comunidad el carácter de actrices y actores, y se distingue de la tradición en investigación en la que las personas suponen un mero objeto de estudio. En ese sentido, un componente nodal de la estrategia de la IAP es la participación de la comunidad en la identificación de las problemáticas, así como en la toma de decisiones sobre cómo diseñar acciones para abordarlas. En otras palabras, se despliega una estrategia fundamentalmente colaborativa (Greenwood, 2000) de carácter móvil, en tanto se teje a partir de lo que sucede en el campo, en un proceso de retroalimentación acción-reflexión. Un proceso de esta naturaleza requiere, por parte del equipo y de los participantes, permeabilidad y reflexión constante sobre la praxis.

Estos enfoques participativos adquieren una significatividad y a la vez una dificultad especial en un contexto que, como la pandemia de covid-19, restringe o suprime los espacios habituales de participación. En el caso de nuestro estudio, el trabajo debió desarrollarse a distancia, mediante dispositivos electrónicos y aplicaciones informáticas, concretamente empleando la plataforma Zoom. Considerando los objetivos, el enfoque metodológico y las posibilidades y los límites que ofrecían los dispositivos tecnológicos a quienes teníamos acceso, el estudio se desarrolló mediante una serie de técnicas conversacionales, entre las que se destacan la entrevista grupal semiestructurada (Corbetta, 2007) y la entrevista participativa (Pando y Villaseñor, 1996).

En etapas iniciales del trabajo se empleó la técnica de la entrevista semiestructurada, desarrollada a partir de un guion, o una pauta elaborados con antelación, que, sin embargo, fueron llevados adelante con la suficiente flexibilidad para desarrollar temas emergentes que se consideraron importantes para comprender las perspectivas y las experiencias de las participantes. Los encuentros se orientaron a la puesta en común de la producción de sentido elaborada por las propias participantes acerca de su situación, esto es, la producción de narrativas sobre la situación en la que se encuentra la Redam y sus integrantes mientras atraviesan un contexto social marcado por la pandemia, marco en el que además se ven en la obligación de modificar su modalidad habitual de funcionamiento. Es en esta primera fase de trabajo que se producen los principales contenidos que ubicamos en el apartado de resultados, en el tema relativo a las narrativas de la pandemia. Posteriormente, el proceso de trabajo se dirigió hacia la puesta en marcha de acciones para transformar las problemáticas que las participantes identificaron como prioritarias; se tornó necesario entonces emplear modalidades participativas de entrevista, luego de las cuales la coordinación entre integrantes de la Redam y equipo académico cobró especial protagonismo en el diseño de las estrategias a desarrollar de forma colaborativa.

Además de las técnicas conversacionales, se recurrió a la observación de los elementos no verbales, con criterios provenientes de la observación par-

ticipante. Este componente técnico sistemático se realizó en el transcurso de los encuentros compartidos con las participantes, lo que permitió acceder de forma privilegiada a fenómenos que no se podrían haber conocido desde una posición externa, es decir, no participante (Montero, 2006). Esta aproximación observacional se implementó con el propósito de recuperar aspectos culturales tácitos de una interacción social concreta, en este caso, la que se produce en la instancia grupal entre representantes de la Redam, así como entre estas y el equipo académico, mediante el registro sistemático de las dinámicas observadas visual y auditivamente, tales como la conducta no verbal, los roles desempeñados, quién toma la palabra y hacia quién o quiénes se dirige, las relaciones entre integrantes de la red, los diferentes usos del espacio virtual, entre otros. Las observaciones registradas como notas de campo no cumplen exclusivamente la función de recabar datos, sino que colaboran en su creación y análisis (Vallés, 1999). Así, la información acopiada genera insumos para analizar y retroalimentar la intervención a partir de lo que allí acontece.

Las transcripciones de los encuentros y los registros de campo fueron analizadas mediante el método de análisis temático reflexivo, tal como lo definen Braun y Clarke (2006, 2019). Se trata de un método para identificar, analizar y reportar patrones o temas dentro de los datos, organizándolos, describiéndolos en detalle e interpretándolos en función de los objetivos de investigación propuestos, tal como se mostrará en el siguiente apartado. Para el análisis de la información recabada se empleó el software de análisis cualitativo Atlas.ti 8.

Para cerrar este apartado metodológico cabe decir que el estudio cuyos resultados presentamos en este texto ha implicado la producción de *una experiencia empática* (Apgar, 2022) en el curso de un estudio participativo inscripto en el campo académico y de los abordajes interdisciplinarios. Esta cuestión de la empatía en la investigación a partir de la multiplicidad de crisis producidas en torno a la pandemia apunta, en primer lugar, a acercar a actores en tiempos de fragmentación, pero también a incorporar la dimensión afectiva al campo del trabajo académico de producción de conocimientos (Cummings *et al.*, 2021). Una empatía política, próxima a una política afectiva (Teles, 2009), una relación que tiene lugar entre cuerpos sensibles con capacidad de afección, capaces de actuar juntos ante un problema en construcción. En tal sentido, quien lea este texto encontrará, al entrar en el apartado que sigue, una síntesis de los principales resultados impregnada de este posicionamiento y su correspondiente discusión. Sin embargo, las líneas que siguen componen apenas unas trazas de una experiencia intensa que quienes en ella participamos de una u otra manera difícilmente olvidaremos.

Resultados y discusión

Bajo el consenso o las polarizaciones que parecieron haberse instalado sobre la pandemia y su significado a nivel social subyacen un conjunto de narrativas que coexisten y dan lugar a diversas significaciones sobre el fenómeno. En este sentido, la pandemia no es *una*: las narrativas producidas la han ido conformando como *un objeto múltiple* (Mol, 1999) si consideramos, como en este estudio, los procesos de significación que involucra y su capacidad, como la de las y los diversos actores que los sustentan, de producir realidad en planos simbólicos y materiales (Thomas, 1928). Al mismo tiempo, estas narrativas no se comportan como campos estancos, sino que se entremezclan y contaminan mutuamente. El peso que estos campos de enunciación presenten en la conformación de ese objeto múltiple que denominamos *pandemia* estará, a su vez, vinculado a la capacidad de incidencia de actores que producen y se producen en torno a esas narrativas.

Las personas mayores que conforman la Redam, y la propia red como colectivo, se constituyen en actores con capacidad de acción, en el marco de un complejo proceso de construcción del fenómeno epidémico. El objetivo de este capítulo consiste en ilustrar un proceso comunicativo complejo y compartir un análisis de forma de contribuir a dar visibilidad sobre las maneras en las que se expresó la pugna de narrativas en torno a la pandemia y respecto del rol y la realidad de las personas mayores que integran la Redam por parte de esos mismos actores. Para ello, en este primer punto ahondaremos en los relatos de la pandemia producidos por un grupo de integrantes de la red, colocando el foco en sus distintas formas de narrar el confinamiento y registrar sus implicancias emocionales.

1 - La instalación de narrativas: ¿fortalecidos? ¿debilitados? ¿heridos?

Entre los múltiples elementos manejados por las participantes, la pandemia aparece con frecuencia como una fuente de incertidumbre y desconcierto para las personas mayores, especialmente en los primeros meses luego de su irrupción. Ante el desconocimiento de los riesgos biológicos del virus, aparecen interrogantes vinculadas a sus efectos psicosociales a mediano y largo plazo:

> Hoy estoy bien, pero estoy en un ámbito humano de crecimiento, estoy al lado de mi estufa a leña calentita y me siento bien, pero ¿yo sé realmente cómo salgo de esto cuando todo sea normal de nuevo? [...] ¿Cómo salimos de esto? ¿Fortalecidos? ¿Debilitados? ¿Heridos? (segunda reunión con la Redam, julio de 2020).

La vivencia de incertidumbre respecto de las consecuencias de la propagación del virus convive con una sensación de «bombardeo» por el exceso de

información que circula sobre este, de lo que se desprende que los temores no refieren exclusivamente al impacto en la salud física, sino también en la salud mental:

> ¿Por qué está pasando esto? ¿Por qué tengo que estar encerrado? [...] Porque tengo más de 65 ya es ese bombardeo de «no salgas», de «cuidate que sos de riesgo»; lo tomábamos con temor [...] los dos primeros meses fueron bastante duros por la información y por esa incertidumbre (segunda reunión con la Redam, julio de 2020).

La irrupción de la pandemia y su progresiva comprensión fueron comparados por una de las participantes con un proceso de duelo, en que el sentimiento primario de negación da lugar a la ira y finalmente desemboca en la aceptación (¿resignación?) de la realidad. Los relatos de angustia emergen, por lo general, a raíz de la soledad del confinamiento y sus implicancias en términos de participación e integración: la pérdida de contacto con el exterior y la ausencia de instancias de encuentro con familiares, amigos y compañeros de grupos alimentan una situación previa de exclusión social de las personas mayores; una de las expresiones más graves es el caso de los usuarios de establecimientos de larga estadía para personas mayores. La pandemia es, entonces, un acontecimiento que despierta la mayor visibilidad de una serie de procesos ya en curso, que enfrenta a las personas mayores a los problemas históricos de la vejez, ahora agudizados, entre ellos el desamparo de quienes viven en soledad en un contexto de redes debilitadas, la ausencia de cuidados adecuados y los obstáculos a la participación y la integración social. El temor a «morir en soledad» aparece como equivalente al provocado por el contagio del virus, lo que conforma un imaginario en que estos dos extremos son concebidos como los únicos escenarios posibles: «En este momento en que estamos con el coronavirus tenemos miedo de poder tenerlo, pero también si pensamos mucho morimos en soledad» (tercera reunión con la Redam, julio de 2020).

El temor a salir a las calles, a su vez, es percibido como ya internalizado, lo que da lugar a un imaginario en que el espacio exterior constituye una amenaza y el hogar, el único lugar seguro. Los temores se asocian tanto al contagio propio —en algunos casos, por la presencia de comorbilidades que podrían complicar un cuadro de covid-19— como al contagio de familiares cercanos. En este contexto, el cuidado de sí y de las otras personas aparece como un imperativo y una responsabilidad ante los demás: «Es una pandemia que con responsabilidad, que si nos cuidamos y hacemos lo que nos dicen, creo que nos podemos cuidar y cuidar a los demás» (segunda reunión con la Redam, julio de 2020).

Una porción importante de las personas participantes coincide en la opinión de que pertenece a un sector de la población más vulnerable que

otros, en virtud de una serie de problemáticas desatendidas desde antes de la pandemia que parece que tienen una mayor presencia entre las personas mayores, tales como la soledad, el maltrato, delitos de estafa, entre otras. Algunos discursos acuden a la vulnerabilidad como justificación de las medidas sanitarias específicas destinadas a protegerlos del virus, condensadas en el eslogan «quedate en casa». Tales posturas exhiben distintos niveles de reflexión. Entre quienes manifiestan su acuerdo con las medidas dispuestas por el gobierno, algunas participantes señalan que «por algo debe ser» que las personas mayores fueron ubicadas dentro de la franja etaria de mayor riesgo de contraer el virus. Otras posturas son más críticas ante la definición de las personas mayores como «población de riesgo», que se señala como una medida edadista, homogeneizante y estigmatizante de la vejez. Las varias intervenciones citadas a continuación reflejan la diversidad de opiniones en torno a las medidas de protección entre las participantes:

> […] Creo que hasta que no salga la vacuna realmente nosotros vamos a tener que cuidarnos, porque por algo nos dicen que es la franja etaria de mayor riesgo en cuanto a las consecuencias que podemos tener, ¿verdad? (segunda reunión con la Redam, julio de 2020).

> Somos personas de mayor riesgo y se han justificado acciones de tutelaje a partir de ese discurso social, acciones para organizar la vida de los viejos; somos nosotros que tenemos que organizar (cuarta reunión con la Redam, julio de 2020).

> Yo me comparo con una persona de cuarenta y pico de años que tiene problemas respiratorios, problemas de esto y de lo otro, y no es una persona de riesgo, sin embargo yo con 80 años no tengo ese problema y soy persona de riesgo (sexta reunión con la Redam, agosto de 2020).

> Entonces ahí está la autonomía del adulto mayor, no la autonomía de la Redam, sino de la persona. Están siendo violentados nuestros derechos, como decía [nombra a una compañera de la Redam] recién: nosotros tenemos derecho a resolver si queremos reunirnos o no, si queremos salir al supermercado o no, cuánto queremos cuidarnos o no, cuánto creemos en el covid-19 o no. Me parece que eso es una violación totalmente espantosa (décima reunión con la Redam, setiembre de 2020).

El enfoque asistencialista en el que se sustentan tales medidas gubernamentales según algunas participantes constituye una de las consecuencias no deseadas de la interacción entre la pandemia y el cambio de enfoque en materia de políticas que se percibe ante el cambio de gobierno. A ello se le

suma el rechazo al modelo biomédico como paradigma hegemónico en el campo de la salud, a raíz de una serie de observaciones y posturas críticas ante la ausencia de una atención médica adecuada durante la pandemia y la falta de reconocimiento de los usuarios de edad avanzada como sujetos de derecho en el sistema de salud:

> No puede ser que mi médico me atienda por teléfono, yo no lo entiendo. Una cosa es que tengamos la reunión acá, el médico me dice: «[Dice su nombre], ¿qué le está pasando?». [...] Quiero que me vea la cara aunque sea por WhatsApp, que me vea la cara, que sepa cómo soy, si soy vieja, si uso o no uso bastón, ¿no? Me pasé cuatro horas llamando para poder conseguir la hora para el médico para que me llame por teléfono (quinta reunión con la Redam, agosto de 2020).

La pandemia de covid-19 implicó cambios significativos en los hábitos de las personas, lo que desencadenó una serie de reconfiguraciones en el orden de lo cotidiano. En el caso de las personas mayores entrevistadas, se observan cambios en el uso del tiempo y un retorno a las tareas domésticas y de cuidado. La sobrecarga percibida por las participantes que debieron hacerse cargo de este tipo de trabajo da cuenta de la desactivación del sostén social del cuidado, en particular de la suspensión de los soportes institucionales por parte de las autoridades. Como consecuencia, la gestión de los cuidados fue relegada al ámbito privado de la familia, lo que abonó una situación previa de invisibilización del trabajo no remunerado a cargo de las personas mayores:

> Yo he tenido que volver a tejer [...] he retomado algunas cosas de cuando mis hijos eran chicos, ¿te das cuenta? Porque, por ejemplo, mañana me traen a uno de mis nietitos, tiene un año y lo tengo que cuidar; no es nada agradable porque vengo de la cintura que ya les cuento [...]. Porque no tiene con quién dejarlo, no hay escuela, no hay jardín, no hay nada (cuarta reunión con la Redam, julio de 2020).

El tiempo que transcurre en pandemia se manifiesta, en algunos casos, como un tiempo «perdido», desperdiciado. Esta sensación toma un sentido más radical para las personas mayores, que desencadena resistencias más o menos explícitas al acatamiento de las normas sanitarias.

> Yo tengo la sensación como que estoy perdiendo un tiempo que yo lo quería aprovechar en otras cosas, en compartir con otras personas, en hacer otras actividades (cuarta reunión con la Redam, julio de 2020).

> Como [menciona a una integrante de la Redam] dijo que hay que esperar, que hay que ser paciente con el tema de la pandemia y todo lo demás, yo dije

> que tengo 81 años, ¿qué más voy a esperar? (cuarta reunión con la Redam, julio de 2020).

En otros casos, y contrariamente a la idea de que la pandemia solo ocasiona efectos negativos en las personas mayores, el confinamiento se percibe como una oportunidad para realizar otro tipo de actividades —por ejemplo, cursos virtuales— que antes no habían podido hacer por cuestiones de tiempo o de accesibilidad que la virtualidad de algún modo subsana. Se observan, por otra parte, relatos de monotonía y aburrimiento como resultado de jornadas más rutinarias. Se añoran las actividades de recreación y socialización al aire libre, y la pérdida de instancias de encuentro con pares y personas afectivamente significativas es identificada como uno de los efectos más nocivos del confinamiento:

> Extrañaba toda la parte de educación física, de gimnasia, de recreación, todo lo que es al aire libre, más allá de actividades de cineclub, todo eso que uno hace en el interior que es una forma de vincularse. Porque no tenemos muchas cosas, pero lo que tenemos se aprovecha, las personas mayores aprovechamos mucho ese tipo de cosas acá en Soriano. No las tenemos más, entonces es como que las sentimos (cuarta reunión con la Redam, julio de 2020).

> Yo estoy en unas cuantas organizaciones sociales y la verdad que el Zoom me ha facilitado la vida, porque desde mi casa me conecto, pierdo menos tiempo. El Zoom realmente me ha facilitado, puedo hacer cursos a larga distancia. Ahora hay todo tipo de cursos que antes no había tantos por Zoom (cuarta reunión con la Redam, julio de 2020).

El devenir de la pandemia y la progresiva reapertura de los espacios de socialización, por último, conducen a la producción de otras narrativas entre las personas entrevistadas. El retorno a la presencialidad es representado como una «vuelta a la vida», en función de una cadena de significados que asocia el contacto físico a la cercanía y la calidez, lo que sugiere que el distanciamiento físico se asociaría a la frialdad y la distancia social. La aplicación de protocolos y precauciones para evitar el contagio, al tiempo que posibilita el encuentro interpersonal cara a cara, aparece también como un obstáculo para retomarlo en su totalidad, de la misma manera que la incorporación de nuevas pautas de interacción social se percibe como una dificultad y despierta reacciones de rechazo. Un último hecho evidenciado por las participantes al retornar a la presencialidad es la ausencia de personas mayores en las calles, interpretada como un indicador del grado de temor con el que conviven diariamente:

> Todo el mundo estaba separado con tapaboca y sentimos que había muy poca gente mayor en la calle: la familia, los chiquitos, pero muy poca gente mayor; que está todo ese miedo, y más ahora con todo este tema del brote nuevo, uno tiene que cuidarse (cuarta reunión con la Redam, julio de 2020).

La pandemia y las medidas adoptadas representan amenazas a la salud, el trabajo, el estudio, la vida en un sentido pleno. Conllevan una retórica de la prioridad por la que es válido sacrificar otras dimensiones de la vida. Como veremos en la siguiente sección, esto tiene su expresión en el caso de la Redam como espacio colectivo.

2 - Impactos: pandemia y tiempos políticos en el Uruguay de la Redam

Durante el transcurso del 2020 las organizaciones sociales como la Redam vieron afectado el curso habitual de sus actividades. Por un lado, esto ocurrió a consecuencia de la irrupción de la pandemia de covid-19. Por otro, a partir de los cambios en el funcionamiento del Estado y en la orientación de las políticas públicas que implicó la asunción del nuevo gobierno nacional pocos días antes del inicio de la emergencia sanitaria. Todo este escenario configura una situación compleja, que derivó en la necesidad de reconfigurar el funcionamiento de la red.

Las narrativas construidas en torno a la pandemia que abordamos previamente, al igual que las medidas sociosanitarias adoptadas por las autoridades nacionales, impactaron en la configuración de la vida de las organizaciones de personas mayores, así como en la vida cotidiana de quienes las integran. En lo que refiere a la Redam, cabe señalar que la suspensión de actividades presenciales y la frustración de proyectos generaron un primer momento de desconcierto, incertidumbre y detención del trabajo colectivo:

> Esta pandemia nos ha llevado a no tener plenarios y también a que no todos los departamentos estén participando (tercera reunión con la Redam, julio de 2020).

> Pienso que el problema más grande es el tema de la pandemia, que no nos deja reunir; nosotros, por lo menos mi asociación, no nos hemos reunido desde marzo, nos comunicamos telefónicamente pero nada más y pienso que a otros compañeros en otros lados les debe de pasar lo mismo (quinta reunión con la Redam, agosto de 2020).

La adopción de nuevas modalidades de trabajo mediadas por la tecnología posibilitó el encuentro de los delegados departamentales de la Redam,

lo que reconfiguró proximidades y distancias. La extensión del territorio y las dificultades de transporte, antes identificadas como obstáculos, se diluyen ante la posibilidad de conectarse a través de plataformas digitales. Sin embargo, la incorporación de la tecnología deja al descubierto problemáticas precedentes, como el caso de la denominada «brecha digital» y el acceso desigual a recursos tecnológicos que se atribuye a componentes formativos y económicos, lo que acarrea importantes consecuencias para consolidar el derecho a la participación en este momento en particular:

> Yo sé que la tecnología tiene mucho que ver con eso también, como dijeron por ahí no sé si fue [nombra a otra integrante de la Redam] que no tiene acceso por falta de conocimiento, pero también a veces por razones económicas o porque no tiene una tablet o no puede pagar ese paquete, como decía ella, que tenés que pagar para tener crédito para llamadas (cuarta reunión con la Redam, julio de 2020).

Así pues, la emergencia sanitaria, la brecha digital y el acceso restringido a la conectividad tienen como correlato una baja en la participación de las personas mayores, fundamentalmente en redes locales y grupos de base, lo que genera preocupación a la interna de la Redam en torno a las dificultades para transmitir las realidades locales en las instancias del plenario nacional. En la siguiente cita puede apreciarse cómo una de las integrantes manifiesta las dificultades de las instancias locales para funcionar y cómo relaciona esto con la cuestión de la vinculación efectiva de las organizaciones que componen la red:

> Tenemos un WhatsApp, pero prácticamente soy yo poniendo comunicados e invitaciones y de casualidad hay alguna respuesta, pero hemos intentado hacer una reunión por Zoom pero no lo hemos logrado por medio de la Redam local, y los aportes que se hacen a través de WhatsApp o correo para que yo pueda presentar a la nacional son mínimos (cuarta reunión con la Redam, julio de 2020).

El escenario de pandemia, además, se conjuga con las percepciones críticas de algunos integrantes de la Redam sobre el accionar del nuevo gobierno en materia de derechos para las personas mayores. Pocas semanas antes de la emergencia sanitaria, la red había jugado un papel importante en la defensa del Inmayores como institución rectora en materia de políticas hacia las personas mayores. Las primeras versiones de una Ley de Urgente Consideración (LUC) que contemplaba un amplio conjunto de medidas impulsadas por el gobierno entrante incluían artículos que transformaban el instituto en una dirección, figura de menor rango dentro del Mides. En ese contexto, se produjeron salidas a la opinión pública (medios nacionales y locales) y

contactos con autoridades (ministros y legisladores de distintos departamentos). Finalmente, estos artículos fueron retirados del proyecto, lo que se percibió como una victoria por parte de la red.

> A mediados de enero nos enteramos de que en la LUC teníamos una situación la cual nos limitaba mucho el trabajo y nos cambiaba mucho la metodología. A raíz de eso conseguimos una entrevista con el designado ministro de Desarrollo Social. Y después, quizá porque le hicimos llegar nuestra nota, hubo una evolución en cambios en la segunda LUC, pero todavía se percibieron algunas condiciones que no eran las que nosotros deseábamos [...] logramos que nos recibieran y participamos con [compañera de la Redam] y allí recibimos la noticia de que por suerte eliminaron esos artículos que habían quedado en esa LUC (tercera reunión con la Redam, julio de 2020).

No obstante, esta conquista de la Redam no impidió que algunas integrantes de la red comenzaran a manifestar una visión crítica de la dirección que tomó la gestión del Inmayores. Señalan, por un lado, lo que consideran un desmantelamiento de programas y un vaciamiento de técnicos, entre ellos los referentes territoriales, cuyo trabajo era muy positivamente valorado por la Redam y por las redes locales:

> Tenemos problemas, que faltan referentes, nosotros en cada departamento tenemos referentes y ha ido todo en una forma muy lenta y no nos ha permitido trabajar como era antes. Nos han llegado noticias de que tienen planificado volver a lo que teníamos antes, pero por ahora está todo muy quieto (octava reunión con la Redam, agosto de 2020).

Por otro lado, describen una insuficiente planificación en el accionar del instituto, así como también dificultades para proveer nuevos cargos y, en los casos en que se efectúan designaciones, falta de formación específica en la materia. Perciben, además, lentitud y estancamiento en el relacionamiento con la Redam, lo cual suscita una sensación de falta de apoyo e incertidumbre, que a su vez afecta sus expectativas sobre el trabajo conjunto:

> Sí, no tenemos claro cómo va a trabajar el Inmayores; como decía recién [compañera de la Redam], las dos personas que están especializadas en infancia y adolescencia (quinta reunión con la Redam, agosto de 2020).

> A mí me quedan muchas dudas de cómo ven la vejez ellos, cómo la van a encarar [...] ¿cuál es su visión?, ¿cuál es el paradigma que tienen? (quinta reunión con la Redam, agosto de 2020).

Asimismo, señalan que peligra el cumplimiento de la agenda proyectada por la Redam debido a la interrupción de las reuniones del consejo consultivo de políticas públicas sobre envejecimiento y vejez, órgano en el que la red tiene representación. Esta interrupción genera incertidumbre y preocupación a la interna de la red con respecto a la elaboración de un nuevo Plan de Envejecimiento, competencia de dicho órgano. Algunas integrantes de la Redam expresan, además, su preocupación ante la indefinición de la continuación del Plan Ibirapitá, destinado a la alfabetización y la inclusión digitales de las personas mayores, que se visualizaban como aún más necesarias durante la pandemia.

> No comienza el consejo consultivo, vamos a ver si ahora comienza, que es muy importante para la Redam participar porque ahí se pueden empezar a trabajar todas las cosas, como el tercer plan, e incidir en las políticas (décima reunión con la Redam, setiembre de 2020).

Posteriormente, aparecen relatos que describen una paulatina activación del trabajo entre el Inmayores y la Redam, suceso que en cierta medida modifica la sensación de estancamiento en el accionar de las nuevas autoridades, a la vez que despierta expectativas en relación con cómo será efectivamente el vínculo con el instituto.

3 - Movimientos: de la capacidad de acción de una red de personas mayores

En un primer momento, la pandemia era percibida como un fenómeno fuera de control, sobre el que las personas no teníamos capacidad de acción más allá de seguir indicaciones, recomendaciones y conductas preventivas. El control era concebido en principio en términos de restricciones de acciones. Paulatinamente, sin embargo, comienzan a manifestarse algunas diferencias con las medidas adoptadas por las autoridades; especialmente, al comenzar a habilitarse las clases y las actividades laborales surgió un cuestionamiento al confinamiento «a la fuerza».

> ¿Por qué las personas mayores somos los últimos que podemos salir a tomar las clases de teatro o al coro o danza o ir a una reunión? ¿Por qué? ¿Por qué somos los últimos? Si podemos hacer algo tomando los cuidados, porque además los que más se quedaron en las casas y tomaron conciencia somos los viejos (segunda reunión con la Redam, julio de 2020).

Como quedó planteado, rápidamente la red incorporó la mediación tecnológica para posibilitar el encuentro entre integrantes del plenario y algunos otros participantes. Se constata que la pandemia dejó el recurso tecnológico

como el único que hace viable el encuentro sin correr riesgos de exposición y contagio. Las integrantes del plenario nacional, que previamente se reunían con una frecuencia mensual o bimestral, pasaron a hacerlo una o más oportunidades por semana. En tal sentido, las participantes percibieron ventajas claras asociadas a la incorporación de tecnologías, en tanto aumenta la capacidad de encuentro y de acción de la Redam en varios planos: posibilita reuniones más frecuentes y variadas, a la vez que habilita a que las integrantes del plenario y otras participantes cercanas, que se enfrentaban a la ausencia de reuniones de varias redes locales y organizaciones de base, pudieran contar con un grupo de referencia y una instancia clara de participación. Así, la red se estableció como una nueva trama entre entidades heterogéneas que incorporan las TIC como componentes nodales, de modo tal que las nuevas conexiones y el cambio en la cualidad de estas modifican los elementos que la componen (Domènech y Tirado, 2009).

> Con el tema del covid nosotros hemos reaccionado de una manera muy positiva desde el hecho de que tuvimos que acotarnos al aislamiento. Inmediatamente nos formamos por el grupo de WhatsApp, que tenemos una comunicación muy fluida, y empezamos a trabajar sí; yo te diría que más comunicados que lo que estábamos antes [...], por lo tanto no dejamos de trabajar en ningún momento. Igualmente pasó con las redes locales, cada delegado trató de transmitir todo lo que se hablaba a nivel de delegados y sus redes a su vez acompañando; hubo un momento en que necesitamos el apoyo de las redes en firmas y consentimiento para seguir trabajando y todo eso se pudo hacer por la vía de la tecnología (tercera reunión con la Redam, julio de 2020).

> Yo tengo el ejemplo de la Redam nacional, yo estoy fascinada de cómo participan de los plenarios haciendo las cartas y una cosa y la otra, y nos hablamos; yo creo que tengo más contacto en esta etapa que antes, porque antes esperábamos que llegara el mail que nos invitara, que llegara el plenario, y eran tres horas y mucho no se podía hacer (cuarta reunión con la Redam, julio de 2020).

La imposición de las limitaciones y la necesidad de incorporar mediaciones tecnológicas pasaron entonces a ser percibidas como una ventaja. Aun así, si bien se considera estas nuevas modalidades de trabajo dinamizadoras de la participación, también se registra cierto cansancio y sobrecarga con el carácter virtual de los encuentros en la medida en que se extiende en el tiempo:

> En julio, como se tomaron vacaciones los profesores, nosotros quedamos un poco en *standby* hasta hacerlo presencial, y también otras compañeras [...] como que se han ido cansando y dejando esa parte y muchos no tienen conexión ni

> de Zoom y algunos ni de WhatsApp, o sea que retomamos por teléfono cuando alguno puede (cuarta reunión con la Redam, julio de 2020).

> A veces también no es que no les interesen los temas que trabaja la Redam, sino que a veces por cuestión de tiempo o por demasiada exigencia en muchas cosas capaz que los hace no querer participar (sexta reunión con la Redam, agosto de 2020).

La mayor frecuencia de reuniones del plenario nacional de la red y de sus integrantes en otras instancias permite un seguimiento más intenso de temas que se perciben como desafiantes, especialmente el relacionamiento con las nuevas autoridades, el estado de la agenda de derechos, la amenaza respecto del retroceso en lo que perciben como ciertas conquistas (por ejemplo, el Plan Ibirapitá), y la elaboración y la ejecución de una agenda propia y una estrategia autónoma por parte de la red.

> Nos hemos enterado de que también quieren sacar el Plan Ibirapitá y eso también en esta situación de la pandemia ha hecho que la gente se pueda conectar, y bueno, hay cosas que tenemos que irlas viendo en nosotros, como personas fuertes y participantes tenemos que reforzar nuestra Redam por cuenta nuestra y seguir adelante (tercera reunión con la Redam, julio de 2020).

> Estamos trabajando en estas cuatro líneas, tomando como punto de partida y llegada la Redam. La Redam es la que propone, invita y ejecuta, no damos lugar a que otro tome la iniciativa porque más bien ellos nos consultan, nos preguntan, porque hemos logrado esto que me parece de gran valor como autonomía del grupo, que pueda convocar (séptima reunión con la Redam, agosto de 2020).

> El tema es que vamos a trabajar en los artículos 5, 6 y 7 de la convención, que está la autonomía, el derecho a la vida y a la dignidad. Montevideo estuvo trabajando con [dos compañeras de la Redam] haciendo un proyecto de proclama para presentar en la Redam nacional como propuesta de que vayamos entre todos viendo qué es lo que vamos a hacer. Lo importante, y creo que hay que basarnos en esto, más allá de lo que nos pasó con el Inmayores, pero que sea la Redam la que convoque para el 1 de octubre, porque ahí es parte de la autonomía independiente de toda institución del Estado (séptima reunión con la Redam, agosto de 2020).

Como puede apreciarse en esta última cita, está muy presente el planteo de la independencia y la autonomía de la Redam, expresado en la elaboración de una agenda propia de temas, lo que insume parte del trabajo conjunto con el Centro Interdisciplinario de Envejecimiento en 2020. Estos linea-

mientos implican la acción en torno a la agenda de derechos con la que la red se halla identificada y también acciones tendientes a aumentar y fomentar la participación de otras personas mayores. Sobre estos ejes transitaría el trabajo que tendría lugar en 2021 entre el Centro Interdisciplinario de Envejecimiento, la Facultad de Psicología y la Redam.

A modo de conclusiones provisorias: acontecimiento, subjetividad y creación colectiva

La pandemia de covid-19 ha afectado fuertemente la vida cotidiana de las personas mayores. Los relatos del miedo al contagio y a las consecuencias de la enfermedad se hallan presentes entre los participantes de la Redam durante mayo, junio y julio de 2020, pero más intensa es la alusión a limitaciones de la vida de los participantes a partir de las restricciones a la libertad de reunión presencial y la suspensión de actividades relevantes. En todo caso, si consideramos el material producido a partir de esta investigación, la pandemia entonces no se limita a ser un fenómeno meramente *padecido* por las organizaciones de personas mayores. Por el contrario, en la medida en que profundizamos en su complejidad, las posiciones pasivas se alternan con acciones asumidas como colectivo, que incluso intensificaron el accionar de la red. Podríamos pensar que ese suceso global que constituye la pandemia a la vez abrió la posibilidad de *un acontecimiento para la Redam* (Deleuze, 1971) o, más propiamente, *un acontecimiento con inscripción en la Redam*, considerada como escenario de prácticas.

Si para pensar la red nos aventuramos a deponer la búsqueda ontológica para prestar atención a la pragmática, entonces nuestro enfoque se acerca a una praxiología (Mol, 1999). Entrar en relación con las circunstancias de la pandemia trastoca la propia condición de ser de la red, que entonces puede ser considerada como acontecimiento. En otras palabras: la pandemia no constituye algo que acontece a la red, sino que *la red en pandemia se constituye, mediante su accionar, en acontecimiento*. La Redam se percibe y se produce como un cuerpo limitado por restricciones y discursos fragilizantes, pero a la vez con capacidad de acción colectiva, de incidencia sobre múltiples procesos relativos al envejecimiento y las personas mayores, especialmente sobre lo que la crisis sanitaria y social deja al descubierto: una imagen de la vejez y las personas mayores que debe ser cambiada, ampliada, diversificada. Como muestra de ello valga el siguiente fragmento de la declaración que la red redacta con motivo del Día Internacional de las Personas Mayores en octubre de 2020:

> En un año de innumerables desafíos, la pandemia mundial dejó al descubierto una imagen temerosa de la vejez, negando la posibilidad de seguir creciendo una vez que cumplimos los 65 años. Las medidas adoptadas para

> «protegernos» estuvieron cargadas de una vulnerabilidad excesiva sobre quienes vivimos, ejercemos y transitamos la vejez, reduciendo a este colectivo a su condición biológica, al mismo tiempo que se descuidaban los factores emocionales, sociales y personales. Hoy más que nunca, estamos ante una sociedad que se vuelve contradictoria, deseando vivir más pero sin querer envejecer (Redam, 2020).

La red comienza a pensarse y a erigirse como un actor autónomo por necesidad, pero también por posibilidad, por capacidad. El Estado no estaba ocupando el espacio de la información desnaturalizadora de las visiones negativas y pasivizantes de las personas mayores, por lo que esto debía ser asumido por la Redam. No se trata solamente de acciones e incluso estrategias de resistencia ante un problema diagramado desde autoridades legitimadas en una lógica que les asigna un lugar de «grupo de riesgo» a las personas mayores. Podemos pensar también que la red se produce a sí misma de una forma inédita. Con Deleuze (1971, p. 191), diríamos que la red *se «hace digna» del acontecimiento*, porque pasa a incidir en la forma real que adoptará la pandemia, que deja de ser un objeto «dado» para configurarse en un «suceso» que, a la vez que impone límites, abre nuevos horizontes, principalmente respecto de la autonomía y la capacidad de afectación de la red como movimiento articulado. La pandemia encierra el *acontecimiento Redam en pandemia*, que es un movimiento colectivo. En cierta medida, la Redam se involucra en las controversias y las disputas sobre lo que la pandemia es, y de esta forma *hace ser* la pandemia de un modo algo más plural.

Participación, subjetivación y resistencia

La pandemia de covid-19 y las restricciones para el encuentro entre personas aparejaron una reducción de la cantidad de participantes en instancias de la Redam, aunque no en forma homogénea. Por una parte, las organizaciones de base de la red sufrieron un descenso en la participación en 2020 que se prolongó a 2021, a tal punto que muchas de ellas tendieron a dejar de funcionar en ese período. Por otro lado, se registró una intensificación de la frecuencia de reuniones del plenario nacional de la Redam y de varias redes departamentales a partir del empleo de la tecnología. Esto tuvo un impacto directo en la intensidad del seguimiento de los temas y, paradójicamente si consideramos las limitaciones de contexto, favoreció un aumento de la experiencia de estar juntos.

Se ha definido la *proxemia* en términos de la búsqueda de un «estar juntos que vincula sentimientos, valores y espacios» (Mendiola, 2003, p. 11), situándola como uno de los elementos constitutivos de los movimientos sociales y de las experiencias colectivas autogestivas contemporáneas, como sería el caso de la Redam. Si consideramos esta dimensión proxémica, entonces los

resultados nos estarían indicando cambios en las proximidades y las distancias entre integrantes de la red que trastocan las características previas de su funcionamiento, lo que implica cambios relevantes en los procesos psicosociales en juego en los colectivos de personas mayores. Estos cambios han trastocado lo local como espacio de proximidad expresada en el plano organizativo. Por otra parte, han aproximado e intensificado el encuentro en un ámbito que, de ser el espacio de articulación nacional con una frecuencia de reuniones mensuales o bimestrales, pasa a tornarse cada vez más intensamente en un campo de participación frecuente y directa. Esto trae aparejado lo que las participantes perciben como una mayor eficacia en el trabajo y el seguimiento de los temas de agenda de la red.

Los resultados muestran también una capacidad colectiva para reformular e incluso repensar las modalidades organizativas y de convocatoria. En la medida en que la pandemia y las restricciones orientadas a la prevención de contagios se prolongaban en el tiempo, las estrategias que habían mostrado efectividad en lo previo comenzaron a aceptarse por parte del colectivo como impracticables. La incorporación de las TIC, que abordaremos a continuación, posibilitaba el encuentro frecuente, incluso varias veces por semana, de quienes en tiempos previos solamente podían reunirse en menos de diez oportunidades al año. Pero además, ante las limitaciones el colectivo desarrolla un debate sobre su propia condición y sobre las características de las instancias que la componen que abarca la tensión entre la figura de la red como articuladora entre representantes de organizaciones y la figura de organización como ámbito de participación, así como la tensión entre las lógicas de representación y participación directa.

Podría decirse que la situación de pandemia limita, pero en contrapartida sus integrantes se habilitan a un manejo con mayor flexibilidad de la propia autodefinición de la red en tanto tal. De este modo, visualizan la necesidad de contar con nuevas formas de encuentro, que permitan la participación de «personas sueltas» como estrategia de resistencia al aislamiento y a la vez de recuperación de lazos con algunas de las redes locales de distintos puntos del país cuya participación en los plenarios se había visto interrumpida. En este nuevo contexto, la Redam logra transitar los meses de la pandemia tramitando algunas de sus tensiones constitutivas: la mencionada tensión entre red y organización, la tensión entre centralismo capitalino y descentralización en el interior, la tensión entre modalidades de participación con perfiles reivindicativos o recreativos y la articulación entre posicionamientos más o menos confrontativos ante las autoridades responsables de las políticas públicas, especialmente las vinculadas al envejecimiento y las personas mayores y las responsables de las medidas sanitarias.

La incorporación de las TIC para las instancias colaborativas ha sido uno de los elementos con más impactos múltiples en el contexto de la pandemia

a nivel global, que abarca el campo de la economía, la educación, la actividad del Estado y también el de las organizaciones sociales de distinto tipo. Esto en el caso que nos ocupa presenta particularidades remarcables. La pandemia deja en evidencia el significativo problema de las desigualdades en el acceso a los dispositivos tecnológicos y a la incorporación de su uso, lo que ha sido denominado *brecha digital* o *desigualdad digital*. La edad, el género, las condiciones económicas y territoriales de acceso, así como la existencia de entornos favorables para la incorporación de las TIC constituyen algunos de los elementos señalados como relevantes en la producción de estas exclusiones (Lamschtein y Rivoir, 2017). De acuerdo con la información producida en el presente estudio, la limitación de la presencialidad ha radicalizado las diferencias en cuanto al acceso a las TIC y su incorporación como herramientas.

Las instancias de la red, que venían en un paulatino proceso de incorporación de tecnologías, aceleraron este proceso, a la vez que diversificaron y ampliaron el uso de herramientas que propiciaron el funcionamiento, con lo que constituyeron colectivos a los que recurrir cuando algunos integrantes encontraban dificultades. Así, herramientas de mensajería, redes sociales, plataformas de videollamadas y herramientas para reuniones virtuales fueron agregándose y formando parte del funcionamiento «normal» de estas redes durante la pandemia, algo que incluso posibilitó este estudio. Sin embargo, los grupos de personas mayores que constituyen la base de las organizaciones de la Redam (asociaciones de jubilados, clubes, centros culturales, grupos recreativos, de fomento barrial, etcétera) dejaron de funcionar o en muchos casos tuvieron un funcionamiento con muy pocos integrantes. De hecho, si las desigualdades en el acceso a las TIC representaban ya un problema altamente relevante antes de la pandemia, en este nuevo escenario implicaron niveles de exclusión extremos, al cerrarse la alternativa de la participación presencial por recomendación, prohibición o temor al contagio.

Otro aspecto importante relativo al impacto de la incorporación acelerada y amplia de las TIC al funcionamiento de la red podría resumirse en que le posibilitó un mayor nivel de autonomía en tanto expresión organizativa de personas mayores. Antes de 2020, el funcionamiento de la Redam como tal se soportaba en una medida importante en el apoyo económico, logístico y técnico recibido del Estado, especialmente del Inmayores, que seguía la orientación de la Convención Interamericana sobre la Protección de los Derechos Humanos de las Personas Mayores (Organización de los Estados Americanos, 2015) en cuanto a promover la participación organizada de las personas mayores. Los plenarios de la red, por ejemplo, se realizaban en forma presencial con base en el financiamiento de pasajes y viáticos, ya que ella no contaba con fondos propios, y además en varias oportunidades esas instancias eran coordinadas por funcionarios del Inmayores que trabajaban

en el apoyo a las redes locales. La incorporación de las TIC en el contexto de la pandemia posibilitó el funcionamiento de la red sin necesidad del aporte estatal. De hecho, el cambio de autoridades nacionales que se produjo a partir de marzo de 2020 condujo a cambios en el relacionamiento con la Redam y en las políticas hacia las personas mayores en general. Particularmente, se produjo una reducción progresiva de los programas orientados a la inclusión digital de las personas mayores y una mengua en el apoyo al funcionamiento de las organizaciones.

En síntesis, puede afirmarse que la pandemia dio lugar a una limitación en la participación presencial y ello excluyó a las personas que no pudieron incorporar las TIC a sus actividades sociales. Por otra parte, la incorporación de estas tecnologías a la apuesta por mantenerse funcionando y optimizar los espacios de la red favoreció un funcionamiento más autónomo respecto de los agentes estatales. Esto, a su vez, permitió pensar nuevos modos de funcionar y hacer llegar una visión crítica a la opinión pública y a las autoridades sobre lo que consideraban un estancamiento de las políticas hacia las personas mayores, sobre el enfoque de algunos aspectos del manejo de la pandemia y respecto de algunas decisiones, la retórica y los discursos sobre el envejecimiento que autoridades, medios de comunicación y otros actores llevaban adelante en el contexto de la emergencia sanitaria. Esta creación de nuevos modos de funcionamiento, que pueden considerarse modos de resistencia (Deleuze, 2012) a acciones adversas, a fuerzas en un escenario inédito, puede ser apreciada mejor si consideramos el último de los temas que trataremos a partir de los resultados de este estudio.

Salud, control y posicionamiento subjetivo de las personas mayores

El contexto de la pandemia implicó un incremento significativo de la información, de calidad diversa, sobre la covid-19 y distintos temas asociados, muchos de ellos dirigidos a modalidades de manejo de aspectos de la salud personal, las consecuencias del aislamiento y el autocuidado en términos generales. La abundancia de información, a menudo falsa, imprecisa o confusa, sobre cuestiones de salud, enfermedad y algunas de sus consecuencias en el marco de la pandemia ha llevado a la definición de ese aspecto del fenómeno de emergencia sanitaria en términos de *infodemia* (Zarocostas, 2020), lo que genera una nueva dimensión a abordar en términos sociales y de salud (García-Saisó *et al.*, 2021).

Es en ese marco de proliferación extrema de informaciones, entendidas como palabras de orden, que se difunde la definición de las personas mayores como grupo de riesgo o especialmente vulnerable ante la enfermedad. Esto lleva a una consideración especial de ese grupo etario en medios de comunicación y recomendaciones o resoluciones de parte de autoridades

sanitarias. Los resultados de este estudio nos sumergen en una serie de conversaciones, discusiones, opiniones por parte de personas mayores, entre las cuales encontramos muy frecuentemente alusiones a la cuestión de la salud y la enfermedad como un eje que puebla la vida de la red en este período.

En forma simultánea y relacionada con la pandemia se producen dos hechos que también contribuyen a situar a la salud entre los temas significativos en el marco de los resultados de este estudio. Estos dos hechos le otorgan visibilidad y controversia a la relación entre salud y envejecimiento, al situarse en instancias internacionales de altísima relevancia. En diciembre de 2020, la Asamblea General de las Naciones Unidas definió el período 2021-2030 como «la década del envejecimiento saludable», en tanto estableció líneas de acción a llevar adelante a nivel global que contemplan la cuestión de las capacidades de las personas mayores. Por otra parte, en 2021 salió a la luz que el grupo de la Organización Mundial de la Salud que elaboraba la versión 11 de la Clasificación Estadística Internacional de Enfermedades ubicaba la vejez como *un problema relacionado con la salud* (Cano-Gutiérrez *et al.*, 2021), lo que abrió un amplio debate sobre lo que académicos y personas mayores organizadas perciben como una nueva avanzada de la medicalización de la vejez y del reforzamiento del binomio vejez-enfermedad.

La asimilación de la vejez a la enfermedad constituye uno de los prejuicios más difundidos respecto de las personas mayores y, por sus consecuencias, uno de los principales prejuicios respecto de las personas en función de su edad (Salvarezza, 1988). De acuerdo con los resultados obtenidos en la investigación, este binomio vejez-enfermedad ha sido registrado por los participantes en el contexto de información circulante y a menudo en los discursos de actores relevantes en el marco de la emergencia sanitaria. Principalmente se registra el peso de una condición de vulnerabilidad asociada al envejecimiento que refuerza los prejuicios negativos existentes. Ante esto, lo producido en este estudio no está exento de contradicciones: el colectivo está atravesado por dos posiciones que, siendo opuestas, se articulan o coordinan en su práctica. Esto puede pensarse como la coexistencia de dos descripciones o, siguiendo a Mol (2002), de dos *formas de hacer real* el lugar y el sentido de las personas mayores en medio de la pandemia. Hay momentos de las conversaciones analizadas en los que queda claro para el colectivo, cuando se discute sobre las definiciones del problema y se instalan discursos pasivizantes, lo que está en juego es mucho más que un enfoque más o menos adecuado de un problema sanitario.

Podemos ver esta tensión entre diversas formas de concebir la cuestión del envejecimiento respecto de la salud y la enfermedad como inscripta en una realidad concreta que, antes que representar, contribuyen a crear. De este modo, se identifican prácticas que guardan una dimensión discursiva,

pero también una dimensión extradiscursiva clara, como pudimos identificar en las narrativas del encierro y las nuevas conexiones con materialidades tecnológicas. Estas prácticas proceden de distintos campos, algunas tienen un origen científico, gubernamental, mediático, en tanto otras nacen en el campo específico de las organizaciones sociales centradas en la defensa de derechos, como es el caso de la Redam. Un discurso sobre el envejecimiento en términos biomédicos coexiste en tensión con un discurso centrado en las condiciones y las prácticas sociales que dan lugar a los envejecimientos concretos. Se suceden así enunciados que asumen el lugar otorgado de vulnerabilidad con otros que discuten, contradicen y confrontan esta adjudicación. Aquí se ubica, por ejemplo, la tensión entre pasividad y autonomía. La fragilización de las personas mayores mediante un discurso de la vulnerabilidad habita en los integrantes de la Redam, pero a la vez es identificado en el ámbito grupal de la red como un ataque a la autonomía, la autodeterminación y la capacidad de acción de las personas mayores. Un ataque al que habría que oponerse. Estas posiciones a veces son motivo de debate, y en otros pasajes simplemente coexisten sin contradicción explícita, con una modalidad de articulación o coordinación (Mol, 1999) en la práctica comunicativa que se asemeja a un abrochamiento o una yuxtaposición. Podría decirse que respecto de estos temas vinculados a la relación entre personas mayores y salud el grupo, es decir, las personas mayores que participan en los espacios de debate, transita una tensión política entre posiciones, y esa tensión lo constituye.

Este trabajo y el debate de la red tienen lugar mientras se produce una proliferación extrema de informaciones a menudo contradictorias sobre la salud, la enfermedad y la vejez. Aunque superabundantes, estas informaciones no son menos «palabras de orden» (Deleuze, 2012, p. 13): la estrategia de informar implica la aspiración de que quienes reciben la información crean que esta es cierta, o al menos se espera que las personas actuemos como si creyéramos en ella. Esto cabe para las informaciones institucionalmente legitimadas, para las provenientes de fuentes alternativas y para las promovidas desde posiciones que al menos se presentan a sí mismas como disidentes, no alineadas con las versiones oficiales de la emergencia global. En este sentido, la información no es un componente más en el contexto de la pandemia, su control y el de las poblaciones. Por el contrario, al decir de Deleuze (2012), «la información es exactamente el sistema de control» (p. 12). Será en el campo del encuentro, por ejemplo el de la Redam pensándose a sí misma y problematizando la información que sitúa a las personas mayores como «población de riesgo», la invención de una nueva red, donde encontraremos la generación de procesos creativos erigidos como mecanismos de resistencia.

En este contexto infodémico, de exacerbación de la vigilancia y el control, el desarrollo de las instancias participativas que constituyeron la base

de este trabajo permitió asistir a un proceso de subjetivación, incluso tal vez el desarrollo de este proyecto contribuyó en alguna medida a propiciar su singularidad. El *nosotros* que constituye liga a la red, a sus participantes, que son la red, que piensa la realidad y se piensa en múltiples planos. Dentro de sus posibilidades, la red no se ubica como mero testigo de sucesos ni se limita a asumir posiciones pasivas, incluso a pesar de estar atravesada por ellas. Por el contrario, desarrolla un estar juntos, piensa y alza una voz heterogénea pero articulada, tenue pero firme, audible. La red decide actuar y actúa, buscando incidir en lo que en definitiva es la pandemia en el plano real para las personas mayores.

Referencias bibliográficas

Apgar, M. (2022). Empathy in action research, en *Action Research*, 20 (3), 221-227. DOI: https://doi.org/10.1177/14767503221118052.

Braun, V. y Clarke, V. (2006). Using thematic analysis in psychology, en *Qualitative Research in Psychology*, 3, 77-101.

Braun, V. y Clarke, V. (2019). Reflecting on reflexive thematic analysis, en *Qualitative Research in Sport, Exercise and Health*, 11 (4), 589-597.

Caetano, G. (2019). Desigualdad, desarrollo e inserción internacional. Una mirada crítica sobre «la década social» y el «ciclo progresista» en América Latina, en *Estudios Interdisciplinarios de América Latina y el Caribe*, 29 (1), 61-92.

Cano-Gutiérrez, C., Gutiérrez-Robledo, L., Lourenço, R., Marín, P., Morales Martínez, F., Parodi, J., Rodríguez Mañas, L., Zúñiga Gil, C.H. (2021). La vejez y la nueva CIE-11: posición de la Academia Latinoamericana de Medicina del Adulto Mayor, en *Revista Panamericana de Salud* Pública, 45, e112.

Ciarniello, M. (2013). La Red Nacional de Adultos Mayores (REDNAM): un proceso social de interpelación de lo político impulsado desde el propio Estado, en XXIX *Congreso* ALAS. *Crisis y emergencias sociales en América Latina.*

Corbetta, P. (2007). *Metodología y técnicas de la investigación social.* Interamericana.

Cummings, J., Tsay-Vogel, M., Cahill, T. y Zhang, L. (2021). Effects of immersive storytelling on affective, cognitive, and associative empathy: The mediating role of presence, en *New Media & Society*, 24 (9), 2003-2026.

Deleuze, G. (1971). *Lógica del sentido.* Barral.

Deleuze, G. (1990). ¿Qué es un dispositivo?, en Deleuze, G., Gots, B., Dreyfus, H.L., Frank, M., Glücksmann, A., Balibar, E., *Michel Foucault filósofo*, Gedisa, 155-163.

Deleuze, G. (2012). ¿Qué es el acto de creación?, en *Fermentario*, 6, 1-16.

Domènech, M. y Tirado, F. (2009). El problema de la materialidad en los estudios de la ciencia y la tecnología, en Gatti, G., Martínez de Albéniz, I. y Tejerina, B., *Tecnología, cultura experta e identidad en la sociedad del conocimiento*, Universidad del País Vasco.

Foucault, M. (2000). *Defender la sociedad.* Fondo de Cultura Económica.

García-Saisó, S., Marti, M., Brooks, I., Curioso, W., González, D., Malek, V., Mejía Medina, F., Radix, C., Otzoy, D., Zacarías, S, Pereira dos Santos, E., D´Agostino, M. (2021). Infodemia en tiempos de covid-19, en *Revista Panamamericana de Salud Pública*, 45, e89.

Greenwood, D. (2000). De la observación a la investigación-acción participativa: una visión crítica de las prácticas antropológicas, en *Revista de Antropología Social*, 9, 27.

Instituto Nacional de Estadística (2012). Resultados del Censo de Población 2011: población, crecimiento y estructura por sexo y edad.

Lamschtein, S. y Rivoir, A. (2017). Desafíos para el estudio de las desigualdades digitales. Uso, habilidades y resultados tangibles, en Pucci, F. (coord.), *El Uruguay desde la Sociología* 15, Departamento de Sociología, Universidad de la República.

Mendiola Gonzalo, I. (2003). Hacia una redefinición de los movimientos sociales: macro-actores proxémicos, en *Athenea Digital*, 4, 68-86.

Mol, A. (1999). Ontological Politics: a word and some questions, en Law, J. y Hassard, J. (orgs.), *Actor Network Theory and after*, Blackwell Publishing, 74-89.

Mol, A. (2002). *The body multiple: ontology in medical practice.* Duke University Press.

Montero, M. (2006). *Hacer para transformar. El método de la psicología comunitaria.* Paidós.

Nilsson, G., Ekstam, L., Axmon, A. y Andersson, J. (2021). Old Overnight: Experiences of Age-Based Recommendations in Response to the covid-19 Pandemic in Sweden, en *Journal of Aging & Social Policy*, 33 (4-5), 359-379.

Organización de los Estados Americanos (2015). Convención Interamericana sobre la Protección de los Derechos Humanos de las Personas Mayores. Organización de los Estados Americanos.

Organización Panamericana de la Salud (2020). Infografía «Las personas mayores son más vulnerables a la COVID-19». Cuba. Organización Panamericana de la Salud.

Pando, M. y Villaseñor, M. (1996). Modalidades de la entrevista grupal en la investigación social, en Szasz, I. y Lerner, S. (comps.), *Para comprender la subjetividad. Investigación cualitativa en salud reproductiva y sexualidad*, El Colegio de México, 225-242.

Redam (2020). Declaración por el Día Internacional de las Personas Mayores.

Rovira, A. (2022). La participación de las personas mayores como estrategia política: entre el reconocimiento y la redistribución, en Huenchuan, S. (ed.), *Visión multidisciplinaria de los derechos humanos de las personas mayores*, Comisión Económica para América Latina y el Caribe, 149-168.

Salvarezza, L. (1988) *Psicogeriatría. Teoría y clínica.* Paidós.

Thomas, W. (1928). *The child in America: Behavior problems and programs*. Knopf.

Ursula (2013). *El cuidado de los descuidos.* Universidad Autónoma de Barcelona.

Vallés, M. (1999). *Técnicas cualitativas de investigación social. Reflexión metodológica y práctica profesional*. Síntesis.

Zapata, F. y Rondán, V. (2016). *La investigación acción participativa: guía conceptual y metodología del Instituto de Montaña.* Instituto de Montaña.

Zarocostas, J. (2020). How to fight an infodemic, en *The Lancet*, 395, 10.225, 676.

Integralidad, cuidados y resistencias: aportes de los equipos socioeducativos a la comprensión de la dimensión psicosocial de la pandemia

Maira Castro (Facultad de Enfermería)
Alicia Rodríguez (Facultad de Psicología)

Este capítulo corresponde al trabajo realizado con el Instituto de Promoción Económico Social del Uruguay (IPRU) durante la pandemia de covid-19, entre 2020 y 2021. El equipo universitario estuvo conformado por una docente de la Facultad de Psicología y una docente de Enfermería. Dicho trabajo se sustentó en estrategias metodológicas de investigación-acción con componentes participativos, orientadas a la producción de espacios de diálogo y conocimiento, que posibilitaran la incidencia en los procesos involucrados.

Al comienzo describimos las principales características de la organización, luego nos detenemos en los aspectos metodológicos para, a partir de allí, exponer resultados y líneas de análisis. Al final del capítulo, analizamos los aportes específicos del caso IPRU para pensar la dimensión psicosocial de la pandemia.

Presentación y contextualización de la organización

El IPRU es una organización de la sociedad civil que surge en 1965, orientada al desarrollo y la promoción de los derechos de las personas. Desarrolla programas y proyectos de educación, economía y organización social orientados a los procesos de integración social. Cuenta con una sede en Montevideo (con un fuerte anclaje en la zona oeste de la ciudad) y otra en Salto, desde donde se desarrollan programas hacia todo el país, que suman aproximadamente 140 trabajadores. Integra un amplio colectivo de organizaciones e instituciones (como la Asociación Nacional de Organizaciones No Gubernamentales Orientadas al Desarrollo, el Consejo Internacional de Educación para Personas Adultas, Aflatoun, la Red de Educación Popular entre Mujeres de América Latina y el Caribe, el Comité de los Derechos del Niño Uruguay, el Colectivo de Instituciones de Microfinanzas, la Red de Organizaciones de América Latina por el Derecho de los Niños, Niñas y Adolescentes al Uso Seguro y Responsable de las TIC), con las que comparte principios y orientaciones generales.

Su Modelo de Promoción Social constituye uno de sus ejes centrales, en busca de abordar las dimensiones de exclusión y pobreza y dar respuesta a las necesidades de la población desde una perspectiva centrada en la dignidad humana y el desarrollo integral. Sus principios fundantes son la justicia social, la solidaridad, la cooperación y una concepción del conocimiento como bien público, surgido de diversas prácticas que incluyen la perspectiva de los distintos actores involucrados (población, profesionales, técnicos y técnicas), priorizando los procesos colectivos.

La perspectiva desde la que desarrolla su trabajo integra diferentes miradas disciplinares, la articulación de acciones en diversos territorios y la generación de insumos para el análisis y la evaluación de las políticas públicas. Particularmente en la dimensión educativa, se orienta a generar nuevos aprendizajes y capacidades, de acuerdo con los diversos puntos de partida de las personas. Los ejes de trabajo que forman parte del diseño de la organización son el desarrollo territorial, social y económico; el trabajo con familias; la infancia, la adolescencia y la juventud, y emprendimientos y microfinanzas.

Su financiamiento proviene de convenios con el Estado, de la cooperación internacional, del sector privado y de fondos propios generados por los créditos para emprendimientos y vivienda. Actualmente la institución desarrolla 31 proyectos, que se enmarcan en una serie de acuerdos con esos sectores, además de con organizaciones de la sociedad civil. En la actualidad, la organización atraviesa un período de transformación marcado por el cambio de gobierno y sus repercusiones en las políticas sociales, a partir del cierre de algunos programas que se llevaban a cabo en el marco del convenio con el Mides, como por ejemplo el Servicio de Orientación, Consulta y Articulación Territorial (Socat), el Programa Uruguay Trabaja y el programa de emprendimientos.

Estrategia metodológica particular

Durante todo el proceso, trabajamos con tres coordinadoras de área de la institución, con quienes acordamos la metodología de trabajo, la convocatoria a las actividades previstas y los aspectos operativos para el desarrollo del estudio. Al mismo tiempo, ellas también participaron en las distintas instancias llevadas a cabo. En pos de lograr una perspectiva estratégica y participativa, el trabajo se fue ajustando.

A continuación detallamos las actividades realizadas, que constituyeron estrategias fundamentales para el acercamiento y la inserción en la institución.

Recopilación de documentos. Resultados de relevamientos con familiares vinculados a proyectos socioeducativos y con emprendedoras, así como protocolos de las instituciones conveniantes para el manejo durante la pandemia.

Entrevista en profundidad con el director de la ONG para conocer la historia de la organización, su funcionamiento actual y su perspectiva sobre la forma en que el IPRU estaba abordando la situación de emergencia.

Encuentros grupales. Se conformaron dos grupos: uno con coordinadoras, coordinadores y referentes de áreas y otro con integrantes de equipos de todas las áreas de la institución. Para la selección de participantes, en el caso de los equipos, se tuvieron en cuenta criterios de heterogeneidad en cuanto a los proyectos o los sectores de pertenencia, su localización (sedes), la antigüedad en el IPRU, los roles desempeñados (psicóloga, educador, trabajador social, maestra, tallerista, contadora y recepcionista) y los espacios de trabajo durante la etapa inicial de la pandemia (territorio, oficina, domicilio). También se consideró la disponibilidad horaria para el trabajo en la institución. En el caso del grupo de coordinadoras, coordinadores y referentes, la heterogeneidad estuvo vinculada a las áreas de trabajo (créditos y emprendimientos, centros socioeducativos y Socat, sector administrativo y gestión de personas) y a la sede. Participaron 13 personas en el grupo de coordinadoras, coordinadores y referentes, y 10 en el de equipos operativos. Realizamos tres encuentros con cada grupo, los dos primeros entre agosto y setiembre de 2020 (en forma presencial, con participación virtual desde Salto) y el tercero en mayo de 2021 (en forma virtual). Este último fue acordado durante el proceso y estuvo motivado por la necesidad de volver a tomar contacto con los grupos en un momento distinto de la pandemia, caracterizado por los altos niveles de contagio.

La consigna para el primer encuentro fue «¿Cómo han experimentado la pandemia en distintos planos de la vida, personal y familiar, laboral, en relación a la tarea y a la organización?». El segundo encuentro, dos semanas después del primero, comenzó con las resonancias de los participantes a partir de la primera reunión y siguió con una lectura de emergentes por parte del equipo de investigación, para abrir luego un nuevo intercambio. En el tercer encuentro la consigna de trabajo fue «¿Cómo han estado durante este tiempo y cómo están experimentando la situación de emergencia actualmente?». Realizamos un registro en audio de los tres encuentros, que fue transcrito para su análisis. Luego de los dos primeros, a partir de un análisis preliminar, elaboramos dos documentos (uno por cada grupo) con los principales emergentes y algunas líneas de reflexión. Estos se pusieron a disposición de los y las participantes y de otros trabajadores y trabajadoras de la organización que no hubieran participado en los encuentros grupales. En algunos casos estos documentos fueron motivo de intercambio en reuniones de equipo.

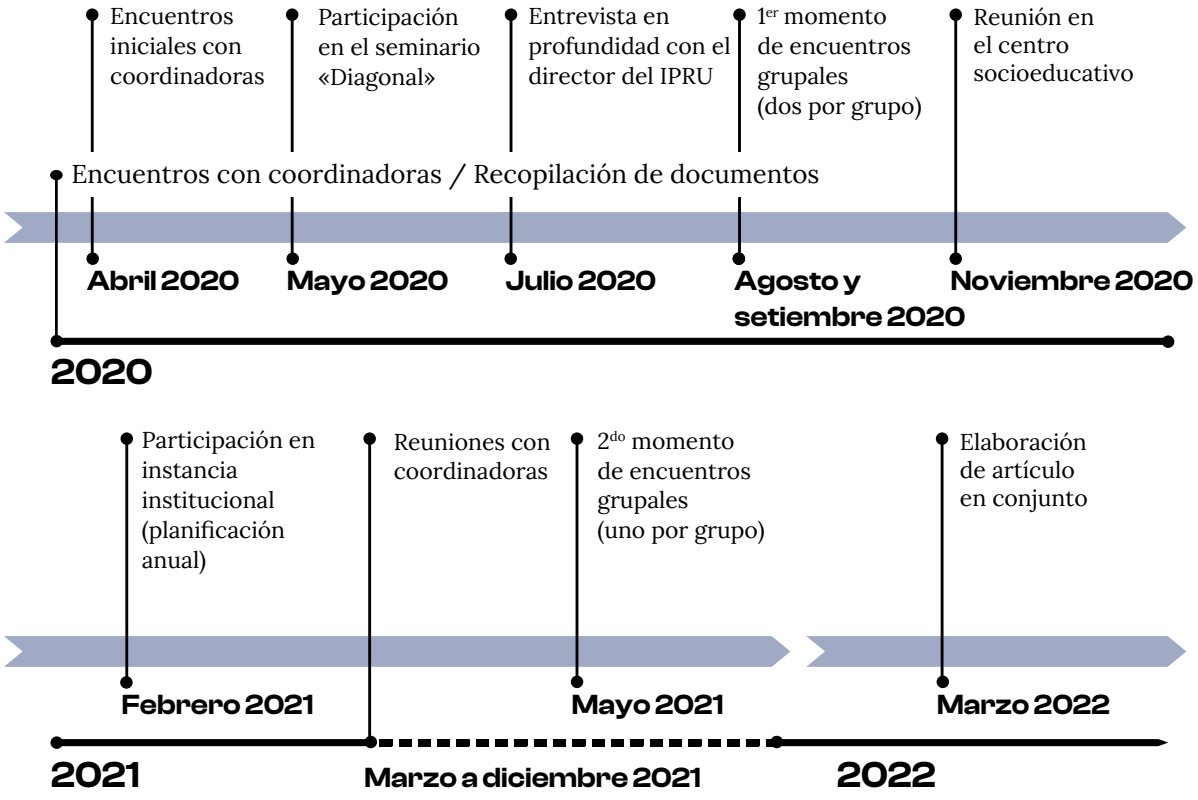
Reuniones con coordinadoras. Simultáneamente a la realización de los encuentros grupales, mantuvimos reuniones con las tres coordinadoras que oficiaron de interlocutoras durante todo el proceso. En el 2020 ellas tuvieron por objeto planificar la tarea e intercambiar sobre la experiencia que se iba transitando en la organización. En 2021, nos reunimos mensualmente con el objetivo de llevar a cabo un seguimiento de dicha experiencia y compartir reflexiones que aportaran al proceso de trabajo del IPRU. Con algunas alternancias vinculadas a las agendas de actividades, participaron las tres coordi-

nadoras y en ocasiones se integraron trabajadoras de la sede Salto. Estas reuniones fueron registradas por escrito a través de notas de las investigadoras.

Reunión en uno de los centros socioeducativos. En noviembre de 2020 se convocó a una reunión con familiares de niñas, niños y adolescentes que participaban en los proyectos socioeducativos que se implementan en Montevideo. El objetivo de esto era dialogar a partir de los resultados de un relevamiento realizado por el IPRU en el comienzo de la pandemia y sobre las vivencias en relación con la situación de emergencia. Asistió al encuentro una sola persona, con la cual se realizó el intercambio previsto.

Participación en instancias institucionales. Participamos en dos instancias institucionales a las que fuimos invitadas: un encuentro abierto al público en general, denominado «Diagonal», organizado por la ONG, y una reunión interna de planificación del año 2021. En ambas instancias se buscó aportar a los procesos de reflexión institucional a partir del estudio realizado.

Elaboración de un artículo conjunto. Al momento de escribir el presente texto, nos encontramos realizando un trabajo conjunto con las coordinadoras a los efectos de escribir un artículo en coautoría a partir de sus producciones narrativas sobre el proceso. Este trabajo supone distintas etapas: reuniones de intercambio sobre los resultados del estudio a partir de su ordenamiento según dimensiones elaboradas por el equipo de investigación, elaboración de un texto por parte de las investigadoras, puesta a consideración de ese texto entre las participantes para la realización de ajustes y elaboración de un texto final a ser publicado.



Resultados y líneas de análisis

Entre los resultados obtenidos, destacamos tres líneas de análisis que emergen de ellos para dar cuenta de sus aportes y particularidades a la comprensión de las dimensiones psicosociales involucradas en la pandemia.

1 - Vivencias ante la pandemia y condiciones que las amplifican

Las vivencias expresadas en relación con los primeros momentos de la pandemia guardan similitudes y diferencias con la población en general y con otros fenómenos en los que se produce una ruptura de la vida cotidiana, según lo reporta la literatura (Leiva *et al.*, 2020). Además de la irrupción relativamente sorpresiva del virus en nuestras vidas, eran momentos de enorme incertidumbre acerca de su comportamiento futuro (Spink, 2020). En este marco, la mayoría de las vivencias remiten a sufrimientos de distinto orden: vivencias de irrealidad («una sensación irreal, de ciencia ficción»), de catástrofe («tercera guerra mundial», «Hiroshima»), ligadas a lo existencial (vida o muerte, cuestionamientos trascendentales, suma de desilusiones, caída de proyectos personales y familiares, sentimientos de pérdida; «un tiempo de introspección»; «la muerte... como una posibilidad para todas las personas... que está en la vuelta, que está en el aire»), pérdida de referencias temporo-espaciales («la vida iba más rápido de lo que se podía pensar»), sobrecarga e incertidumbre («mi madre, de 82 años... mis hijos adolescentes... ¿qué vamos a hacer con los talleres? Mi cabeza se dividió en muchas cosas... tanta cosa espantosa que sucedía... me llevó energía... ¿Esto cómo va a seguir? No podemos vivir así»; «mucha incertidumbre»), entre otras.

Del mismo modo, las medidas sanitarias impactaron directamente en la vida cotidiana y produjeron una sensación de ruptura en los planos personal, familiar y laboral. En el hogar, además de la desconfiguración de las rutinas, los tiempos y los espacios que estructuran la cotidianeidad, uno de los impactos más relevantes, a partir de la imposición del teletrabajo,[6] fue la pérdida de límites entre la vida privada y el trabajo, lo que se experimentó con una importante sobrecarga afectiva y laboral:

> Y esto de la invasión del trabajo en la vida cotidiana... Desde marzo a junio, el trabajo, lo central. Marzo y abril, meses en que peor me alimenté: estoy en mi casa, la comida está ahí... pero no me pasaba. Abril, recuerdo tener esta cosa de... no logro pensar... Muy difícil de cortar y terminaba repercutiendo en lo cotidiano. No lograba terminar el día, a la una de la mañana me baño y me acuesto y me despertaba a las seis de la mañana. Y en el medio eso, el proyecto... quién iba

6 Los organismos conveniantes indicaron que en un comienzo no hubo presencialidad en los territorios, a lo que se agregaron los protocolos dictados por el Ministerio de Salud Pública para la población en su conjunto, por lo cual el teletrabajo pasó a ser una exigencia para los equipos.

> mañana, cómo armar las duplas (primera reunión del grupo de coordinadores y coordinadoras, agosto de 2020).

Estas vivencias estuvieron mediadas por los discursos y los sentidos que se construyeron a partir de la gestión de la pandemia, de la infodemia real (Breilh y Miño, 2020) y de las narrativas que circularon socialmente (lenguaje bélico, responsabilización individual, etcétera) en el marco de una verdadera «danza de palabras», como expresara Mary Jane Spink (2020): «quedate en casa», distanciamiento físico, distanciamiento social, aislamiento, cuarentena, «libertad responsable», entre otras. Estos elementos se articulan de un modo complejo, hacen parte de la experiencia y definen también las vivencias:

> Era como nuestro enemigo, era una cosa... una guerra, ¿no? Todos juntos contra el enemigo... Odio las metáforas belicosas... El coronavirus no es nuestro enemigo, no estamos en una guerra: es un virus, la vida sigue, nos tenemos que cuidar. Inclusive hasta los términos que se usaban, distanciamiento social, ¿por qué aislamiento, por qué? Es distanciamiento físico, pero llevó un tiempo llegar a que era distanciamiento físico y no era un aislamiento. Porque todo eso produce subjetividad (segunda reunión de equipos operativos, agosto de 2020).

Al mismo tiempo, tanto la pandemia como su abordaje sanitario resultan inseparables de la coyuntura de cambio de gobierno nacional, lo que se superpone y amplifica la sensación de incertidumbre, particularmente en relación con los efectos que ese cambio tendría en el campo social en el que trabaja la ONG, a partir de los recortes en las políticas sociales y de un cambio de enfoque en ellas que ya se anticipaba.[7] Estos elementos, que se confirmarán meses más tarde e impactarán en el trabajo en los territorios, en la propia organización (en cuanto a sus recursos) y en el plano personal (riesgo de pérdida de trabajo o de ingresos), intensificaron la sensación de inseguridad, de desprotección y de miedo en los inicios de la pandemia. En uno de los encuentros con los coordinadores y coordinadoras se expresaba:

> Un 1.º de marzo movilizado, eh... También como en esto de las ideas de muerte pensar, ¿no?... como cierta depresión y pensando... que había como una etapa que... que veníamos concluyendo, que se estaba cerrando y unos nuevos paradigmas que se iban a poner arriba de la mesa. Y... me acuerdo de eso, los primeros días de marzo, como esa sensación de «bueno, ¿por dónde va a venir esto?», ¿no? Qué se viene, sobre todo para el nivel de lo que hace

7 Según la Unión de Trabajadores del Mides, hacia fines de 2021 cerraron aproximadamente diez programas sociales (www.utmides.org.uy/web).

> a las políticas públicas, a lo que hace a la construcción de ciudadanía, lo que hace a los derechos conquistados, tanto trabajo y... que empezamos a sentir un montón de discursos... muy jodidos... (primera reunión con coordinadores y coordinadoras, agosto de 2020).

Por otro lado, las vivencias vinculadas a la situación de emergencia, en el caso del IPRU, tienen relación con los sentidos que se producen en torno al rol específico de la organización (en lo socioeducativo y en el apoyo a emprendimientos productivos), con la construcción que el colectivo ha hecho históricamente acerca de su rol y con aspectos que parecen tener relación con cierta identidad institucional cuyas cualidades se exacerban con la pandemia. El compromiso social y político, así como el altruismo y la vocación ligados a la tarea que desarrollan, genera, sobre todo en la primera etapa, la sensación de «estar en el lugar equivocado» o «fuera de lugar» (en alusión al confinamiento) y agrega un factor que intensifica el sufrimiento y la sobrecarga que supone dar respuestas a la emergencia social y económica en un marco de retracción de las instituciones. La desigualdad que «explota en la cara» produce un dolor y un sufrimiento ético-político (Sawaia, 2004) vinculados a una sensibilidad especial por el dolor del otro y a un compromiso social que se expresa a través de sentimientos de culpa. Las contradicciones señaladas instalan una suerte de conflicto interno:

> Y otra cosa de la desigualdad y de la enorme inequidad... estas circunstancias explotaron en la cara: sensación de dolor, sufrimiento, dolor humano, todo junto y todo a la vez, afectó y afecta a equipos fuertes, con herramientas, con espalda; rápidamente decir: «Uno no se quiere curar de ese dolor, porque si te curás es que no hay nada para hacer...» (segunda reunión de coordinadores y coordinadoras, setiembre de 2020).

> No poder parar. Cómo me influye pedir un día de licencia, y no porque en el IPRU tenga problemas, sino qué me pasa a mí cuando paro [...]. Tu cabeza piensa: «¿Cómo están viviendo esta situación? [...] ¿Qué comen?». Vos decías «yo estoy acá», sensación de culpa, «¿no deberíamos estar haciendo otra cosa?» [...] Una cosa de «yo no debería estar acá, me siento mal de estar acá»; estás en tu casa como fuera de lugar, debería estar en otro lugar. Lo fundacional del trabajo social los que elegimos estas profesiones, trabajar con las vulnerabilidades, estas cosas que uno asume como un legado, ¿por qué uno eligió lo que eligió?, algo que me habitó desde ese lugar (segunda reunión de coordinadores, setiembre de 2020).

Así, se produce una suerte de oxímoron: por un lado, se percibe la necesidad de contención y cercanía en relación con las familias ante el impacto económico, social y afectivo de la situación, y por otro, se imponen el distancia-

miento y la disminución de la presencialidad como forma de cuidado. Como expresa Martucelli (2021), el confinamiento generó una paradoja entre el aislamiento de las personas para evitar el contagio, y la necesidad de colaboración y cuidado mutuo para que dicha medida fuera exitosa. Mientras que para que esto último sucediera la vida social a distancia debió estructurarse sobre la base de la tecnología, según el colectivo de IPRU, no parecía concebible poner en práctica el cuidado del otro a la distancia, lo que interpela las posibilidades de realizar algún tipo de vida social y de intercambio afectivo «a distancia física, sin contacto corporal, sin expresión facial abierta» (Martucelli, 2021, p. 9), es decir, sin el espesor de esa vida social. Aunque con distintas tonalidades según los momentos de transmisión del virus, el compromiso con la población y el deseo de proximidad entran en tensión no solo con las medidas de distanciamiento impuestas, sino también con los propios miedos al contagio. Estas contradicciones por momentos paralizan, es decir, hicieran lo que hicieran las personas, surgían sentimientos de incomodidad y culpabilidad, que generaban malestar. En el grupo de integrantes de equipos operativos se escuchó decir:

> «Chiquilines te quieren abrazar a vos y vos, mantener la distancia»; «Hay momentos en que no podés decir "se le caen las lágrimas y yo no me acerco"»; «¿Cómo buscar un acercamiento y al mismo tiempo cuidarnos?»; «Hay que usar tapabocas y alcohol, pero también tenemos que acercarnos al otro»; «¿Alguien sabe qué hacer [para consolar a alguien] que no sea el contacto humano?» (primera reunión de equipos operativos, agosto de 2020).

Más adelante, el retorno a la presencialidad se constituye en un alivio: «Yo sinceramente agradezco que haya vuelto la… la presencialidad, ya estaba cansado, frustrado… Re difíciles las intervenciones con las familias desde… con un contexto de virtualidad (tercera reunión de equipos operativos, mayo de 2021).

En una suerte de deslizamiento de lo que la pandemia provocó en relación con el lugar del personal de la salud (recordemos los aplausos diarios), se alude a la idea de que la población ubica a los equipos en el lugar de «héroes»:

> Un día salimos a recorrer, no encontramos a mucha gente. Una abuela decía: «Ustedes son héroes porque están arriesgando la vida» […]. Te decían: «Pasá que no tengo covid», y nosotros tratando de ser cuidadosos… Por ir de visita éramos los héroes de la pandemia (primera reunión de coordinadores y coordinadoras, agosto de 2020).

Sin embargo, constatados los niveles de sufrimiento a los que hemos hecho referencia, podríamos decir que los equipos del ámbito socioeducativo o de

los proyectos sociales en general que desarrollan la tarea con poblaciones en situaciones críticas parecen haber quedado más invisibilizados en los impactos afectivos que la situación de emergencia generó.

Las tensiones cobraron particular relevancia, además, para quienes desarrollaban la tarea de gestión de personas, ya que se pone en evidencia su rol bisagra entre las medidas impuestas por las autoridades sanitarias y las organizaciones conveniantes, las dinámicas y los impactos de y en los equipos y las necesidades de la población:

> Y la tarea de gestión [de] personas, me iban llegando situaciones que no tenían que ver con cómo armaba la agenda para la semana, [sino con] compañeros angustiados, que no logran cumplir con la tarea, cosas que no se podían resolver en los equipos y pasaban por nosotras (segunda reunión de coordinadores y coordinadoras, setiembre de 2020).

2 - La concepción de salud y de cuidado puesta en cuestión

Las contradicciones y los conflictos que enfrentan los equipos en su tarea se intensifican ante los impactos que constatan en la población como consecuencia de las medidas de prevención del contagio con el transcurso del tiempo. Se percibe una contradicción entre la distancia que toman las instituciones de los territorios, la insuficiencia de respuestas o las respuestas parciales y las necesidades de la población. Todos estos aspectos ponen en cuestión el paradigma de la salud y de cuidados que orientó el abordaje gubernamental de la pandemia. ¿Cómo acontece esto en nuestro caso de estudio?

Por un lado, los colectivos van identificando los impactos socioeconómicos a partir de la pérdida del trabajo y las fuentes de ingreso, lo que profundiza la inseguridad alimentaria y agrava las situaciones de pobreza, todo lo cual redunda en las exigencias a las que se ve sometida la tarea:

> «Las familias desbordadas de problemas»; «[...] trabajé bajo presión, dando créditos para emprendedores que habían bajado su cortina, que no sabían cómo pagar sueldos» (primera reunión de equipos operativos, agosto de 2020).

> [...] muchas veces trabajamos más de 12 horas, porque hay situaciones que... en la urgencia hay situaciones que no podés decir «no, vuelvo el lunes y resuelvo el lunes», y después las otras situaciones que sí, que podés ir como remando, bueno, vamos priorizando en qué intervenir primero, qué elegir (tercera reunión de equipos operativos, mayo de 2021).

Al mismo tiempo, refieren a los impactos psicosociales como consecuencia del confinamiento, la no presencialidad en los centros educativos, el uso excesivo de tecnología (celulares, computadoras, etcétera) en niñas, niños y

adolescentes, la desestructuración de la cotidianeidad y el distanciamiento prolongado:

> Y lo que genera que los gurises no participen, cambio de rutina, la desestructura de la rutina. Estamos haciendo recorrida, porque no participan [esto fue durante la primera instancia de retorno a la presencialidad] por miedo o porque están despiertos hasta las tres de la mañana y después se duermen. Cambio de rutina grande. Gurises que van una vez por semana a la escuela y al club dos o tres [antes] estaban ocho horas fuera de su casa (primera reunión de coordinadores, agosto de 2020).

También, y en un plano de afectación compartida, las trabajadoras expresan la sobrecarga de las mujeres en relación con las tareas de cuidado. Esto se agrava aún más si tenemos en cuenta que las mujeres dedican casi el doble de horas semanales a los cuidados no remunerados y al trabajo doméstico en comparación con los varones (ONU Mujeres, 2020), lo que supone un punto de intersección entre las desigualdades de género y las de clase social. Dice el informe de ONU Mujeres (2020):

> Las mujeres en situación de pobreza y en mayor vulnerabilidad, probablemente se vean más afectadas tanto por el aumento del trabajo de cuidados y la pérdida de ingresos, como por las condiciones materiales y de infraestructura de sus viviendas, barrios y comunidades. De hecho, las políticas de aislamiento social son de difícil aplicación en esos contextos y en realidad, se convierten en un privilegio para las clases sociales más aventajadas (p. 8).

A ello se suman las situaciones de violencia intrafamiliar, que se intensifican, según se expresa. Tal como ha ocurrido en otros países, el confinamiento aumentó el riesgo de violencia y abuso contra niñas y mujeres. Según el Instituto Nacional de las Mujeres, dependiente del Mides, en las primeras semanas de abril de 2020 se verificó un incremento sustantivo en las llamadas de orientación por estas situaciones.

Así, según quienes participaron en el estudio, la pandemia no parecía ser lo principal en la vida de la población más vulnerada, cuya preocupación sustantiva era la supervivencia. Ello se expresaba en las diferencias de los ritmos en los barrios. En un marco de sufrimiento psicosocial y de fatalismo asociado a la precarización de las condiciones de vida, en algunas de las familias, la covid-19 y el riesgo de contraer la enfermedad quedaban colocados en un lugar secundario, con un peso relativo o quizás, siguiendo a Spink (2020), como un riesgo más entre tantos otros. Esto produce una sensación de distancia entre los discursos gubernamentales y lo que se observa cotidianamente:

> […] el relato sanitario no estaba en la vida de la gente… ahora con la pandemia como *ad hoc*, pero la problemática enorme de la desigualdad económica, social… emergía esa problemática de lo social y no vinculada a la pandemia. Una cosa era el relato que se estaba construyendo a nivel de los medios y otra era lo que estábamos viendo y trabajando. Si no preguntábamos por la pandemia, no aparecía. Transitar por distintas áreas de la institución, desde un préstamo de ANDE [Agencia Nacional de Desarrollo] hasta metiéndonos en las pensiones, en la realidad cotidiana; las medidas de protocolos eran parte del trabajo, pero no era la centralidad porque no era la centralidad para los miles de personas con las que tuvimos contacto (segunda reunión de coordinadores y coordinadoras, setiembre de 2020).

Según un informe de la Usina de Percepción Ciudadana y el Observatorio Socioeconómico y Comportamental de 2021, las medidas que se fueron adoptando a nivel gubernamental estuvieron más bien dirigidas a los trabajadores formales que a estos sectores de población. Si bien se reforzaron las transferencias para los sectores más vulnerables, estas fueron absolutamente insuficientes y escasas si se las compara con las dirigidas al trabajo formal. Esto se agudizó aún más luego de un año del inicio de la pandemia marcado por el incremento de casos y el deterioro acumulado, así como por la precarización en las condiciones de vida de estas poblaciones.

Todo esto aconteció en un marco de retirada de las instituciones de los territorios y de ausencia, insuficiencia o inadecuación de respuestas en un escenario de alta complejidad, lo que puso de manifiesto e intensificó las desigualdades y las inequidades preexistentes:

> […] en cierta parte en realidad en territorio somos como casi que… la única institución abierta, más allá de algún programa suelto que va quedando. En realidad hoy por hoy somos como los únicos que estamos abiertos ahí en el barrio… Porque ta, el resto de las instituciones… Recién abrió el CAIF, pero la escuela a puertas cerradas para las familias, a no ser cosas concretas… Que también en esta ausencia, los días que estamos haciendo guardias con presencialidad, también como que las demandas trascienden el accionar concreto de los proyectos (tercera reunión de equipos operativos, mayo de 2021).

Ante la sensación de soledad, abandono y desprotección del Estado, según estos colectivos, la población experimentaría el «anhelo» por la recuperación del vínculo con las instituciones:

> […] por lo menos la sensación que me dio es como que el mayor efecto que tuvo la pandemia fue la pérdida del vínculo con las instituciones… Fue como «ta, que no voy más al club, no voy más al liceo, no voy más a UTU, […] cerraron las policlínicas». Se fue todo el mundo (segunda reunión de equipos operativos, agosto de 2020).

Según Leiva *et al*. (2020), el distanciamiento impuesto afecta las estructuras habituales de apoyo social, material y emocional (familia, organizaciones comunitarias e instituciones) con las que cuentan las personas, que constituyen una fuente importante de soporte.

Esta situación se articula, primero, con la amenaza y, luego, la concreción del cierre de algunos proyectos y programas gubernamentales como parte de un conjunto de medidas de recorte presupuestal en las políticas sociales que adopta el gobierno:

> […] entonces vos vas al barrio y te dicen que capaz que cierran los Socat, los ETAF [Equipos Territoriales de Atención Familiar] se van, Aleros [programa de la Junta Nacional de Drogas] se va… y todos los equipos te dicen: «Te digo porque nos vamos, estamos hasta…». Nos quedamos solos (segunda reunión de equipos operativos, agosto de 2020).

Además de aumentar la sensación de incertidumbre, el cierre de programas en contextos de virtualidad limita las posibilidades de cerrar los procesos de trabajo que se venían llevando a cabo en territorio de una forma que no implicara una ruptura abrupta tanto para los equipos como para la población: «[…] en un momento muy particular, que es esto de los cierres de los convenios, los Socat… En este tiempo justo de virtualidad» (tercera reunión con equipos operativos, mayo de 2021).

Así, no solo se pone en evidencia la contradicción que supone la retirada de las instituciones del territorio en momentos en los que el papel del Estado en términos de protección social era fundamental, sino también el papel que ellas tienen para los propios equipos, de modo que cuando no están o están parcialmente produce también en ellos sensaciones de abandono y soledad.

Por otro lado, para el colectivo del IPRU, la irrupción de la situación de emergencia supuso un cambio brusco en su rol, que pasó de un paradigma centrado en la promoción y el desarrollo de la autonomía a prácticas asistenciales reduccionistas centradas en la supervivencia, que niegan otros planos de la vida y resultan en mandatos distintos y contradictorios a los que venían sosteniendo:

> Nuestro trabajo se redujo a solucionar el tema alimenticio… Antes nadie se fijaba si esos adolescentes tenían garantizada la alimentación o no. Estábamos acostumbrados a atender situaciones de violencia, situaciones complejas, y parecía que dejaban de pasar… y sabíamos que no. Y los equipos empezaron a desaparecer del territorio… Todo el mundo se preocupa porque esté la vianda todos los días, pero lo que venía pasando antes nadie lo está mirando y no había recursos en el territorio, recursos para atenderlo. Las cosas seguían pasando… (primera reunión de coordinadores y coordinadoras, agosto de 2020).

Se pone así en cuestión la concepción de salud y de cuidado que está en juego a partir de la constatación de que la gestión de la pandemia centró la mirada en los aspectos biológicos como lo primordial y dejó de lado otras dimensiones de la vida que para los y las integrantes del IPRU se hacen evidentes.

En este marco, quienes participaron en el estudio dieron cuenta de diversas estrategias de sostenimiento de la vida que puso en juego la población, a nivel familiar y como colectivo territorial, muchas de ellas con autonomía y con escasa participación de la ONG. Ello da cuenta de las capacidades y las fortalezas de la población, al tiempo que interpela los dispositivos de intervención. Cuando el IPRU se vio limitado para desarrollar acciones que produjeran algún tipo de aglomeración (como el festejo del Día del Niño), la población se organizó para realizarlas:

> Y en relación al cambio yo veo que en el barrio hay cosas que se han generado sin tener que estar presentes nosotros. Por ejemplo, el Día del Niño nosotras teníamos un trabajo importante en articular con las instituciones y ha pasado que iniciativas de los vecinos las han asumido solos, sin que haya una política pública, una organización que tome la posta (segunda reunión de equipos operativos, agosto de 2020).

Así, de modo heterogéneo, los movimientos que se ven obligados a realizar en la institución en cuanto a cierto corrimiento del lugar de referencia habitual como consecuencia de la pandemia y también por el recorte en los programas permiten visibilizar las condiciones para desarrollar estrategias autónomas por parte de la población, lo que habla del papel que esta tiene en las estrategias de cuidado.

3 - Estrategias y formas de resistencia. Las capacidades de la organización para afrontar situaciones críticas

Entre los primeros movimientos que los equipos realizan, se destaca un análisis crítico de la situación, que tiene varias dimensiones. Por un lado, buscan explicaciones acerca de la producción del fenómeno de la pandemia en el mundo. «Hay algo más que está bueno no perder de vista: qué intereses había en que mucha gente no se juntara», se escuchó decir en uno de los encuentros con los equipos operativos (13/8/2020). Recordemos que eran momentos en que un conjunto de pensadores e intelectuales del mundo llevaba a cabo análisis que buscaban trascender los aspectos específicamente sanitarios del fenómeno (Breilh y Miño, 2020; De Sousa Santos, 2020; Agamben *et al.*, 2020), en un intento de dar sentido a la epidemia en momentos de gran incertidumbre (Spink, 2020).

Por otro lado, como vimos, se problematizó la gestión gubernamental de la pandemia y las concepciones de sujeto y de cuidado que subyacen a esta:

> […] la dimensión de salud mirada como una única dimensión, sin otros problemas, sin otras cosas que se entrecruzan, ¿no? Y sobre todo cuando… en un contexto de salud influye mucho lo material, el contexto material en que está la persona. Y bueno y ahí en realidad también encontré como un sentido de decir: «Bueno, tengo que trabajar en relativizar un poco esto, que sí, la salud, hay una pandemia, hay una situación complicada, pero se intensifica si no se abordan otras dimensiones, si no se escucha, si no se acompaña». Entonces cómo encontrar ese equilibrio… (primera reunión con integrantes de los equipos, agosto de 2020).

Y finalmente, se cuestionaron los efectos de las medidas sanitarias que se adoptaron en un contexto de desigualdades que se intensificaban (Leiva *et al.*, 2020). Como dicen Breilh y Miño (2020, p. 8), «el problema no es solo la pandemia, sino que esta nos ha pescado en una época en la que se potencian mutuamente varias crisis nacidas de la profunda matriz de inequidad»: Se escuchó en las reuniones sobre el eslogan «quedate en casa»:

> El valor del espacio particular como defensa frente a la situación de pandemia […] gente que a su vez tiene dificultades de vivienda… A ver si se entiende: no es lo mismo tomar esta situación en una casa donde todo el mundo puede estar, a una vivienda en situación precaria (segunda reunión de equipos operativos, agosto de 2020).

> Después otras personas que, alimentadas por los medios, disfrutaban esto de quedarse en casa, «aprovechá para hacer esto y lo otro», [como si fuera] un período de licencia y de disfrute (primera reunión de coordinadores, agosto de 2020).

En este marco, el control y las restricciones, fundamentadas en la situación sanitaria, adquieren un sentido particular vinculado a los dispositivos de disciplinamiento, vigilancia, limitación de libertades, aumento de la represión y desconfianza, lo que constituye una sumatoria de elementos negativos que operan de manera imbricada, sinérgica y compleja en las relaciones y las prácticas cotidianas. A ello se intenta resistir:

> El virus existe, pero yo necesitaba decir: «Estos tipos no me van a decir "tenés que quedarte en tu casa atrás de una pantalla"». También era un tema de resistencia, de cuidado también, no quería transmitirles a mis hijos toda esta mierda. Contarles también que puede existir esto, no una verdad acabada, preparar más a los gurises (primera reunión de equipos operativos, agosto de 2020).

Ahora bien, además de la actitud crítica y de resistencia a un nuevo orden que se impone ante el impacto que producen la ruptura de la cotidianeidad

y la situación de emergencia, en los distintos planos de la organización se desarrollan diversas estrategias de abordaje, que podemos agrupar en tres niveles: el del trabajo con la población, el de los equipos y el institucional.

En cuanto al trabajo con la población, en primer lugar, se intenta conocer los efectos inmediatos de la situación crítica mediante relevamientos con las familias y los emprendedores, lo que les permite sostener el vínculo con ellos, más allá de la posibilidad efectiva de dar respuesta a las situaciones planteadas. A partir de allí, se desarrollan estrategias que buscan reorganizar el trabajo en varios sentidos: sostener la continuidad de las actividades y de las formas de abordaje, pero cambiando de formato (comunicaciones virtuales con la población), e introducir innovaciones (experiencias en pensiones y huerta): «Lo que hicimos fue grabar unos videos semanales para interactuar con las familias y ahí cada uno les dábamos algún tip pedagógico, y las familias en los grupos de WhatsApp debatían, participaban, comentaban» (segunda reunión de equipos operativos, agosto de 2020).

No obstante, tal como señalamos antes, si bien se buscó mantener el vínculo con la población, escuchar a las familias e incorporar sus necesidades en las estrategias a adoptar, se pusieron en evidencia el límite de los dispositivos institucionales de atención y la tensión entre el hacer *para* y el hacer *con*, en cuanto a las posibilidades de participación de la población en las decisiones que se van tomando a lo largo del proceso. La propia sensación de no tener un papel activo en las medidas que se adoptan es trasladada hacia las personas con las que trabajan:

> Las familias no han sido partícipes de las medidas porque nosotros tampoco hemos sido partícipes, nos enterábamos en la prensa de lo que iba a ir pasando, las famosas perillas [en referencia a la metáfora de control de la pandemia que empleó el presidente de la república en sus conferencias de prensa]. En la educación ya empiezan así; yo iba ejecutando, como simples ejecutores: ahora hay que usar tapaboca, ahora... (segunda reunión de equipos operativos, agosto de 2020).

A nivel del trabajo de los equipos, buscan una reorganización que posibilite la continuidad de la tarea en un marco colaborativo y de cuidado interpersonal que coloca el afecto en el centro. Se mantienen las reuniones, jerarquizando la estrategia de diálogo y pasando en la mayoría de los casos a una modalidad virtual, que alterna con la presencialidad en los servicios: «Trabajamos como equipo, todas las decisiones las tomamos como equipo, estábamos consolidados y esto lo que hizo fue fortalecernos como equipo» (primera reunión de equipos operativos, agosto de 2020).

En el plano institucional se implementan estrategias orientadas a capacitar, transversalizar, singularizar y colectivizar. Se buscó capacitar a los equipos en el manejo de la tecnología, se consideraron las situaciones particulares

de los trabajadores y se implementaron propuestas de trabajo transversales a los distintos sectores de la institución (socioeducativo/productivo e intersede). La tendencia fue a colectivizar las discusiones sobre las respuestas a dar en el proceso que se fue desplegando: desde las adaptaciones de los protocolos al contexto institucional, pasando por la construcción de criterios que contemplaran las singularidades, hasta el abordaje de los efectos en las fuentes laborales de los recortes en los convenios con el Estado:

> Y después voy a hacer referencia, claro, al momento institucional que está pasando el IPRU, que... que bueno, son un montón de compañeros que se quedaron... o sea, que están como con las horas, pero los proyectos se están retirando y... y un poco las estrategias institucionales que van surgiendo... como licitar nuevos proyectos. Bueno, está el tema de la donación de horas, o donación de sueldo, que ya está sobre la mesa para todos los trabajadores. Y un poco... valorando que las estrategias sean colectivas (tercera reunión de equipos operativos, mayo de 2021).

Todo ello implicó una energía importante y una sensación de desgaste como consecuencia de discusiones prolongadas para la toma de decisiones vinculadas a aspectos cotidianos. El cansancio emerge como consecuencia de la exigencia de repensar criterios de funcionamiento en una situación novedosa, sosteniendo al mismo tiempo una perspectiva de trabajo construida históricamente y que otorga un sentido de pertenencia y una identidad organizacional positiva.

No obstante ello, se pone de manifiesto una gestión colectiva y solidaria de las tensiones, las problemáticas y las estrategias de cuidado, sobre la base de un camino institucional previo en ese sentido. Esto genera en la mayoría de los participantes la sensación de que son cuidados por la institución:

> También en ese desasosiego sentir una tranquilidad. Una organización que hemos construido profundamente humana. Se pudo decir las cosas todo el tiempo, cómo sostenernos aun en los escenarios en que no sabíamos, convenios fragilizados, qué va a pasar con los compañeros. Siempre buscando las alternativas y siempre la confianza del IPRU en cómo nos organizamos para continuar con el trabajo (primera reunión de coordinadores, agosto de 2020).

Cabe señalar que la ONG venía de un proceso de revisión y cambios, que parece haber favorecido las condiciones para enfrentar la situación crítica:

> Desde el punto de vista de las posibilidades tecnológicas nos agarró en un buen momento, cambio tecnológico importante, cambio de la herramienta; si bien explotaron las reuniones de Team, de Zoom, generaron prácticas

> institucionales que antes no nos imaginamos: tener reuniones con compañeros de Salto, de Bella Unión, generación de intercambio y de producciones colectivas (primera reunión de coordinadores, agosto de 2020).

> Veníamos en 2019 pasando por un proceso de transformación institucional, desde octubre a marzo capacitación de coordinadoras, y revisamos nuestro modelo de coordinación. En ese revisar qué tipo de coordinadores queremos ser y promover en el IPRU, llegamos a una especie de modelo de coordinación en que había un detalle muy exhaustivo [...]. Estábamos cerrando ese proceso, qué acciones podríamos implementar desde todas las coordinaciones, para hacer sinergia [...]. Yo me encontré con un haber puesto en palabras un montón de exigencias del rol que cuando llegó este momento fue «es el momento de ponerlo en práctica»; mucha tensión, mucha tarea, ponerle el cuerpo (segunda reunión de coordinadores, setiembre de 2020).

Aportes de la experiencia en el IPRU para pensar la dimensión psicosocial de la pandemia

El sufrimiento propio de la situación de emergencia provocado por la sensación de caos, pérdida e incertidumbre y por la ruptura en la vida cotidiana (en los planos personal, familiar y laboral) que se produjo como consecuencia de las medidas sanitarias se intensifica y se articula de un modo singular en el caso de IPRU, con la coyuntura de un cambio de gobierno nacional que anticipaba efectos negativos para la tarea específica de la organización. A ello se suma la sobrecarga que suponía tener que responder a las necesidades inmediatas de la población con la que trabajan, cuya situación de vulnerabilidad se profundiza. Una especial sensibilidad hacia el dolor del otro y el compromiso con la tarea producto de los sentidos que esta adquiere para este colectivo generan fuertes contradicciones y una sensación de estar fuera de lugar.

Todo lo anterior, junto con la retirada de los servicios públicos de los territorios (que es experimentada como soledad y desprotección por parte de los trabajadores), pone en evidencia su invisibilización como «trabajadores de primera línea», expresión reiterada, siguiendo una suerte de militarización de lo sanitario, en alusión a quienes desempeñan su tarea en el sector de la salud (Martucelli, 2021). Lo que no se hizo visible fue su sufrimiento, pero tampoco su esencialidad en la copresencialidad para el desarrollo de su tarea (Martucelli, 2021).

Estas vivencias estuvieron mediadas por los discursos y los sentidos que se construyeron a partir de la gestión tecno-experta de la pandemia, que, entre otros aspectos, justificaron las medidas restrictivas de la movilidad (confinamiento) y del contacto (distanciamiento) sobre la base del riesgo al contagio (Martucelli, 2021). En esta dirección, surgen algunas preguntas que

consideramos sustantivas: ¿qué sentidos y significados adquiere el cuidado en este contexto?, ¿qué noción de cuidado se legitima a través de los mensajes provenientes de los actores estatales, de las políticas públicas y de su reforzamiento en los medios de comunicación?

Además del lenguaje bélico, la responsabilización individual, la moralización de las prácticas de las personas y su consiguiente culpabilización ante el aumento de los contagios, primó una invisibilización de las desigualdades sociales al imponer medidas homogéneas a toda la población, además, sin que esta pudiera participar en ellas. Sobre estos elementos, ¿cómo construir formas integrales de cuidado que no estuvieran sostenidas en mensajes moralizantes y culpógenos?

Esto tuvo como consecuencia, entre otros aspectos, el debilitamiento del vínculo de las instituciones públicas y los servicios en general con la población, a contramano de la profundización de la precariedad y la vulnerabilidad social de los sectores más desfavorecidos producto de los impactos económicos, sociales y psicosociales experimentados.

Quienes hacen parte de IPRU, al exponer esta situación y en el marco de la experimentación de fuertes contradicciones en su tarea, ponen en evidencia que lo que operó, desde la gestión de la pandemia, fue un modelo de cuidado y de salud de carácter restrictivo. La situación crítica que desata la pandemia, al intensificar las situaciones de vulnerabilidad y desigualdad, puso de manifiesto las limitaciones de los modelos de atención y de cuidado, en términos de integralidad, interseccionalidad e interdependencia (Breilh y Miño, 2020). Primó una lógica racional y técnica en detrimento de otros abordajes, en la que se puso en juego el cuerpo biológico o «una vida sin cualidades», al decir de Martucelli (2021), más que la vida en su integralidad, o una nuda vida, entendida como una vida biológica desprovista del componente político propio de los humanos, siguiendo a Agamben (2020). Según Breilh y Miño (2020), si bien el virus es un elemento biológico, sus procesos de transformación genómica, transmisión y virulencia están socialmente determinados.

Diversos referentes (Paiva, 2018; Ayres *et al.*, 2018; Leiva *et al.*, 2020) han propuesto un abordaje del proceso salud-enfermedad centrado en una perspectiva de derechos y en una concepción de sujeto desde su complejidad, su contexto sociocultural y sus circunstancias vitales particulares. Ponen el foco en las interacciones y las intersubjetividades, así como también en las singularidades que dan sentido a la vida cotidiana, enmarcadas en los procesos de socialización y las relaciones de género y raciales que, entre otras, las instituyen. Siguiendo a Breilh y Miño (2020), una perspectiva científica integral desde una epidemiología crítica supone enlazar «los casos de defunciones por covid-19 con los procesos de la sociedad general, incluyendo sus relaciones con la naturaleza, con los modos de vivir y aconteceres de los

grupos en sus respectivos espacios» (p. 9), de manera de sacar la pandemia del pensamiento cartesiano y positivista para desentrañar los procesos que la generan. El autor alude a cuatro principios que hacen posible el buen vivir y la salud: la sustentabilidad, la soberanía, la solidaridad y la seguridad integral en los espacios y los sujetos de la vida.

Así entendido, el cuidado adquiere una dimensión filosófica y ética y es parte fundamental del ser, una actitud hacia sí mismo y hacia el mundo, una responsabilización y un compromiso afectivo con el otro, algo alejado de una perspectiva antropocéntrica y colocando el cuidado de la vida en condiciones de interdependencia entre los seres humanos y con la naturaleza en el centro, tal como lo plantea Leonardo Boff en su articulación entre la teología de la liberación y el pensamiento ecológico. Desde esta perspectiva, la salud es un proceso permanente de búsqueda de equilibrio entre todos los factores que componen la vida (Álamo, 2011).

Al mismo tiempo, siguiendo a Butler (2017), la sensación de desprotección que manifiestan los equipos nos lleva a problematizar aspectos vinculados a la percepción de invulnerabilidad y distribución desigual de la vulnerabilidad. Es decir, de alguna manera, considerar que ciertas poblaciones necesitan protección implica colocarse en una situación de poder y con capacidad de representar a esa población desprotegida. Según esta autora, este mecanismo refuerza la exclusión de estas poblaciones de diversos procesos democráticos, lo que fortalece la asimetría de poder y niega la vulnerabilidad precontractual y compartida que nos caracteriza y refleja nuestra interdependencia como seres humanos para vivir una vida digna.

Estos abordajes adquieren especial relevancia en momentos de pandemia. Sin embargo, se produjo una regresión a un modelo reduccionista en lo sanitario, en lo económico y en términos de sociabilidad. Como expresa Martucelli (2021, p. 7), «solo se pensó la situación desde los riesgos de contagio y no desde las nuevas especificidades e interdependencias de la vida en común. Su complejidad fue desconsiderada en aras de una concepción profundamente desencarnada de los individuos».

El colectivo de IPRU advirtió esto, con lo que visibilizaron el carácter multidimensional de la vida. Esto supone jerarquizar un abordaje integral, intersectorial e interdisciplinario. También implica jerarquizar el encuentro de saberes y el diálogo y la participación de los sujetos, quienes, como vimos, dieron cuenta de sus propias capacidades para el sostenimiento de la vida en situaciones de emergencia. A partir de la experiencia de la ONG, podríamos decir que dichas situaciones permiten tomar contacto con los alcances y los límites de los dispositivos de intervención para que esa participación tenga lugar y para el despliegue de la autonomía de los colectivos, en una coyuntura que presiona hacia relaciones asistenciales y hacia la desmovilización de la sociedad civil (Martucelli, 2021). Cabe preguntarnos

cuáles son las posibilidades de construcción conjunta y colectiva de respuestas ante la situación de emergencia y qué papel puede jugar la población en las respuestas generadas.

Finalmente, fue posible constatar las capacidades de la organización para generar estrategias colectivas de resistencia, en condiciones de autonomía relativa y buscando incidir en las distintas dimensiones involucradas. En este sentido, siguiendo a Butler (2017), es necesario tener en cuenta la compleja relación existente entre resistencia y vulnerabilidad. La resistencia no es la superación de la vulnerabilidad, sino que implica movilizar la capacidad intrínseca de acción inherente a la vulnerabilidad constitutiva de todas las personas. Por otro lado, las instituciones también son vulnerables, es decir, permeables a acciones potencialmente productoras de cambios.

Una forma de resistencia fue la actitud crítica que el colectivo de IPRU adoptó ante la situación, tanto en la búsqueda de explicaciones como en el análisis de las respuestas gubernamentales que iban teniendo lugar. La desconfianza presente en los inicios (incluidas las llamadas teorías conspirativas), por un lado, genera la idea de que hay algo que es manejado desde fuera y que no se puede controlar. En un marco de profundas incertidumbres, así se acotan los márgenes para tomar decisiones. Pero, por otro lado, la crítica ante la situación que se vive supone la capacidad de mirar más allá de lo inmediato, de no tomar lo dado como tal, de desnaturalizar lo que se presenta como obvio y proponer otras miradas. Implica también cuestionar los límites y tomar distancia de una postura pasiva, ampliar los márgenes de autonomía y adoptar un posicionamiento activo. De modo que, en una situación en la que prima la sensación de pérdida de control sobre los propios destinos, podemos afirmar que la reflexión y la crítica se constituyen en elementos de resistencia a quedar sujetos a lo que otros definan.

De hecho, aunque no sin consecuencias en términos de cansancio y desgaste, la ONG pudo poner en juego estrategias en los distintos planos: en la atención a la población, en relación con los equipos y en la institución en su conjunto. Ello puso en evidencia sus condiciones para enfrentar una situación crítica como la que impuso la pandemia, tanto en términos tecnológicos como en relación con las estrategias de cuidado, sostenidas en formas participativas de toma de decisiones, en la consideración de la heterogeneidad, en las relaciones de confianza mutua y sostén, y en el compromiso social de los equipos con la tarea y la población. En este sentido, cabe señalar las lecciones que la organización ha podido dejar en relación con estos aspectos, lo que se vincula con su trayectoria institucional y con una cultura de trabajo que permitió transversalizar, singularizar y colectivizar los procesos que tuvieron lugar en contextos de emergencia. Esta cultura institucional posibilitó transversalizar diversas estrategias y propuestas de trabajo, lo que generó respuestas a medida

según las situaciones particulares del contexto y abordando de manera colectiva la toma de decisiones.

Referencias bibliográficas

Agamben, G., ŽiŽek, S., Nancy, J., Berardi, F., López Petit, S., Butler, J., Badiou, A., Harvey, D., Han, B., Zibechi, R., Galindo, M., Markus, G., Yañez González, G., Manrique, P., y Preciado, P. (2020). *Sopa de Wuhan. Pensamiento contemporáneo en tiempos de pandemias*. Aspo.

Álamo, M. (2011). La idea de cuidado en Leonardo Boff, en *Tales*, 4, 243-253.

Ayres, J., Paiva, V. y França, I. (2018). De la historia natural de la enfermedad a la vulnerabilidad. Conceptos y prácticas en transformación en la salud pública contemporánea, en Paiva, V., Ayres, J., Capriati, A., Amuchastegui, A. y Pecheny, M. (comps.), *Prevención, promoción y cuidado: enfoques de vulnerabilidad y derechos humanos*, Teseo, 35-64.

Breilh, P. y Miño, J. (2020). COVID-19: determinación social de la catástrofe, el eterno presente de las políticas y la oportunidad de repensarnos, en *Andina*, 2, 8-14.

Butler, J. (2017). Vulnerabilidad corporal, coalición y la política de la calle, en *Nómadas*, (46), 13-29.

Cano, M. (2021). *Performatividad y vulnerabilidad*. Shackleton Books.

De Sousa Santos, B. (2020). *La cruel pedagogía del virus*. Clacso.

Leiva, A., Nazar, G., Martínez, M., Petermann, F., Ricchezza, J. y Celis, C. (2020). Dimensión psicosocial de la pandemia: la otra cara del Covid-19, en *Ciencia y Enfermería*, 26, 10.

Martucelli, D. (2021). La gestión anti-sociológica y tecno-experta de la pandemia del Covid-19, en *Papeles del CEIC*, 1-16.

ONU Mujeres (2020). *Pandemia, políticas públicas y desigualdades de género en el Uruguay*. ONU Mujeres.

Paiva, V. (2018). La dimensión psicosocial del cuidado, en Paiva, V., Ayres, J., Capriati, A., Amuchastegui, A. y Pecheny, M. (comps.), *Prevención, promoción y cuidado: enfoques de vulnerabilidad y derechos* humanos, Teseo, 65-110.

Sawaia, B. (2004). O sofrimento ético-político como categoria de análise da dialética exclusao/inclusao, en Sawaia, B. (org.), *As artimanhas da exclusao. Análise psicossocial e ética da desigualdade social*, Vozes, 97-118.

Spink, M. (2020). «Fique em casa»: a gestao de riscos em contextos de incerteza, en *Psicología & Sociedade*, 32.

Usina de Percepción Ciudadana y Observatorio Socioeconómico y Comportamental (2021). *Percepción de riesgo, de la efectividad de medidas y adherencia a medidas*. Usina de Percepción Ciudadana.

«Doble reja»: consideraciones sobre las producciones subjetivas y las prácticas organizacionales durante el confinamiento por la pandemia de covid-19 en privación de libertad

Camila Estiben (Facultad de Enfermería)
María Ana Folle (Facultad de Psicología)
Nancy Pérez (Facultad de Enfermería)

Introducción

El presente capítulo tiene como objetivo abordar los resultados de la investigación desarrollada con trabajadoras civiles en cárceles (unidades de internación) dependientes del Instituto Nacional de Rehabilitación (Ministerio del Interior, MI) y de la Administración de los Servicios de Salud del Estado (ASSE) de la zona metropolitana de nuestro país, tomando como punto de partida para el análisis los procesos de subjetivación producidos en el marco de la pandemia, entendiendo la dimensión psicosocial de los procesos de salud como el desarrollo y la reproducción de la vida cotidiana. Para ello comenzaremos presentando una breve historización y contextualización del sistema carcelario en Uruguay, fundamental para entender desde dónde son producidos y confrontados los procesos de subjetivación de las trabajadoras y qué relaciones y prácticas sociales habitan.

El sistema carcelario en Uruguay

> El sistema carcelario reúne en una misma figura unos discursos y unas arquitecturas, unos reglamentos coercitivos, y unas proposiciones científicas, unos efectos sociales reales y unas utopías invencibles, unos programas para corregir a los delincuentes y unos mecanismos que solidifican la delincuencia (Foucault, 2002).

El período progresista en Uruguay (2005-2020) estuvo marcado por la puesta en marcha de procesos de reformas estructurales que alcanzaron diversos ámbitos del plano estatal, cuya matriz estuvo centrada en la incorporación del enfoque de derechos para la implementación de políticas de desarrollo de un Estado de bienestar que permitiera afrontar las consecuencias

económicas y sociales de la crisis acaecida en el año 2002. Las reformas del sistema penal y del sistema de salud estuvieron enmarcadas en este proceso de cambio estructural y apuntaron a modificar modelos de gestión y lógicas de relacionamiento y de asignación de recursos.

Concretamente, las condiciones del sistema penitenciario, en relación con su infraestructura y sobrepoblación, determinaron la declaración de crisis humanitaria por parte del presidente de la república en el año 2005, que, junto con el informe realizado por Manfred Nowak (relator especial de las Naciones Unidas sobre la Tortura y otros Tratos o Penas Crueles, Inhumanos o Degradantes) en el año 2009, sentaron las bases para el inicio del proceso de reforma penitenciaria. De esta forma, en el marco de la Ley de Presupuesto Nacional (N.º 18.719, 2010-2014), se dispone la creación del Instituto Nacional de Rehabilitación (INR) como «órgano rector para la planificación, elaboración y gestión de las políticas públicas en materia carcelaria», dependiente del MI (decreto 93/011).

La implementación del nuevo modelo de gestión del sistema carcelario nacional se puso en marcha bajo las siguientes orientaciones: un único sistema penitenciario nacional, capaz de centralizar las políticas y su gestión; la asignación de un presupuesto destinado a recursos materiales y humanos; la creación de puestos a ocupar con personal civil para privilegiar un modelo socioeducativo en el abordaje de la población privada de libertad, y una intervención integral de acompañamiento psicosocial para la rehabilitación de las personas liberadas que permitiera avanzar hacia un abordaje integral de la rehabilitación y la resocialización desde una perspectiva socioeducativa.

Paralelamente, en el año 2005 se inició un proceso de reforma del sistema de salud, que también se encontraba en crisis debido a los altos niveles de fragmentación existentes entre sus subsistemas, lo que generaba inequidades y problemas de accesibilidad. La reforma del sistema implicó la creación, en 2007, de un Sistema Nacional Integrado de Salud único (SNIS, ley 18.211) que modificó el modelo de gestión, financiamiento y atención de la salud. En el nuevo modelo de gestión, el prestador estatal de atención de la salud (ASSE) deja de depender del Ministerio de Salud Pública (MSP), que pasa a ocupar el rol de orientador y de control de las políticas en la materia.

Ponemos foco aquí en el análisis del vínculo que se establece entre este nuevo sistema de salud, centrado en la estrategia de atención primaria de la salud y la creación de redes integradas de servicios de salud, con el INR. En este sentido, en 2009 se creó el programa «Sistema de atención integral - Personas privadas de libertad» (SAI-PPL), que sustituyó al anterior Servicio Médico Penitenciario, que dependía de Sanidad Policial o de los hospitales públicos de la zona en que se encontrara el centro carcelario. Su objetivo es conformar un servicio de salud de ASSE que brinde atención a las personas

privadas de libertad desde la promoción, la prevención, la asistencia y la rehabilitación de su salud. El SAI-PPL ofrece servicios y prestaciones y cuenta con instalaciones propias dentro de las unidades de internación metropolitanas.

Estas reformas pusieron en juego una *doble institucionalidad*, cada una con sus lógicas y principios rectores y una herencia particular en la forma de hacer las cosas. Bellenda *et al.* (2015) plantean una tensión intrínseca del rol ocupacional de quienes trabajan en cárceles (policías y civiles), no solo por las asignaciones atribuidas a cada rol (relativas a la custodia, la seguridad y el control y al cuidado y las garantías del acceso a los derechos, respectivamente), sino también por las redes inestables de prácticas y discursos que sustentan sus perfiles. La prestación de salud en ámbitos de privación de libertad exige incluir directamente a operadores penitenciarios y al personal policial en la planificación de las actividades sanitarias, incorporándolos en toda rutina o plan de trabajo, así como la articulación sistemática de encuentros entre autoridades de ambas instituciones.

La salud física y mental de las personas privadas de libertad no es solo responsabilidad del gobierno y de la administración de la institución penal o los integrantes del equipo de salud, sino de todo el personal penal, el administrativo y los involucrados en el trato de las personas privadas de libertad. Estas últimas, además, y especialmente durante pandemia, se encuentran bajo particulares formas de vulneración, en tanto son definidas como «poblaciones en situación de riesgo y contagio» (Oficina de Naciones Unidas contra la Droga y el Delito *et al.*, 2020) bajo relaciones de dependencia frente a las autoridades institucionales y sanitarias, que deciden y actúan en los procesos de afrontamiento a la covid-19. Las trabajadoras del SAI-PPL (ASSE), las operadoras penitenciarias (civiles, INR) y la Policía (MI) encarnan, en sus relaciones, la doble institucionalidad.

Metodología

La selección de la población con la que se trabajó estuvo determinada por criterios de conveniencia. En primer lugar, parte del equipo de investigación ya contaba con experiencia y contactos de trabajos previos con operadoras civiles y trabajadoras de la salud del SAI-PPL. Esto permitió conocer la perspectiva civil de quienes cuidan y garantizan el acceso a los derechos de las personas privadas de libertad. Por otra parte, se evaluó la participación de policías, pero las dificultades anteriormente mencionadas en torno a la institucionalidad carcelaria opacaron la posibilidad de su inclusión, tanto por su dispersión (y rotación) dentro del sistema como por la obtención de consentimientos informados que permitieran desarrollar el proyecto al amparo de los criterios éticos correspondientes.

Se optó por realizar entrevistas individuales semiestructuradas y en profundidad para una primera aproximación al campo. En todos los casos la

forma de contactar a las trabajadoras fue por la metodología de bola de nieve. En estas primeras entrevistas se abordaron cuestiones generales en torno a las vivencias relacionadas con las estrategias de abordaje de la pandemia y la visualización de estrategias de apoyo comunitario desarrolladas en sus entornos laborales, así como también elementos biográficos de las trabajadoras que permitieron definir dos poblaciones de estudio claramente diferenciadas. Se realizaron cuatro entrevistas con operadoras y tres con trabajadoras de la salud, de distintas unidades penitenciarias de la zona metropolitana. En una primera lectura analítica de las entrevistas, con un objetivo de descubrimiento e identificación de temas y categorías, el papel de la doble institucionalidad en juego emergió como un elemento clave para definir el trabajo en la segunda etapa del proceso de investigación, en el que se optó por trabajar en grupos de discusión y reflexión separados, considerando por un lado a las operadoras y por el otro a las trabajadoras de la salud.

Para la conformación de los grupos se convocó a las mismas personas a las que se había entrevistado inicialmente, a la vez que se amplió la convocatoria utilizando nuevamente la metodología de bola de nieve. Participaron cuatro operadoras penitenciarias (tres ya habían participado) y cinco trabajadoras de la salud, con lo que se sumó a dos trabajadoras a las inicialmente convocadas. En dichos encuentros el objetivo central fue la discusión en torno a los efectos de la pandemia no solo en el ámbito laboral, sino en el plano de la vida cotidiana de las trabajadoras. Se realizaron cuatro encuentros grupales, dos con operadoras y dos con trabajadoras de la salud.

En una primera instancia los encuentros fueron convocados con base en la siguiente pregunta disparadora: ¿cómo han experimentado la pandemia en distintos planos de la vida, personal, familiar y laboral? La discusión, por su parte, se organizó parcialmente en función de las temáticas previamente identificadas en las entrevistas individuales (reorganización del trabajo, cambios en las pautas de vinculación, movilidad de las trabajadoras como factor de riesgo para la población privada de libertad y estrategias colectivas desarrolladas, y el cambio de gobierno y sus posibles impactos en la perspectiva de trabajo hasta entonces desarrolladas) y los temas que las propias trabajadoras trajeran para su consideración. Luego de la primera instancia, las investigadoras desarrollaron un resumen del encuentro que fue enviado a las participantes y puesto a discusión y validación en un segundo encuentro, en que el objetivo también se centró en la temporalización y la discusión en torno a las perspectivas a futuro.

Adicionalmente, se realizó una entrevista con la Organización de Funcionarios Civiles Penitenciarios (Ofucipe), sindicato que nuclea a los trabajadores civiles en cárceles a nivel nacional (operadores, técnicos, profesores y administrativos) integrante de la Confederación de Organizaciones de Funcionarios del Estado. En esta se acordó un nuevo encuentro, que finalmente nunca se concretó.

Tanto las entrevistas individuales como las grupales fueron transcriptas en su totalidad y se realizó un análisis temático de contenido tomando como eje las siguientes categorías: cambio de gobierno y autoridades, expresiones de problemáticas coexistentes, ruptura y reconfiguración de la vida cotidiana, estrategias y prácticas desarrolladas, paradigmas de abordaje de la salud y la vida (las entrevistas fueron hechas durante 2020). Para acompañar el análisis se hizo una revisión bibliográfica de antecedentes y un cotejo permanente de la prensa y los comunicados oficiales, lo que permitió acompañar la evolución del proceso en el contexto penitenciario, enmarcando así los discursos y las vivencias de sus trabajadoras. En este sentido, resulta pertinente considerar la temporalidad del trabajo de campo realizado en relación con el avance de la covid-19 en las cárceles: las entrevistas individuales fueron hechas entre los meses de julio y setiembre de 2020, y las grupales entre noviembre y diciembre. El primer caso de la enfermedad en cárceles fue a inicios de noviembre de 2020 y a diciembre del mismo año se reportaban unos 30, repartidos en dos unidades de internación de hombres de gran porte.

Resultados y líneas de análisis

Entender la pandemia como composición social mediada por múltiples elementos humanos y no humanos (un virus, ciudades céntricas deshabitadas, muertes, temores, tapabocas, industria farmacéutica) nos permite problematizar la dimensión psicosocial y situar los sistemas de relaciones múltiples e inestables de las prácticas sociales, científicas y políticas que ocurrieron en el primer año de la pandemia.

Los relatos (SAI-PPL) sobre la construcción inicial de la pandemia y el problema de la visita indican algunas de estas dimensiones:

> Para mí en particular fue bastante… particular capaz, porque yo estaba de viaje. Estaba de licencia, me reintegraba el 15 o el… no me acuerdo bien, lunes 15, 16. Vengo en viaje y me vengo enterando con más claridad de qué era lo que estaba pasando acá; estaba en otro país, además, o sea que tenía acceso así como por momentos. Y bueno, me fui enterando y dándome cuenta de la dimensión a medida que hacía el viaje. Entonces bueno, sí iba… escuchando lo que decían los compañeros, que también era la incertidumbre, por ejemplo, de qué iba a pasar conmigo, que venía de otro lado: si iba a tener que hacer cuarentena o no, cómo iba a ser volver. Qué cuidados tenían que tener específicamente conmigo, que venía de otro lado. También llegué… con poca información, no me dieron mucha, no había nada específico. No era de los lugares que pedían cuarentena obligatoria. Hubo ahí como un momento medio incómodo de no saber. Igualmente no era garantía para el equipo, entonces ese lunes no fui a trabajar. Consulté, pregunté a ver si tenía que hacer algo; me dijeron que no, que si estaba bien ta (cuarta entrevista individual a trabajadoras del SAI-PPL).

> Lo que pasa es que hubo muchos cambios que se sintieron. O sea, fue... bueno, lo que escuchaban, ¿no?, lo que entra obviamente de la información directa. Lo que... circulaba de eso como aparte. Y después las afectaciones directas. O sea, no podían ser conducidos para la mayoría de los centros de asistencia. En lo que tiene que ver con salud, el tema de la feria judicial, que se instaló muy rápido, y eso los afectó directamente. Entonces fueron viendo la... la dimensión y lo que inevitablemente se iba a ver afectado. Creo que una de las últimas patas, si bien fue todo muy rápido, fue el tema de la visita... que creo que fue conversado, el director en este momento del Comcar es alguien bastante accesible, o sea, habla, recorre, se lo ve. Entonces bueno, también fue desde ahí y lo... entendieron bien; está limitado, bueno los niños no pueden ir, las personas mayores de 65 tampoco. Hay una persona por... que puede ingresar... por visita (cuarta entrevista individual a trabajadoras del SAI-PPL).

Se definieron tres series de componentes analíticos que dan cuenta de las relaciones de subjetivación de las trabajadoras en cárceles: 1) las problemáticas paralelas a la irrupción de la covid-19 en la reconfiguración de la vida cotidiana, 2) las vivencias en relación con la pandemia y la construcción de prácticas y 3) los paradigmas de abordaje a la salud y la vida.

1 - Las problemáticas paralelas a la irrupción de la covid-19 en la reconfiguración de la vida cotidiana

En primer término, a partir de las categorías *cambio de gobierno y autoridades* y *expresiones de problemáticas preexistentes a la irrupción de la covid-19*, se delinearon dos áreas de interés: a) la disputa por la seguridad y b) la crisis contra la vida.

a) Durante la expansión mundial de la covid-19, Uruguay asistía a la asunción de un nuevo gobierno nacional, de centroderecha; las elecciones fueron en noviembre de 2019 y el cambio de mando, el 1 de marzo del siguiente año. La intensa campaña «Vivir sin miedo», liderada por quien fuera el futuro ministro del Interior, el doctor Jorge Larrañaga,[8] marcó la disputa electoral en la construcción de sentidos de la seguridad. «Vivir sin miedo» fue una propuesta de reforma constitucional en materia de seguridad que finalmente fue sometida a la ciudadanía en un plebiscito realizado el día de las elecciones. Apostando a la mejora de la seguridad, el texto propuso dispositivos tales como el cumplimiento efectivo de las penas (libertad anticipada restringida y cadena perpetua para determinados delitos), la posibilidad de hacer allanamientos nocturnos y la creación de una Guardia Nacional compuesta por militares capacitados para el ejercicio policial, entre

8 Jorge Larrañaga fue ministro del Interior del gobierno de coalición por el Partido Nacional desde el 1 de marzo de 2020 hasta su repentino fallecimiento, el 22 de mayo de 2021.

otros. Si bien la iniciativa no prosperó, dibujó escenarios contingentes, así como planteó una transición discursiva con la incorporación de términos y eventuales prácticas que luego integrarían el proyecto de Ley de Urgente Consideración (LUC, 23 de abril de 2020), ya en plena zozobra inicial de la pandemia.

A poco de instalada la pandemia se percibieron dispositivos vinculados al control de la covid-19. El MSP, a través de sus informes y recomendaciones, replicados tanto por los medios como por las redes sociales, fue dando cuenta de las transformaciones en la gestión y la concepción de la pandemia casi a diario, y el MI, en cuya órbita se encuentran varias poblaciones de riesgo, fue componiendo, junto con otros actores y acontecimientos, prácticas y políticas de seguridad y de prevención a la vez que las nuevas autoridades de las cárceles metropolitanas iban tomando su lugar, iban «construyendo autoridad», como indicó Luis Parodi, director de la Unidad 6 Punta de Rieles, entrevistado por *En perspectiva* en 2020.

Tanto las acciones y los discursos como sus efectos se conjugaron en la conformación inestable de nuevas cotidianidades, particulares a las propias realidades de cada establecimiento penitenciario (en algún caso siguió por un tiempo la dirección anterior, en otro se tomaron medidas provisorias o se continuó con las formas de gestión previas, el tipo de población, el nivel securitario de la unidad, etcétera), signadas todas ellas por el cambio de mando, es decir, de implementación de nuevos proyectos, de formas de hacer, de expectativas y de incertidumbre.

> Hasta antes de la transición de gobierno, dependíamos de la parte técnica todos los operadores penitenciarios. Después de esta transición de gobierno, como se quiere militarizar el rol, empieza a depender de la parte operativa la mayoría de las unidades del país. Es la primera unidad donde instrumentan este instructivo y ponen a los operadores a... a brindarles esta formación de militarización del rol, que consiste en estas cosas que yo te venía diciendo: uso de gas, de grilletes, de custodia, de estar en las garitas (sexta entrevista individual a operadoras penitenciarias).

> El discurso es: los operadores son importantes para la socioeducación y los necesitamos. Si son tan importantes, hacé... no sé, ingresás 500 policías y no... y decís que en el escalafón S no ingresan más. ¿O sea, tan importante? Es como un doble discurso. Total... O sea, en realidad el objetivo acá es... la... la represión (cuarta entrevista individual a trabajadoras del SAI-PPL).

> [...] con todo este tema de la militarización del... de que bueno, que estamos ante un gobierno que... que no apuesta a la socioeducación, sino más bien a la represión y... nosotros nos dedicamos a la... intervención psicosocioeducativa,

> más que nada, a gestar proyectos, todo esto de la… el INR le llama rehabilitación, en mi caso particular habla de procesos de socialización. Entonces toda esta parte como que no… no es algo que esté tratando de potenciar este gobierno (primera entrevista individual a operadoras penitenciarias).

> Había un montón de cosas para mejorar en Punta de Rieles… quizás hay otras cuestiones que tienen que ver más con la lógica policial, en esto de la disciplina por la disciplina misma, ¿no?, de bueno, del… cómo te peinás, cómo te parás, del… uso correcto del uniforme, de la policía con o sin barba… Como que ta, hay cosas que yo no les encuentro mucho sentido. Y… y me parece que apuntan más a la disciplina por sí misma y no con un fin. Entonces sí, yo veo Punta de Rieles como un poco más… acartonado, como un poco más… policial, como un poco más rígido (segunda entrevista individual a operadoras penitenciarias).

Las referencias a las transformaciones organizacionales e institucionales fueron más numerosas y diversas en las operadoras penitenciarias que en las trabajadoras del SAI-PPL. Las primeras actúan en el terreno *abierto*, interactúan con las personas privadas de libertad en los espacios abiertos y cerrados, reciben órdenes de mando, conviven en el trabajo cotidiano con la Policía e imaginariamente su trabajo es socialmente menos valorado; las segundas remiten a su propia organización, ASSE, comparten un espacio físico de trabajo delimitado, los intercambios con la Policía son específicos, muchas veces puntuales, e imaginariamente su trabajo vinculado a la salud es socialmente más valorado.

b) En la introducción de este capítulo se plantearon las condiciones de emergencia de la vida, de *las vidas que merecen ser vividas* (Butler, 2010). El respeto a la vida —devaluada, mercantilizada, ignorada a lo largo de la era neoliberal— se expresa frente a los fenómenos de naturalización que se visualizan en cárceles. Las condiciones actuales (de los últimos 15 o 20 años) indican que los establecimientos carcelarios y las instituciones que se materializan en ellos siempre están en crisis: la crisis contra la vida.

De acuerdo con las participantes, ciertas condiciones se actualizan y acoplan en la pandemia, a la vez que se imbrican en condiciones ya existentes de cuidado de la vida:

> O sea, todo esto terminó… impactando directamente en la vida de la gente que está presa, por malas decisiones, incoherencias y por… por hacer, porque al final no hacés ni lo que te mandan ni lo que podés de todo esto, enfocarse en la pandemia, ¿no?, y dejar de… de prestarle atención. Eso pasó a nivel social, todo, ¿no? O sea, de enfocarse en la pandemia y como dejar de priorizar otras cosas que también hacían al cuidado de la vida, ¿no?, porque el tema… para mí el tema de la pandemia trae como… como una cosa que te hace reflexionar

> un poco sobre la vida, el cuidado de la vida, el contacto con el otro y demás. Entonces... como que fácilmente el foco se fue para... para un intangible, y las cosas que eran tangibles y las podías ver que estaban sucediendo delante de tu cara... O sea, desatendíamos por una responsabilidad que te viene de arriba. Por más que vos lo razones, contra de las... del sistema penitenciario, muchas veces tenés que seguir órdenes y ta. Aunque sean improcedentes y vos las veas venir, o sea, lo hacen igual, ¿entendés?, entonces vos no tenés... Vos lo único que podés hacer es tratar de paliar la situación. O sea... era como imposible que esto no pasara. Pero el tema es que la vida en la cárcel no es tan... O sea, la gente... a la gente no le importa (cuarta entrevista individual a trabajadoras del SAI-PPL).

> O sea, para mí el rol de nosotros es... garantizar los derechos de la gente dentro de la cárcel. Y si cuando vos estás encerrado después te obligan a hacerle una requisa. O sea... yo no digo que no haya que hacerlas, pero... como que me parece que en esto hay que siempre tener claro la definición de roles (sexta entrevista individual a operadoras penitenciarias).

El análisis de las muertes en custodia, sistematizado desde hace unos años por la Oficina del Comisionado Parlamentario para el Sistema Carcelario, indica la gravedad de la ecuación vida-muerte.

> La Oficina del Comisionado Parlamentario siempre tuvo claro que analizar las muertes en custodia, lejos de ser un ejercicio mórbido o un arma arrojadiza para acusar con lo irreparable a los gestores del sistema, es un ejercicio ineludible para mejorar el sistema y sacar conclusiones para defender la vida (Oficina del Comisionado Parlamentario para el Sistema Carcelario, 2020, p. 96).

En el año 2020 ocurrieron 48 muertes dentro del sistema penitenciario uruguayo, en una población de 12.414 personas privadas de libertad.

> [La cantidad de muertes habla de] condiciones violentas que tienen en el fallecimiento su expresión extrema, pero que muchas veces se expresa en lesiones, lesiones invalidantes graves, amenazas, extorsiones y abusos que también dejan secuelas en las personas y son la semilla de una larga cadena de venganzas y contravenganzas dentro de la cárcel y luego en la sociedad, donde terminan siendo un caso más que llega a la prensa como probable «ajuste de cuentas», perdiéndose de vista que ese es el final de un proceso social donde faltaron «filtros» para parar el *in crescendo* violento (Oficina del Comisionado Parlamentario para el Sistema Carcelario, 2020, p. 97).

El creciente y sostenido aumento del número de personas privadas de libertad —Uruguay es uno de los países con mayor prisionización del mundo

(Oficina del Comisionado Parlamentario para el Sistema Carcelario, 2020, p. 173)—, así como el afianzamiento de una concepción asentada en el aumento de las penas, de la cantidad de cárceles y de los recursos policiales para prevención y represión y la consolidación de posturas punitivistas en amplios sectores de la población, nutrieron los procesos de recambio de las autoridades, que parecen indicar, de acuerdo con lo expresado en las entrevistas, que la cárcel se asocia al binomio desecho-castigo no solo en cuanto a la población que allí se encuentra, sino en lo relacionado a todo lo que produce y genera (trabajo, fuerza de trabajo, cuidados). «Pero el tema es que la vida en la cárcel no es tan... O sea, la gente... a la gente no le importa» (sexta entrevista individual a operadoras penitenciarias).

2 - Las vivencias en relación con la pandemia. La construcción de prácticas

Enlazar la emergencia (sanitaria) y la urgencia (de la ley) permite, al colocar el tema en la esfera pública, abordar la tensión de lo que sabemos emergente y urgente (Tabárez y Folle, 2022). Las consignas «libertad responsable» y «quedate en casa» aparecen como signos de una impronta liberal. El abordaje de la pandemia desde un discurso del riesgo coloca el libre albedrío como fuerte determinante de la conducta de los individuos, en desmedro de una garantía estatal de derechos y obligaciones, pero, sin embargo, invisibiliza realidades instaladas: Galindo (2021) ubica la pandemia como un hecho político enmarcado en las luchas anticapitalista, anticolonialista y antipatriarcal que modifica las relaciones sociales bajo determinados mecanismos neoliberales.

Una vez instalada la pandemia oficialmente, se encomienda al MI y al INR la realización de un protocolo de actuación. El INR emite el primer protocolo de actuación ante el coronavirus para las 26 unidades de internación el 16 de marzo de 2020 (Ministerio del Interior, 2020), previsto hasta diciembre de ese año, con posibilidad de ser revisado en función del desarrollo de la pandemia, producto de los intercambios con autoridades del MSP, el SAI-PPL, las direcciones de las unidades de internación, la Dirección Nacional de Asuntos Sociales del MI, el comisionado parlamentario y la Ofucipe. Este incluye:

- control de ingresos,
- restricciones de visitas,
- medidas de higiene y aislamiento dirigidas a personas privadas de libertad,
- restricción de actividades internas (educativas y religiosas), estímulo a realización de actividades al aire libre
- indicaciones de higiene al personal penitenciario.

El control sobre el cuerpo (impedir el ingreso del virus a la cárcel mediante la protección biológica), potenciar el autocuidado (un jabón por persona

privada de libertad, lavado diario del uniforme del funcionariado), así como priorizar las actividades recreativas y deportivas, el control sobre la movilidad y el tránsito de personas y la suspensión de las actividades educativas y grupales marcaron los lineamientos políticos del protocolo.

En las narrativas de las trabajadoras entrevistadas se observó que la irrupción del coronavirus generó un impacto significativo en el equilibrio ocupacional y en la propia significación del trabajo de las personas. Independientemente del rol que desempeñan, el acceso a la información y sobre todo la importancia que se adjudica al trabajador de primera línea, quien está calificado, constituyeron un permanente factor de análisis que influyó en sus propias vivencias y juicios, lo que llevó a que muchas veces denunciaran situaciones de desconocimiento de la realidad de las unidades penitenciarias por parte de autoridades y gestores.

> […] nosotros los funcionarios que estábamos ahí, tratando de paliar la situación, si no cuando vos… Tu desconocimiento no tiene la capacidad de poder visualizar que ante una situación con tan poco personal… tomando decisiones que evidentemente van a incidir en la vida de la gente que tenés ahí adentro, no hay manera de que no lo puedas pensar (primera entrevista individual a operadoras penitenciarias).

> […] muchas veces tenés que seguir órdenes y ta. Aunque sean improcedentes y vos las veas venir, o sea, lo hacen igual, ¿entendés?, entonces vos no tenés… Vos lo único que podés hacer es tratar de paliar la situación (primera entrevista individual a operadoras penitenciarias).

> […] el lugar que yo estaba ocupando creo que no era el que le tenía que decir a ellos que estaban errados en muchas cosas, me parece, pero como que creo que siempre… que también… si bien está buenísimo que hablen los de arriba, me parece que también tienen que… como hablar con el trabajador, que es el que la vive día a día (cuarta entrevista individual a trabajadoras del SAI-PPL).

> El encierro genera tensión; cuanto más encierro, había menos contacto con el afuera, más tensión. A todo esto, ahí en un momento, por estas malas decisiones que toman las administraciones y la gente que no está nunca… que dirige las unidades penitenciarias y que no tienen en cuenta a la gente, lo que es necesario, cómo se hace… montones de cosas (tercera entrevista individual a operadoras penitenciarias).

Esta idea se vincula fuertemente con el concepto de burócratas de la línea de frente o de nivel de calle acuñado por Lipsky (2010). Mediante este término, el autor hace referencia a los trabajadores que desarrollan su tarea cara

a cara con el público y deben resolver en el momento situaciones complejas y ambiguas. Ellos son quienes interpretan e implementan en el día a día, de manera que representan la «cara visible» del Estado frente a la población reclusa y configuran el ejercicio discrecional en las relaciones de poder propio de las cárceles (Vigna, 2016) y de otras organizaciones de encierro. Hay coincidencia en cuanto a que existe una alta discrecionalidad (Lotta *et al.*, 2021) en el nivel de calle, en virtud de que las normas son adaptadas y, por tanto, interpretadas según la situación, lo que se suma a la falta de recursos humanos y materiales, en un ambiente siempre en crisis, como ya ha sido señalado.

Así, resulta claro que en gran parte de sus discursos las trabajadoras profundizaron en la modificación de las rutinas y en la adquisición de nuevos hábitos, lo que llevó a que hubiera que ajustarse como parte del todo, de lo que se debe hacer, de lo que no se discute ni analiza.

> Cómo decirlo políticamente correcto, ¿no? Pero cuando venía alguna autoridad o alguien que quería… dar como su punto de vista, siempre tenía que haber una autoridad para dar la respuesta. Vos sabías que era real o no, pero bueno, la respuesta la daban ellos. Vos estabas ahí como integrando la mesa, pero en realidad la respuesta no la dabas vos (quinta entrevista individual a trabajadoras del SAI-PPL).

> O sea, todo esto terminó… impactando directamente en la vida de la gente que está presa, por malas decisiones, incoherencias y por… por hacer, porque al final no hacés ni lo que te mandan ni lo que podrías hacer (primera entrevista individual a operarias carcelarias).

> Por más que vos lo razones, contra de las… del sistema penitenciario, muchas veces tenés que seguir órdenes y ta. Aunque sean improcedentes y vos las veas venir, o sea, lo hacen igual, ¿entendés?, entonces vos no tenés… Vos lo único que podés hacer es tratar de paliar la situación (primera entrevista individual a operadoras penitenciarias).

> Antes no se permitía entrar comida, ahora sí. Pero no cualquier cosa, depende quién te vea si te deja o no te deja (quinta entrevista individual a trabajadoras del SAI-PPL).

El comisionado parlamentario penitenciario ha señalado la ambivalencia entre «la ley en los libros» y la «ley en la práctica» como rasgo característico del quehacer penitenciario (Oficina del Comisionado Parlamentario, 2021). Es en esos intersticios que la discrecionalidad puede transformarse en la regla (Monjardet, 2010) entre los funcionarios penitenciarios, lo que tiene que ver con la experiencia, el aprendizaje a partir de la práctica y el conocimiento del

quehacer propio: la *selección*, que supone priorizar ciertas tareas ante otras, es decir, quién hace qué y cómo lo hace. Esto tiene que ver con pensar en la subutilización selectiva del poder como una de las habilidades más sutiles y refinadas que deben desarrollar los funcionarios (Vigna, 2016) como posibilidad de transformación. El conocimiento y la comprensión de los mecanismos de selección y sus determinantes se vuelven mucho más importantes que la descripción de tareas y las reglas formales. De esta manera, la problematización de las órdenes no encuentra motivo ni se justifica, ya que no es de recibo el cuestionamiento, pero probablemente sea poco viable cumplir esas órdenes.

> Poco a poco fui entendiendo que bueno, ta, que ellos en realidad también se sienten como que vulneran sus derechos, que... el hecho de esperar un año para ver a un psiquiatra, una persona que está con abstinencia, a vos no te pasa... y a ellos sí, y es como que está bien para todo el mundo, y ahora es peor (cuarta entrevista individual a trabajadoras del SAI-PPL).

> [...] si te veo tomando mate con un compañero... te sanciono. Si te veo hacinado con ocho milicos... no pasa nada (tercera entrevista individual a operadoras penitenciarias).

> [...] en esto que hablábamos de que sí, qué condiciones piden, qué condiciones hay, o sea... desde ahí, desde el trato también, creo que... a la interna por lo menos, quedó claro o bueno, para nosotros fueron muchas incoherencias entre lo que se mandaba y la realidad (cuarta entrevista individual a trabajadoras del SAI-PPL).

Foucault (2002) plantea que la cárcel moderna (desde una concepción de lo carcelario que combina los castigos legales y los mecanismos disciplinarios) no solo reprime y constriñe, sino que también produce, genera materialidad, diferencia y dirige la sanción de las desviaciones al castigo (original). Desde la perspectiva del riesgo (Spink, 2020), considerar los efectos del castigo en la expansión de la pandemia —más allá de la transmisión del virus— es fundamental en la producción de sentido de las estrategias de distanciamiento social formuladas y la incorporación o el rechazo de las medidas implementadas en los ámbitos sociales referidos. En particular, cuando el Estado priva a alguien de su libertad, asume el deber de no solo asegurarle asistencia médica y proteger y promover su salud física y mental, sino también de cuidar su bienestar, según lo establecido en las Reglas Mínimas de las Naciones Unidas para el Tratamiento de Reclusos (Reglas Nelson Mandela): «Los reclusos gozarán de los mismos estándares de atención sanitaria que estén disponibles en la comunidad exterior y tendrán acceso gratuito a los servicios de salud necesarios sin discriminación por

razón de su situación jurídica». Este deber de cuidado es esencial si se tiene en cuenta que las personas privadas de libertad no tienen otra alternativa que depender de la autoridad para la promoción y la protección de su salud. Por otra parte, se observó que la tensión entre violencia y criminalidad o cuidado de la vida no ha podido escapar a respuestas punitivas y de expansión del Estado penal, lo que está inscripto en discursos punitivistas provenientes de diversos ámbitos y se ha agudizado al considerar la percepción del riesgo, lo que caracteriza las prácticas, las formas de hacer y el uso de las palabras (Spink, 2020).

Sobre las prácticas de aislamiento en el encierro:

> Y tengo que destacar que hubo un módulo en que no se hizo, eh... esta prevención que es con el A y el B. En A funciona el aislamiento... son las personas que no tienen... que no pueden ir a parar a otro módulo; como se le dice en la jerga carcelaria, que no tuvieron cabida, entonces salieron y quedan como en *standby*, que ta, que es un módulo que tiene unas condiciones bastante malas, porque están aislados y ta, no... no se encuentra en muy buenas condiciones. Y en el B, es el sector contiguo, están los de violencia doméstica, que hasta el día de hoy, no sé por qué, no se los integró. No los integramos. Pero ta. Ahora que estoy haciendo el relato con ustedes me doy cuenta de que esos dos módulos... ese módulo fue el único que quedó por fuera de esto (primera entrevista individual a operadoras penitenciarias).

> No, y tampoco creo que fue algo muy intencional, nos fuimos organizando para hacer el trabajo y como que... de ese módulo no... no los convocamos, no tenían referente de salud o algo así. Ahora no sé bien cuál fue el motivo por el cual no lo hicimos, pero creo que no hubo, o sea, motivo por qué no... no hubo, fue algo que se dio así (primera entrevista individual a operadoras penitenciarias).

> Otro tema es, por ejemplo: la tienen que aislar, por una sospecha de covid o de tuberculosis, el lugar donde las aíslan es espantoso, no no... llegó un momento que no tenían ni agua. Entonces muchas veces ellas ocultaban los síntomas... no querían decir que tenían fiebre por el miedo a ser aisladas y ser castigadas. Porque en realidad es estar... apoyarlas, porque estaban sintiéndose mal, era como castigarlas porque... por ese motivo. Entonces en mi caso, que soy vacunadora y que he recorrido muchas cárceles, y justo coincidió con la campaña de vacunas, muchas [dice algo no comprensible] se negaban a... a vacunarse, y les preguntaba «pero ¿por qué», trataba de hacerlas razonar y me decían: «No. ¿Usted me asegura que no me da fiebre? Si me da fiebre no me vacuno, porque si me da fiebre me aíslan, y ahí pierdo la visita y me ponen en condiciones... en esos lugares espantosos, que estoy sola» (segunda entrevista grupal a trabajadoras del SAI-PPL).

Sin embargo, bajo formas limitadas, la práctica asistencial (que excede el acto médico e incluye las negociaciones con las operadoras penitenciarias y las personas privadas de libertad) siguió realizándose y se destaca que varias acciones de tipo preventivas se continuaron (realización de PAP, vacunación de gripe). La percepción valorativa de la asistencia se compone por los discursos explicitados, por aquellos que nos hablan a través del silencio y por las prácticas que se generan en torno a ella; en algunos casos, la estrategia de atención primaria en salud parece alejarse de las prácticas:

> La asistencia en la cárcel es bastante limitada. No hay que pensar que... que duele algo y enseguida recibís la asistencia, a veces es como una lucha que hay que dar para que te atiendan. O no hay personal o como una cadena muy grande, lo que va pasando es que empieza a ser... empiezan a fallar partes de la cadena y puede pasar que una persona no reciba asistencia cuando lo... lo solicita (primera entrevista individual a operadoras penitenciarias).

> Creo que como equipo de salud... no tenemos una mirada en común de lo que hay detrás de lo sanitario... Termina siendo muy personal, no se ha podido, creo, generar algo de trabajo con el personal de salud como para... tener una mirada humanizada y... desde el lugar de ver y de atención (cuarta entrevista individual a trabajadoras del SAI-PPL).

No obstante, otras prácticas y otras experiencias invocan potencia y acción creativa:

> Porque... se estableció un régimen de emergencia sanitaria en donde había, o sea... el personal como que lo fueron... administrando para que cubramos todos los días el servicio, sino que... En mi caso personal, pasé a trabajar en ASSE, con el [nombra a un funcionario de ASSE] del equipo de salud, para hacer una campaña de prevención del covid. Que esto se hizo con los delegados de salud de los módulos, que son personas privadas de libertad de cada sector. Que hay un... hay un delegado porque hay... hay que establecer una relación entre lo que es ASSE y la vida diaria en el módulo, entonces... Yo [dice algo no comprensible] esa figura, pero como que a partir de que se inicia la pandemia, se empieza a dar mucho valor y se apuesta a esa figura y a trabajar en la articulación, también como para... para hacer la prevención mediante la información. Y ahí empezamos a trabajar... muy afinadamente con ellos... y con ASSE. Y... y el doctor les iba como pasando información, se hacía cartelería, se llevaba a los módulos, intentábamos como... dar información para que la situación no fuera tan caótica (primera entrevista individual a operadoras penitenciarias).

> Nosotras en realidad la primera tarea que tuvimos fue como… antes de que… de que se restringiera la visita, fue como concientizar a la visita, digamos, en los cuidados del tapabocas, el lavado de manos y ese tipo de cosas. Y… en realidad no había con qué hacerlo. O sea, nosotras decidimos comprar jabón líquido y alcohol, porque no íbamos a hacer una tarea… porque no le voy a decir a alguien que se lave las manos si no tengo jabón para darle, ¿no? (segunda entrevista individual a operadoras penitenciarias).

También se visualiza la posibilidad de producción de deseo como potencia y el reconocimiento de las vulnerabilidades (Butler, 2017) y eventualmente de la capacidad de acción:

> Entonces llega un momento que decís: «¿En serio?». O sea… ta, sí… y ahí vuelvo a la frase de que si no nos abrazamos, este trabajo no lo podés hacer. Entonces el covid termina siendo como muy secundario también (quinta entrevista grupal a operadoras penitenciarias).

La implementación de los servicios de salud en cárceles se ha ido afianzando a lo largo de estos años. Los procesos de conformación del SAI-PPL han sido construidos sobre disputas y acuerdos territoriales (espacio físico, gestión de pacientes, trabajo educativo y preventivo) entre los sistemas operantes (básicamente ASSE, el SAI-PPL y el INR). Estas instituciones se estructuran jerárquicamente y responden a un polo superior de coordinación, que en estos niveles superiores es percibida por las trabajadoras como inexistente o como respuesta a fallas estructurales, por ejemplo, a nivel de la comunicación:

> […] podemos tener la suerte de generar estas coordinaciones, ponele, con el coordinador, pero después los médicos que vienen, las médicas que vienen… como que hacen la suya: si quieren atender, atienden, si no quieren atender, no atienden. Es como que ASSE funciona aislada, o sea, como que es autónomo dentro de la unidad. Entonces como que… hace lo que quiere (sexta entrevista individual a operadoras penitenciarias).

> Entonces creo que nosotros como… como salud, como institución de salud, fallamos en eso, no logramos comunicarnos con quien debíamos. Pero no tanto nosotros, sino arriba. El tema de las direcciones, que se unen todos los días para… reunión de equipo, reunión de… pero lo importante como que no se ha logrado. Esa es mi consideración (cuarta entrevista grupal a trabajadoras del SAI-PPL).

3 - Los paradigmas de abordaje de la salud y la vida: «las vidas que merecen ser lloradas» (Butler, 2010)

Al igual que en otros países latinoamericanos, en Uruguay se tomaron como referencia los lineamientos de organismos internacionales en torno a la gestión de la pandemia en cárceles, con especial énfasis en las medidas de mitigación y prevención dentro de las prisiones (Organización Internacional del Trabajo, 2020). Este tipo de acciones, como ya se ha comentado, incluyó limitaciones en la movilidad interna, suspensión o disminución de las visitas, aumento de controles y testeos para los ingresos y creación o adaptación de zonas de aislamiento. En los discursos de las trabajadoras la disminución (o la suspensión) de las visitas no se tomó como un problema: fue integrado como un espacio de trabajo novedoso entre los diferentes actores de la prisión. Las variaciones en los flujos del intercambio con el afuera son vitales para las personas privadas de libertad: la visita es una institución y un dispositivo que opera como espacio afectivo, un ámbito de socialización entre familias que aporta alimento y elementos de primera necesidad, entre otros factores. En este escenario, las estrategias de abordaje integral fueron pocas y dependieron en gran medida de la iniciativa de las trabajadoras, pero sobre todo del vínculo que se pudiera establecer entre el equipo de operadoras penitenciarias, las trabajadoras de la salud, las personas privadas de libertad y la Policía. En algunos casos aislados y por períodos cortos, se logró trabajar de manera integrada entre ASSE y el INR (operadoras) en la generación de instancias de información e intercambio con las personas privadas de libertad.

> En mi caso personal, pasé a trabajar en ASSE, con [nombra a un funcionario de ASSE], del equipo de salud, para hacer una campaña de prevención del covid. Que esto se hizo con los delegados de salud de los módulos, que son personas privadas de libertad de cada sector (primera entrevista individual a operadoras penitenciarias).

> Sí tener cuidado, que tampoco tenía muy claro qué; también nos pidieron esto de... al principio lo que más hicimos fue recorrer y transmitir qué... qué pasaba, qué era lo que estaba pasando (cuarta entrevista individual a operadoras penitenciarias).

Marmolejo *et al.* (2020, p. 1.079) concluyen primariamente que «estas medidas no han sido suficientes para aliviar el hacinamiento, mejorar las condiciones carcelarias, fortalecer el sistema de salud de las prisiones o para detener la rápida propagación de la enfermedad. Por el contrario, en muchas instancias, estas acciones han aumentado el riesgo en prisión porque se han acentuado las privaciones y vulnerabilidades de las personas en prisión».

En este caso particular, el incremento del distanciamiento y el ejercicio del control (no siempre exitoso) entre los trabajadores respecto de las personas privadas de libertad en las unidades de internación son claros. En cárceles, la distancia invisibiliza muchas realidades crueles y el control reduce la capacidad de observación.

Las medidas y las formas en que estas medidas fueron adoptadas por el INR desde el inicio de la pandemia marcaron una priorización de los aspectos sanitarios y biológicos por sobre los sociales, que impactó a nivel laboral y social. Es necesario nuevamente complejizar la doble institucionalidad mencionada al inicio del capítulo y cómo esta se expresa e incide no solo en los abordajes propuestos, sino en las distintas posibilidades de acción de sus trabajadores.

La tensión entre seguridad y control, por un lado, y cuidado y garantía de derechos, por otro, se hace visible en ciertos nodos de las cadenas productivas; por ejemplo, el acceso por parte de las trabajadoras a los recursos materiales necesarios para la protección y la prevención del contagio fue garantizado en el caso de ASSE y las trabajadoras del SAI-PPL contaron con la provisión de los elementos básicos e incluso pudieron, en términos generales, implementar el uso obligatorio del tapabocas en la policlínica y la emergencia. En el caso de las operadoras penitenciarias, el relato mostró, por un lado, que la gestión de estos recursos recayó sobre ellas mismas, pero, por otro lado, indicó cierto potencial autogestivo a nivel de garantizar condiciones básicas para la realización de actividades o visitas.

> Bueno mirá, en realidad, cuando empezó la peor parte de la pandemia digamos, cuando empezó todo el tema, no, no tuvimos ningún... nada, nada de nada. Ni el alcohol, ni guantes, ni tapaboca, absolutamente nada. Incluso los productos de limpieza, tipo el agua jane, esas cosas que manda el ministerio, tampoco se aumentó la cantidad, ni siquiera hasta ahora. O sea, ni para los funcionarios ni para los privados de libertad digamos. Nosotras en realidad la primera tarea que tuvimos fue... antes de que... de que se restringiera la visita, fue como concientizar a la visita, digamos, en los cuidados del tapaboca, el lavado de mano y ese tipo de cosas. Y... en realidad no había con qué hacerlo. O sea, nosotras decidimos comprar jabón líquido y alcohol, porque no íbamos a hacer una tarea... porque no le voy a decir a alguien que se lave las manos si no tengo jabón para darle, ¿no? (segunda entrevista individual a operadoras penitenciarias).

En esta línea, hay un sentimiento de falta de cuidado hacia las trabajadoras, muy marcado por el desbalance entre las exigencias en los protocolos y la falta de garantías para cumplirlos, así como también un sentimiento de falta de contextualización de estos protocolos. Algunas medidas son percibidas como absurdas e inaplicables en el ámbito carcelario. Se manifiesta una

poca a nula participación de las trabajadoras de primera línea (fundamentalmente por parte de las operadoras penitenciarias) en la elaboración de los protocolos, en la que se desconoce su saber y que está direccionada por una estructura jerárquica y vertical.

Desde la perspectiva de las trabajadoras, las medidas no son implementadas desde una preocupación y un cuidado, sino que son categorizadas como medidas «pantalla», ya que se fiscalizan desde el cumplimiento de las demandas institucionales y gubernamentales en aquellos lugares donde el control es explícito (por ejemplo, las puertas de entrada a la cárcel, a la enfermería, a la conducción):

> Nosotros cuando traemos a la gente a enfermería también. Obligación de venir con el tapaboca. Es una cuestión a rajatabla venir con el tapaboca, si no... ni siquiera uno la trae por... por un tema de cuidado, ¿no? (tercera entrevista individual a operadoras penitenciarias).

> [...] en la uno, que como hay cámaras y... el control se sigue sintiendo. O sea, el tapaboca, el control de la temperatura (sexta entrevista individual a operadoras penitenciarias).

Las exigencias en el cumplimiento de protocolos sin contar con el acceso asegurado a los recursos necesarios para esto son experimentadas en clave de violencia institucional. Las medidas sanitarias aplicadas aparecen, así, como un castigo, como una excusa para el endurecimiento del punitivismo, no solo hacia las personas privadas de libertad, sino también hacia las trabajadoras, y por ello generan reacciones de resistencia y transgresión.

La naturaleza de la incorporación de los protocolos sanitarios tiene un anclaje distinto en ASSE, donde estos son aceptados e incorporados rápidamente y sin resistencias; para las trabajadoras, se trata de mecanismos de autocuidado, e incluso se imponen como condición para la realización de actividades dentro de la cárcel. Desde la población de operadoras se manifiesta que en aquellas instancias en que ASSE interviene es en las que realmente se cumplen los protocolos. Pero, por otra parte, la relativa autonomía de ASSE en términos de disposición de recursos se ve obturada en sus posibilidades dentro del INR, en la medida en que sus trabajadores no tienen la libertad de circular por la cárcel, lo que determina que el vínculo con las personas privadas de libertad no sea directo; la disminución de recursos humanos a nivel de INR implicó, en muchas ocasiones, la suspensión de derivaciones médicas por falta de custodia. A pesar de que el abordaje de la pandemia fue sanitario y no integral, el modelo de seguridad siguió siendo privilegiado frente al de atención en salud. En este sentido, existe una ecuación a profundizar, referida al vínculo entre

la autonomía del campo sanitario frente a la capacidad de obturación del campo represivo.

Las estrategias de protección de la vida suponen, de acuerdo con Espósito (2005), que los cuerpos biológico, social, político y electrónico adoptan respuestas defensivas similares ante el peligro. Por ejemplo, ante la inmigración ilegal o ante un ataque informático, surge la necesidad de implementar un mecanismo de inmunización, una muralla, un antivirus: para el caso analizado, la inoculación de virus completos pero inactivados o bien la producción de proteínas que desencadenan la respuesta inmune. Estas medidas de protección frente a una amenaza proveniente del exterior conducen a una situación «que en determinado momento se vuelve contra sí mismo en una catástrofe, simbólica y real, que determina la implosión de todo el organismo» (p. 29).

> Y otra cosa que obviamente nosotros como personal de salud lo hacemos muy mal, y soy sumamente consciente y ahora me hizo tomar más conciencia, era el hecho de bueno, en el apuro, uno iba a buscar a sus hijos con el uniforme. Este... y ahora... me pasó una vez que tuve que ir a buscarlas a la escuela y no tenía a nadie, y no llegaba y... y dije: «Yo no puedo ir vestida así». Y tuve que ir a buscar a una amiga y le digo: «No sé, voy a llamar a la maestra y te bajás vos y yo espero en el auto». Porque el solo hecho de que la gente me mirara con el uniforme me hacía sentir señalada. Entonces bueno, ta... sí hay cosas que no las hago más (segunda entrevista grupal a trabajadoras del SAI-PPL).

Los relatos sobre los mecanismos para controlar el contagio dan cuenta de una sociedad inmunitaria que se autoconfiere la autoridad para administrar y sacrificar vidas, a la vez que determina cuáles cualidades son relevantes y cuáles no:

> Si bien fue una actividad que estuvo re buena, porque nos acercó pila tanto a ellos como... a su familia, también nosotras nos sentíamos como superexpuestas, ¿no?, porque estábamos como... ta, en contacto con todo el mundo, todo el tiempo... Y en realidad... sí, para mí... somos mucho más peligrosas las personas que ingresamos al establecimiento que ellos. Y muchas veces, por lo menos en la unidad, el control es como una demostración de poder, ¿no? El funcionario sin tapaboca, sin los cuidados que tiene que tener, exigiéndole a la persona privada de libertad que si no se pone el tapaboca no puede salir del sector. Que bueno, ta... termina siendo como esto de... del demostrarle el poder al otro. Porque, o sea, yo no me cuido, yo no traigo el tapaboca, yo hago lo que quiero, porque puedo y porque tengo el poder de hacerlo, y te exijo a vos que hagas determinadas cosas para poder circular por el establecimiento que en definitiva lo tendríamos que hacer todos, ¿no? (décima entrevista grupal a operadoras penitenciarias).

> En realidad, si ellos... El virus va a venir de afuera, porque en la cárcel no está, ¿no? Entonces, los obligamos a ellos a estar con tapaboca y a no salir, o no... o no sé, se restringió la cuestión de las salidas laborales. Y a los funcionarios no se nos exige nada (décima entrevista grupal a operadoras penitenciarias).

> Del gobierno y de las medidas que ha tomado el gobierno para atender la pandemia. Que, o sea, que han sido pésimas. Sigue empoderando a unos pocos y... y dejando que miles de personas caigan en la pobreza... no atendiendo ni haciéndose cargo de lo que se tiene que hacer (sexta entrevista individual a operadoras penitenciarias).

El rol inmunizador en los ámbitos jurídico y penal, tanto como en el biomédico, «garantiza la supervivencia de la comunidad en una situación de peligro mortal. Protege y prolonga la vida de ésta, quitándola del alcance de la muerte que acecha» (Espósito, 2009, p. 35). Si hablamos en términos de supervivencia y de inmunización de la comunidad estamos hablando, siguiendo a Espósito, de un carácter negativo de aquello de lo que hay que inmunizarse, «ya no como riesgo externo, sino de algo que forma parte originariamente de ella [la comunidad] y, es más, la constituye en cuanto tal» (p. 36):

> Es difícil, ha habido muchos cambios en Punta de Rieles, entonces... es como muy difícil darse cuenta de algunos malestares, si son por los cambios a nivel sanitario por el virus o son porque en realidad cambiaron muchísimo las directivas con este nuevo comando, cambiaron muchísimo (segunda entrevista individual con operadoras penitenciarias).

> [...] de un momento a otro te dicen: «No, te vas para tu casa y cuando te precisemos te llamamos» y vos estás ahí, o sea, sintiendo que... Después cuando... tuve como esa vivencia en un principio de... de desestructura que te... la vida te, no sé, te cambia así, de un momento a otro (sexta entrevista individual con operadoras penitenciarias).

Conclusiones

> La organización del trabajo implica un conjunto de densas y complejas conexiones entre máquinas, hombres, mujeres, estatutos legales, reglamentaciones, instituciones, capitales, políticas, etc., etc. Es esta complejidad la que reclama una multiplicidad de saberes que permite pensarla, para volverla más vivible, más comprensible, en definitiva más sana.
>
> Leopold y Fuentes, 2000

A partir del material recogido en las entrevistas, se visualizó el trabajo diario en una institución burocrática compleja que atiende cotidianamente a mujeres y hombres privados de libertad. Instituciones y organizaciones diversas se componen en estructuras inestables, que producen espacios en blanco y legitiman situaciones características de las grandes cárceles del país: unidades muy amplias que atienden a cientos de personas, con alto grado de hacinamiento y zonas o módulos en condiciones muy dispares entre sí. La estructura edilicia —que siempre denuncia los desfasajes recurrentes debidos al aumento de la población privada de libertad—, los problemas de higiene, la falta de recursos humanos y materiales, el ejercicio de la gestión de las políticas de seguridad y de salud parecen contribuir a un ambiente hostil para el desarrollo del trabajo cotidiano.

Más allá de los cambios necesarios implementados en la gestión administrativa y política de la cárcel en el contexto de la pandemia e incorporando una lectura que trascienda las implicancias meramente sanitarias de la epidemia, conviven circunstancias que relegitiman el papel represor sobre el rehabilitador o resocializador, tales como la permanencia del INR bajo la órbita del MI y la imposibilidad de aprobar un marco legal de los sistemas de trabajadores y sus funciones, en un escenario de fuertes críticas frente a las carencias materiales, humanas y edilicias que conforman el sistema.

¿La privación de libertad como concepto y materialidad constriñe los cuidados de la vida? ¿Cómo se fueron organizando la salud y la educación como derechos ciudadanos y deber del Estado en la pandemia? ¿Qué relaciones pueden establecerse entre las prácticas organizacionales y las producciones subjetivas de las trabajadoras civiles en cárceles?

Las prácticas surgidas de los procesos de instalación de la pandemia, así como la constatación de condiciones de vida en las personas privadas de libertad claramente insuficientes, recurrentemente llevan a la reflexión de los actores civiles, que subrayan importantes restricciones en el proceso de recuperación y carencias inadmisibles y hasta cierto punto evitables. Las limitaciones pueden estar relacionadas con el hecho de que durante esta etapa de paulatino afianzamiento de las políticas de gobierno en cárceles se han observado, por un lado, lineamientos aparentemente contradictorios al respecto, en particular la gestión de las privaciones de libertad y de los derechos y las obligaciones, articulada en un concepto dominante de progreso y un nuevo orden social en que el problema del crimen se vuelve cada vez más relevante para la esfera pública y las sanciones son más sensibles y severas; y, por otro lado, cuestionar el lugar y la capacidad de agencia y potencia que se otorga a las trabajadoras de primera línea.

La irrupción de la covid-19 y la posterior declaración de estado de pandemia incrementaron la carencia de elementos de higiene generales recomendados para prevenir el alcance del virus, así como la incorporación de

nuevos materiales disponibles para el cuidado y la prevención. La gestión sanitaria, incluida la obtención de estos productos y la organización de su distribución y uso, supuso nuevas configuraciones en la organización del trabajo, respecto de lo que se señaló con mayor fuerza ya no solo la carencia de elementos necesarios, sino del propio personal humano, incluyendo variables de tiempo y espacio.

Las fronteras entre la cárcel (encierro) y el afuera (libre) son resultado de múltiples prácticas de saber, de poder y de subjetivación que operan estriando espacios, tiempos y la vida cotidiana de quienes habitan diariamente la cárcel: las personas privadas de libertad, los trabajadores civiles, el personal policial y las visitas, actores que atienden espacios socioeducativos, laborales o religiosos, y no impidieron el ingreso a las cárceles del virus y la pandemia. Esta frontera móvil y porosa hace visible la experiencia del encierro vivida por sus habitantes, con sus múltiples y constantes relaciones, donde circulan flujos de afectos en múltiples direcciones con las otras personas. La desvalorización social de la cárcel en tanto institución asume en sí misma la depreciación de todo lo que contiene. Sin embargo, debe destacarse la potencia de las trabajadoras, así como la capacidad de agencia entre ellas, con el personal policial, con los recursos y con las capacidades enunciativas de sus propias experiencias, que resaltan un saber propio que debería ser analizado en profundidad e incorporado al acervo profesional y académico sobre cárceles.

La pandemia en las cárceles es una construcción que expresa su inconclusión y necesita la participación activa de sujetos humanos y no humanos capaces de transformar y de diseñar aun en los encierros de los encierros.

Referencias bibliográficas

Bellenda, B., Meroni, A., Musto, C., Musto, L., Nauar, M., Piazza, S., Vigna, A. (2016). Operadores penitenciarios: percepciones acerca de un perfil ocupacional en construcción, en Folle, A. y Vigna, A., *Cárceles en el Uruguay en el siglo XXI*. Ediciones Universitarias, Unidad de Comunicación de la Universidad de la República.

Butler, J. (2010). *Marcos de guerra. Las vidas lloradas*. Paidós.

Butler, J. (2017). Vulnerabilidad corporal, coalición y la política de la calle, en *Nómadas*, 46, 13-30.

Espósito, R. (2005). *Immunitas. Protección y negación de la vida*. Amorrortu.

Foucault, M. (2002). *Vigilar y castigar: nacimiento de la prisión*. Siglo XXI.

Galindo, M. (13/2/2021). La pandemia es el capitalismo, en *www.lavaca.org*.

Gutiérrez, R. (2017). Más allá de la capacidad de veto: el difícil camino de la producción y reproducción de lo común, en *Horizontes Comunitario-populares*, Traficantes de Sueños, 113-128.

Leopold, L. V., & Fuentes, G. (2000). Intervención e investigación en el sector

sindical desde la Psicología de las organizaciones y el trabajo. En Facultad de Psicología (Ed.), Psicología y organización del Trabajo: Multiplicidades.
Lipsky, M. (2010). *Street-level bureaucracy. Dilemmas of the Individual in Public Services.* Russell Sage Foundation.
Lotta, G., Alves, L. D., Souza, C. A., & Oliveira, M. F. (2021). O impacto da pandemia de Covid-19 na atuação da burocracia de nível de rua no Brasil. Seção Especial: A Ciência Política frente à crise do covid-19, en Revista Brasileira de Ciência Política, 35, 1-38.
Marmolejo, L., Barberi, D., Bergman, M., Espinoza, O. y Fondevila, G. (2020). Responding to covid-19 in Latin American Prisons: The Cases of Argentina, Chile, Colombia, and Mexico, en *Victims & Offenders*, 15, 7-8, 1062-1085.
Monjardet, D. (2010). *Sociología de la fuerza pública, lo que hace la policía.* Prometeo.
Parodi, L. (2020). Entrevista en programa radial *En perspectiva*. Radiomundo.
Spink, M. (2020). «Fique en casa»: A gestao de riscos em contextos de incerteza, en *Psicologia & Sociedade*, 32, e020002.
Tabárez, T. y Folle, M. (2022). Entre seguridades y violencias: figuraciones en defensa de la vida. Trabajo inédito en revisión.
Vigna, A. (2016). Burocracia tras las rejas: la aplicación de la norma en el sistema penitenciario, en *Dossier Antropología del Derecho en Brasil*, 7-14.
Zapata Fernández, L. (2021). La Ley de Urgente Consideración (LUC) y la urgencia de la ciudadanía, en *Fronteras*, 17, 2, pp. 23-35.

Informes, leyes y comunicados oficiales

Ministerio del Interior (16/3/2020). Instituto Nacional de Rehabilitación emite protocolo de actuación ante el coronavirus.
Ministerio de Salud Pública. Preguntas frecuentes vacunación COVID-19.
Oficina del Comisionado Parlamentario para el Sistema Carcelario (2020). Informe Especial 2020 al Parlamento sobre el sistema carcelario ante el covid-19 (coronavirus) y recomendaciones para los organismos y operadores del sistema de Justicia y Administración de la ejecución penal (Instituto Nacional de Rehabilitación).
Oficina del Comisionado Parlamentario para el Sistema Carcelario (2021). Informe anual 2021.
Oficina de las Naciones Unidas contra la Droga y el Delito (2015). Reglas Mínimas de las Naciones Unidas para el Tratamiento de los Reclusos (Reglas Nelson Mandela).
Onusida (13/5/2020). Declaración conjunta de UNODC, OMS, ONUSIDA y ACNUDH sobre la COVID-19 en cárceles y otros centros de internamiento.
Organización Internacional del Trabajo (2020). Prevención y mitigación del covid-19 en el trabajo. Lista de comprobación.

Tercera Parte

Consideraciones finales

En esta última parte del texto nos planteamos comunicar algunas reflexiones sobre el desarrollo del estudio y especialmente sobre ciertos ejes temáticos que afloraron en él que, aunque resulten reiterados, entendemos que contribuyen a la construcción de la pandemia en su dimensión psicosocial. Decimos *construcción* porque, más allá de algunas premisas sobre dicha dimensión que expusimos en la primera parte de esta publicación, la idea no es que estas funcionen como supuestos rígidos o como verdades universales y trascendentes, sino más bien como elementos que, puestos a dialogar con las particularidades de cada experiencia, construyen lo que llamaríamos una dimensión psicosocial de la pandemia. Desde esta perspectiva, y guardando consistencia con los postulados de un enfoque crítico alejado de pretensiones de objetividad, neutralidad y universalidad, no estamos hablando de algo que está allí como un existente que espera ser develado, leído, explicado, comprendido o interpretado. Por el contrario, entendemos que en el propio proceso de investigación-acción una dimensión psicosocial de la pandemia, heterogénea, diversa, procesual, múltiple, se fue construyendo en el diálogo con quienes participaron en el estudio y responde, por tanto, a la singularidad de las situaciones con las que hemos trabajado.

La coyuntura sociopolítica en la que se inscribe la pandemia y su incidencia en la forma en que esta es experimentada

La pandemia y la forma en que esta es experimentada no pueden ser pensadas por fuera de las coyunturas sociopolíticas particulares de cada país o región, que se presentan como aspectos indisociables. En Uruguay, la pandemia de covid-19 se incrusta en la situación de cambio de gobierno y, a la inversa, el cambio de administración gubernamental se ve interpelado por una situación que resultaba inesperada. En todos los casos estudiados, esta coincidencia es mencionada como un factor que aumenta los niveles de incertidumbre, desconfianza y sensación de pérdida. Más allá de la forma que va tomando la gestión de la pandemia propiamente dicha, que naturalmente no escapa a las orientaciones ideológicas neoliberales

y a la consiguiente concepción del rol del Estado del nuevo gobierno, los colectivos aluden a cambios que esperaban que fueran aconteciendo de acuerdo con las definiciones político-institucionales que se habían anunciado en relación con las políticas sociales asistenciales, las políticas de salud, las del sistema carcelario y las vinculadas con las personas adultas mayores. De hecho, estos cambios se fueron sucediendo a lo largo de estos años, lo que supuso para las organizaciones integrarlos y procesarlos en el marco de la situación de excepcionalidad configurada por la pandemia. Por su relevancia, no podemos dejar de mencionar que a pocos meses de instalado el nuevo gobierno y de declarada la emergencia sanitaria, en julio de 2020, se aprueba por mayoría parlamentaria una Ley de Urgente Consideración (ley 19.889) que contiene casi 500 artículos vinculados a una diversidad de aspectos de la vida social, en un marco de importantes restricciones para una discusión amplia y democrática de sus contenidos. Luego de la recolección de firmas por parte de movimientos sociales y actores políticos que obligó a someter a referéndum 135 artículos de dicha ley, esta mantuvo vigencia.

La mayor o menor confianza en los gobiernos, junto con las fortalezas y las debilidades percibidas en la propia estructura del Estado y particularmente en su sistema de salud y protección social, serán elementos claves a la hora de considerar el modo en que la pandemia es experimentada por parte de los distintos sectores sociales. En este sentido, algunos autores (Bispo Júnior y Santos, 2021) señalan que la desigualdad social interviene en diversos niveles intensificando las pandemias y las epidemias preexistentes. Al mismo tiempo, estas enfermedades inciden en las condiciones materiales de vida, agravando las inequidades.

Como antes consignamos, en líneas generales, en nuestro país se intensificaron las situaciones de vulnerabilidad preexistentes. Acorde a lo manifestado por el OSC, las medidas de mitigación social fueron insuficientes y se concentraron en el trabajo formal, dejando por fuera al núcleo duro de pobreza e indigencia. Sumado a esto, el cierre paulatino de algunos programas sociales y la retirada de las instituciones del territorio implicaron una ausencia de las estructuras sociales, económicas y políticas necesarias para el sostén de la vida.

Las medidas llevadas a cabo, con una impronta neoliberal individualizante y homogeneizadora, contribuyeron a la emergencia de una suerte de distopía que no abordó las inequidades sociales con la relevancia necesaria. Podríamos pensar, siguiendo a Butler (2017), que, al no incluir medidas para las poblaciones más vulnerables en las estrategias de mitigación social o al hacerlo en forma insuficiente, subyace el supuesto de que hay vidas que vale la pena cuidar más que otras.

La pandemia como ruptura de la vida cotidiana o como acontecimiento

La pandemia tiene lugar en muchos planos. En este trabajo en particular, el interés estuvo centrado en la inmediatez de su emergencia allí donde distintos colectivos llevan adelante sus prácticas, allí donde su vida tiene lugar. Los colectivos viven en tanto tales y hacen posible la vida de ciertas maneras que los requieren, los presuponen. La irrupción de la pandemia ha implicado una ruptura de modalidades de conexión por donde transitaba la vida de los colectivos con los que trabajamos en este estudio. Esto no representa ninguna abstracción; muchos pasos no se dieron: encuentros antes posibles, casi ciertos, no tuvieron lugar; reuniones frecuentes dejaron de hacerse; visitas previstas no se realizaron; miradas cara a cara no se consumaron; los rostros se velaron o se pixelaron; conversaciones se vieron interrumpidas o no tuvieron lugar; voces antes orgánicas han enmudecido, o se han metalizado en nuestros oídos, y los encuentros pasaron a depender de conexiones y flujos de datos. No hay ninguna metáfora al hablar de ruptura de la vida cotidiana: la vida pasó a ser otra y el día a día cambió radicalmente sus parámetros.

Sin embargo, como este estudio nos ha ido mostrando, esto no debe inducirnos a error. Es cierto que la pandemia surge narrada y descrita como un fenómeno exterior que irrumpe en la vida cotidiana y la transforma, que se regula a través de tránsitos ordenados institucionalmente por parte del Estado y sus ámbitos específicos, así como mediante nodos de concentración de visibilidad y capacidad de ordenamiento simbólico, como los medios de comunicación y las estrategias comunicacionales que los posibilitan. Pero esto es solo parcialmente así, o, mejor dicho, es solo un momento que coexiste con otros muy diferentes en el marco de un proceso complejo.

Por un lado, la cotidianeidad que se ve trastocada ya no era estática, sino que implicaba transformaciones que le eran inherentes y perturbaciones constantes. Lo cotidiano es una delimitación de ese espacio temporal en el que las prácticas nos son inmediatas, plenas, un espacio en movimiento permanente. Por otro lado, y más importante en el contexto de nuestro estudio, la pandemia no es algo que solamente *les pasa* a los colectivos, que solamente padecen, sino que constituye una entidad procesual y múltiple con la cual *entran en relación*. Esto implica la emergencia de diferencias entre las posibilidades, la fragilidad, la robustez y el potencial de cambio entre los colectivos estudiados, tal como puede identificarse en la lectura de los capítulos en los que esto se describe con detalle. A veces los colectivos menos consolidados o con menor visibilidad institucional presentan mayor capacidad instituyente y los más sólidamente inscriptos, mayores limitaciones para pensarse y pensar otros escenarios posibles. A menudo lo instituyente se agencia donde menos se espera.

Pero aun considerando estas distancias, resulta claro que la pandemia no es algo que solamente acontezca a los colectivos, sino que son los colectivos los que, entrando en relación, produciéndose en su capacidad de acción, también hacen a la pandemia tal como la van experimentando, transformándola, transformándose, desprendiendo de ella el acontecimiento. Desde esta mirada, la pandemia deja de ser un hecho pleno, absoluto, que perturba la vida y las prácticas colectivas tal como las conocíamos. Por el contrario, entrar en relación con ella implica actuar en el modo en que ese objeto procesual y complejo que llamamos pandemia tendrá lugar. Están en juego concepciones de libertad, de derechos, de salud, de educación, de envejecimiento; en el marco de esas controversias, los colectivos despliegan acciones. La pandemia deja de ser para los colectivos un absoluto, ya no proviene de un plano trascendente ni lo instala. Cada colectivo sitúa la pandemia en un plano de inmanencia que tiene que ver con ingresar e ingresarla en una disputa de sentidos.

Entonces, la pandemia se conecta con problemas, porque los colectivos son capaces de actuar y problematizar la cuestión de la salud, de los derechos, de lo socioeducativo, del envejecimiento y de la libertad. Ante todo, tienen la capacidad, no siempre ejercida, de problematizarse a sí mismos y problematizar su posicionamiento estratégico en el marco de una pandemia. Como expresara Lazzarato (2006, p. 36), «el acontecimiento da a ver lo que una época tiene de intolerable», y es en ese sentido que este estudio ha podido al menos documentar cómo esto se expresa en palabras de actores insertos en espacios estratégicos diversos, a la vez, por algún motivo, todos definidos oficialmente como «vulnerables». Pero la capacidad de conformación de espacios colectivos por parte de estos actores tiene, a su vez, grandes diferencias, como se desprende de lo expuesto en los capítulos correspondientes.

Así, las posibilidades de singularización, de subversión de un orden que habilite el acontecimiento, serán también heterogéneas. Volviendo a Lazzarato, el acontecimiento «también hace emerger nuevas posibilidades de vida. Esta nueva distribución de los posibles y de los deseos abre a su vez un proceso de experimentación y de creación» (2006, p. 36), por ejemplo, de nuevas modalidades de encuentro, de otros modos de pensarse como colectivo, de nuevas herramientas de trabajo, de perseguir viejos y nuevos objetivos, de otros modos de existencia. En otras palabras, la pandemia no se limita, desde nuestra perspectiva, a una ruptura de la vida cotidiana, sino que irrumpe e impone su presencia de múltiples formas, pero a la vez habilita, cuando existe la posibilidad, el desafío de «ser digno de lo que nos ocurre, esto es, quererlo y desprender de ahí el acontecimiento, hacerse hijo de sus propios acontecimientos y, con ello, renacer, volverse a dar un nacimiento» (Deleuze, 1989, p. 109).

Paradigmas en el abordaje de la salud y la vida

Uno de los temas que surgen recurrentemente en los diversos colectivos se relaciona con los paradigmas de abordaje de la salud y la vida que se ponen en juego en el marco de la pandemia. Se evidenciaron deslizamientos en las correlaciones de fuerzas que se expresan en los distintos campos entre posiciones de carácter hegemónico dominantes y otras que, alimentadas por los paradigmas críticos, buscan problematizar y desnaturalizar los supuestos que se dan por sentado.

De distintas maneras, los colectivos critican la forma en que la pandemia fue abordada y los discursos que se construyeron en torno a ella (la primacía del discurso científico-profesional, las metáforas de guerra, la responsabilización individual y la moralización de las prácticas), lo que expresó crudamente la puesta en juego de una forma de regulación y gobierno de la vida, de la biopolítica (Foucault, 1996), cuyos efectos son la producción de sufrimiento como consecuencia de una cierta regulación de los modos de existencia, más que la producción de salud. Esto supone, además, centrarse en la dimensión biológica de la vida, con lo que ello implica en términos de reduccionismos e invisibilización de otras esferas, lo que conduce a respuestas paradojales y contradictorias, oxímoros que los colectivos estudiados experimentan con crudeza: para cuidarse hay que estar distanciadas y distanciados.

Particularmente en el campo de la salud, en nuestro país, inscripto en un proceso de reforma sanitaria que había comenzado a implementar la administración de gobierno progresista, se vislumbraban ciertos avances sostenidos en los postulados de los movimientos de salud comunitaria, que incluían fuertes cuestionamientos a los viejos principios hegemónicos de los paradigmas biomédicos. En el contexto de pandemia y fuertemente asociado a las nuevas medidas gubernamentales llevadas a cabo, se revela una suerte de deslizamiento hacia concepciones de la salud y la vida reduccionistas, medicalizadas y fragmentadas, en las que prevalece la dimensión biológica, como en una escisión ilusoria, que desconoce la multidimensionalidad de la vida. La naturaleza sindémica de la pandemia implica tener en cuenta que constituye cuadros complejos, dinámicos e interactivos que requieren respuestas integrales, multiniveles, multisectoriales e integradas.

Particularmente en el primer nivel de atención, acorde a lo expresado por los equipos de salud, se generaron barreras en el acceso debido al cierre de los servicios, lo que acarreó dificultades en el seguimiento de las personas con enfermedades no transmisibles y con problemas de salud mental, entre otras, que no pudieron ser tratadas de forma oportuna, lo que incrementó, al mismo tiempo, el aislamiento y la soledad. Paradojalmente, el primer nivel de atención, desde una perspectiva de atención primaria de salud, juega un papel fundamental en la coordinación de los cuidados en el contexto de las

redes de atención a la salud (entre los diferentes niveles de atención), tanto por su cercanía con la población como por la posibilidad de abordar los determinantes sociales de la salud.

El análisis de los casos expuesto muestra que las diversas situaciones que atravesaron los colectivos y las poblaciones con las que trabajan pusieron de manifiesto la necesidad ineludible de un abordaje integral y multidimensional de la salud y de la vida en un contexto de pandemia. Así lo revelan los equipos socioeducativos y de la salud al reconocer la necesidad de cercanía y contención por parte de la población en las esferas económicas, sociales y afectivas, en un escenario de distanciamiento y retirada de las instituciones.

Ahora bien, podemos preguntarnos qué involucran estos abordajes integrales de acuerdo con lo que, de una forma u otra, los colectivos pusieron de manifiesto de manera explícita o implícita.

Por un lado, ante las desigualdades sociales que quedaron en evidencia a partir de las posibilidades o no de cumplir con las medidas de distanciamiento sugeridas por actores gubernamentales y científicos y de los impactos diferenciales en la vida de los distintos sectores de la población, toman relevancia las determinantes sociales de la salud (o determinaciones, desde la epidemiología crítica) (Breilh, 2013). Desde una perspectiva feminista, la noción de interseccionalidad (Crenshaw, 2018) contribuye a la necesidad de atender la articulación entre las distintas formas de desigualdad y dominación (de género, etnia, clase, nacionalidad, etcétera) que se actualizan en vidas concretas.

En este sentido, un abordaje integral y multidimensional supone concebir la complejidad y la singularidad de los sujetos, considerados individual y colectivamente, desde una perspectiva de derechos. También implica considerar una subjetividad producida allí donde se construye el sentido de la vida, incluida la construcción de la propia delimitación de la dimensión biológica. Estas disputas por el sentido involucran no solamente relaciones entre personas, sino también relaciones promiscuas, híbridas (Haraway, 1995), con la naturaleza y con la tecnología. Es que la pandemia vino a cuestionar, tal como lo expuso alguno de los colectivos, los modos hegemónicos de reproducción de la vida, que conducen más a su destrucción que a su preservación.

Por otro lado, un abordaje integral y multidimensional supone realizar un movimiento de descentramiento del saber científico y profesional para considerarlo como uno más entre otros. De distintas formas, a veces más en los discursos que en las prácticas, se puso de manifiesto la importancia de la participación y la organización comunitarias, adoptando distintos sentidos. Por un lado, nuestro estudio confirma lo que otras experiencias (Wang *et al.*, 2020) han mostrado en relación con los efectos positivos de la existencia de actores sociales organizados, por lo que eso supone en términos de la puesta en juego de recursos y capacidades de enfrentamiento de las situaciones

críticas, incluida, como expresan las trabajadoras de la salud, la potencia para contrarrestar los impactos negativos de la pandemia. Sin embargo, ello no debería confundirse con una delegación de responsabilidades o con asumir aquello que la política pública deja por fuera. Las múltiples expresiones, que hasta hoy perduran, vinculadas a la atención de las necesidades alimenticias son un ejemplo de ello.

Lo relevante, desde nuestro punto de vista, en relación con este aspecto es la importancia de poner a jugar estrategias participativas o de articulación con las organizaciones comunitarias reconociendo su derecho a incidir en la toma de decisiones. Desde esta perspectiva, no se trataría tanto de promover o fortalecer la participación de las organizaciones sociales, sino de articular con ellas en relaciones de mutuo reconocimiento de saberes y capacidades de acción (Montenegro, 2002). Esto supone partir de las asimetrías de poder, para problematizarlas y alterarlas. La rigidización de posiciones hegemónicas en la situación de emergencia se constituyó en un obstáculo para este tipo de abordaje en algunos casos, mientras que en otros casos se esbozaron estrategias para una construcción conjunta y colectiva de respuestas ante la situación de emergencia entre trabajadoras, trabajadores y comunidades.

Otro elemento en torno al cual se reflexionó críticamente por parte de los colectivos involucrados en este estudio, que podemos incorporar como una dimensión relevante para un abordaje integral de la pandemia, es el componente de lo situacional, de lo singular o de lo local (territorialmente hablando). En contraposición a lo homogeneizante de las medidas adoptadas, quedó muy clara la relevancia de que la pandemia sea considerada *en situación*, de acuerdo con las realidades particulares y entre quienes habitan y construyen esas realidades. La forma en la que los distintos colectivos recibieron los mandatos vinculados a un conjunto de medidas a adoptar en la cotidianeidad de sus prácticas (los protocolos) puso en evidencia la necesidad de adecuación, resignificación, construcción colectiva de esas medidas en cada situación en particular, no solo por lo que ello pudiera suponer en términos de eficacia, sino sobre todo por lo que implica en cuanto a concebir el papel activo de las personas involucradas rompiendo con formas de sujeción que redundan en sufrimiento.

Ahora bien, uno de los aspectos destacables de esta pandemia fue el señalamiento de algunas personas como «población en situación de riesgo» o especialmente vulnerables ante el virus, siempre desde la mirada del cuerpo biológico. Las personas mayores en nuestro estudio refieren a una «vulnerabilidad excesiva», lo que, junto con las afectaciones que la pandemia genera en las trabajadoras que tienen por misión el cuidado de otras personas (a lo que nos referimos más adelante), nos lleva a los planteos de Butler (2017) de una vulnerabilidad compartida entre quienes componemos el mundo,

aunque distribuida en forma desigual, pero cuyo reconocimiento nos conduce a la noción de una interdependencia ontológica. Desde este enfoque, un abordaje integral habrá de romper con perspectivas homogeneizantes y al mismo tiempo, al momento de realizar operaciones diferenciadoras, con los efectos de fragilización, pasivización, despotenciación e intensificación de la subalternidad de algunas personas a los que el exceso de vulnerabilidad puede conducir.

Las nociones de interdependencia y de vulnerabilidad compartida nos conducen a una perspectiva del cuidado que involucra pero trasciende las acciones específicas, para colocarlas en un plano filosófico y ético (Álamo, 2011) que supone colocar la vida en el centro, todas las vidas, en que lo que se pone en juego es una responsabilización y un compromiso afectivo con las otras personas, con la naturaleza y con el mundo en el que vivimos.

A partir de las reflexiones compartidas con los colectivos, hemos querido expresar en este apartado algunos tópicos que emergieron como relevantes a la hora de pensar críticamente las perspectivas dominantes en el abordaje de la pandemia. Lejos de un deber ser o del planteo de un escenario utópico en el que estos componentes de la integralidad (determinaciones sociales de la salud, enfoque situacional, articulación entre actores diversos, reconocimiento de la vulnerabilidad compartida y de la interdependencia, cuidado de la vida) pudieran desplegarse, hemos querido expresar que la forma en que los colectivos experimentaron la pandemia puso de manifiesto tensiones, contradicciones, conflictos, debates, disputas de sentidos, acciones y estrategias en que dichos elementos estuvieron presentes. Desde esta perspectiva, una dimensión psicosocial de la pandemia no sería una dimensión entre otras que vendría a complementar o a completar el cuadro de la integralidad y la multidimensionalidad. La integralidad se va construyendo de manera procesual y dinámica, lo que implica incompletud, complejidad y contradicciones, las que se ven reflejadas en la riqueza y la variación de las prácticas cotidianas compartidas por los colectivos participantes.

Las producciones subjetivas vinculadas a la experiencia de la pandemia

Podemos destacar, dentro de la experimentación del acontecer pandémico, algunos elementos que los distintos colectivos expresaron y que componen producciones subjetivas, es decir, formas de pensar, pensarse, vivenciarse a sí mismos y en relación con otros.

Uno de los aspectos jerarquizados, probablemente uno de los más generalizados en esta pandemia, es el relativo a la *proxemia*, es decir, la alteración en la organización de los espacios (y de los tiempos), de las proximidades y las distancias, y su impacto en el plano de las comunicaciones, de los encuentros o no encuentros, de las relaciones interpersonales. La incorpo-

ración o la consolidación de la presencia de las TIC en este marco fue uno de los elementos más extendidos, aunque puso en evidencia una vez más las desigualdades, en este caso, en términos de brecha digital, tal como algunos colectivos lo expresaron.

El estudio muestra con claridad las distintas estrategias que se implementaron para sostener los encuentros y el trabajo colectivo, que en algunos casos posibilitaron la construcción de proximidades inexistentes previamente a la pandemia e incluso intensificaron y fortalecieron la construcción de autonomías y formas de resistencia. Eso convivió con situaciones en las que la no presencialidad supuso aislamiento y desconexión, con los impactos negativos que ello supone. Fue constante la problematización acerca de los efectos de la pérdida de los encuentros presenciales y cuánto estos pueden ser sustituidos por otras formas de interacción y comunicación. Sin lugar a dudas, esto depende del tipo de organización y de la tarea que la define, ya que en algunos casos, como los escenarios carcelarios, por ejemplo, se hace inviable la no presencialidad en la cotidianidad. Así, en el supuesto de que las TIC resuelven todo, se puso de manifiesto que en algunos planos resultan totalmente insuficientes, como en los abordajes en salud o en lo socioeducativo y en los de la socialización y las redes de apoyo primarias.

Desde esta perspectiva, planteos polarizados y dicotómicos en torno a la afirmación de las virtudes de las tecnologías o su demonización no parecen oportunos. De lo que se trata, en todo caso, es de cómo las tecnologías forman parte de nuestras vidas y de los modos en que estas contribuyen a sostenerlas en interacción permanente con otras formas de comunicación y encuentro en las que la proximidad de los cuerpos y la experimentación de la potencia del encuentro entre ellos cuestionan una vez más los reduccionismos biológicos para poner de manifiesto su dimensión afectiva y política (Butler, 2017).

Otra dimensión a resaltar a partir del trabajo con los colectivos es cómo esta pandemia puso en juego la experiencia de la contradicción, que interpela las maneras binarias y dicotómicas que hemos construido como forma —ilusoria, ingenua, artificial— de ordenamiento del mundo. Así, el sufrimiento, los miedos, la victimización, la sensación de una pandemia que se padece, que restringe y disminuye la potencia vital, convivieron, en algunos de los casos, con la capacidad de agencia y resistencia, con la potencia colectiva y las capacidades de construir y construirse en lo novedoso del acontecimiento de la pandemia. En algún punto y con mayor intensidad en algunos momentos, actuaron el miedo al contagio, la amenaza colocada en el encuentro con las otras personas y la paralización. Pero junto con ello transitaron por posiciones activas, propositivas y creativas sobre la base del despliegue de una reflexión crítica sobre la experiencia de la pandemia y su abordaje, sobre las producciones discursivas que reafirmaban viejos este-

reotipos (sobre la vejez, sobre la pobreza y sobre las personas privadas de libertad) y disputando sentidos acerca de prácticas cotidianas que se vieron trastocadas y obligadas a resignificarse.

Como veremos, el propio proceso de investigación-acción se constituyó en un escenario para el despliegue de estos movimientos. La experiencia de la contradicción, de la posibilidad de sentir, de pensar y de actuar de un modo y de su modo contrario al mismo tiempo, nos permite salir del confort de las certezas para involucrarnos en la apertura a otros modos posibles.

Salvo uno de los casos estudiados, la mayoría consiste en colectivos de trabajadoras y trabajadores (de la salud, del campo socioeducativo y operadoras penitenciarias), esto es, los llamados «trabajadores de primera línea», término que, como expresa Martucelli (2021), proviene del ámbito militar. Para no reproducir la metáfora de la guerra que antes criticamos y posicionarnos en el paradigma de la sostenibilidad de la vida, preferimos referirnos a estos colectivos como agentes de cuidados. Uno de los aspectos que se pusieron de manifiesto en el estudio fue su posicionamiento ético, la sensibilidad, la capacidad de afectarse y el compromiso en relación con su tarea y con las personas involucradas en ella. En algunos casos se actualizan y se intensifican roles históricamente construidos, con lo que ello implica en términos de potencial y dinamización de la acción en circunstancias pandémicas, pero también de las producciones subjetivas vinculadas a un rol que involucra el cuidado de otras personas en un contexto de adversidades que la pandemia complejiza y profundiza. En este sentido, también se pusieron en juego en algunos colectivos, y sobre todo en los inicios, expresiones de omnipotencia, fantasías de inmunidad y posiciones heroicas, con los riesgos que ellas contienen en términos de comportamientos paternalistas, que vienen a reforzar el lugar subalterno del otro. El reconocimiento de una vulnerabilidad compartida, tal como expresamos antes, se constituye en un aspecto clave, dirigido a reconocerse *en* la pandemia desde un lugar de involucramiento y afectación, que habilita la necesidad del autocuidado y del cuidado mutuo, en un marco en el que el cuidado del otro no debiera ser considerado excluyente del autocuidado o a la inversa. Los conflictos internos y las contradicciones en este sentido, así como las incomodidades que en algunos momentos someten a trabajadores y trabajadoras a transitar problemas éticos, les colocan en un lugar de exposición y de no neutralidad, sino más bien de implicación (Lourau, 1970). Esto pone en cuestión, sobre todo para las trabajadoras de la salud, modelos de ejercicio profesional arraigados, caracterizados por la neutralidad y la «distancia óptima» respecto de las otras personas. Se trata, pues, de cómo la pandemia supuso habitar el ser profesional de la salud, de lo socioeducativo, de lo penitenciario desde un lugar de incomodidad que, al mismo tiempo, abrió formas novedosas.

Finalmente, otro aspecto relevante en términos de producción de subjetividad, y también ampliamente debatido en el marco de la pandemia, es la llamada *infodemia* (Zarocostas, 2020), es decir, la proliferación de información de diversa calidad que, si bien podría aportar a la comprensión del fenómeno, fue tan vasta, contradictoria y confusa que frecuentemente abrumó, confundió y por momentos paralizó a las personas y los colectivos en su vida cotidiana. Al mismo tiempo, como hemos visto, los discursos que se pusieron en juego contribuyeron a la creación y la reafirmación de significados y sentidos que configuran, al decir de Schutz (1962), citado por Castro (2011), «mundos de la vida». En este aspecto, podríamos decir que los colectivos, de diferente forma y en distintos sentidos, buscaron operar con la infodemia, unas veces padeciéndola, otras veces cuestionando y desnaturalizando la información que circulaba como verdad y, otras, intentando producir activamente información para orientar sus acciones estratégicamente o para disputar sentidos. La propia existencia de espacios de intercambio sostenidos implicaba para algunos colectivos un movimiento que los apartaba de la posición pasiva que la infodemia generaba, a la vez que posibilitaba clarificar, discriminar y analizar la información que resultaba, a veces, desbordante.

Lo organizacional como una dimensión central de la experiencia de la pandemia

La pandemia es experimentada según las singularidades de las diversas organizaciones y colectivos, en lo que incide particularmente la autonomía relativa en cuanto a su lugar y su vínculo con el Estado. En este sentido, para los colectivos con los que trabajamos la dimensión organizacional es central en la experiencia de la pandemia.

En este marco, se intensifican una serie de cuestionamientos, contradicciones y tensiones que se vinculan al *métier*, a las concepciones y los posicionamientos considerados medulares en cada organización. Es así que en la red de organizaciones de personas mayores el binomio vejez-enfermedad y el discurso biomédico sobre el envejecimiento entran en relación con la cuestión de la participación en temas sustantivos y la capacidad de generación y gestión de su propia agenda. Esto se tensiona en la pandemia, como hemos visto, con lo que se producen situaciones paradojales, como una baja en la participación de las organizaciones de base a la vez que la red intensifica su actividad en materia de políticas y logra niveles de autonomía y autodeterminación organizacional inéditos.

En el ámbito carcelario la pandemia adquiere una complejidad singular, acentuada por el encierro y la propia lógica institucional vertical, teniendo en cuenta que frecuentemente las medidas adoptadas para su abordaje se yuxtapusieron a las lógicas habituales de castigo y represión imperantes. En un movimiento que podríamos considerar inusitado desde el punto de vista

de la dignificación de la vida, el supuesto cuidado y protección en relación con la pandemia se efectuó a través de la intensificación del aislamiento como castigo. Así, se profundiza la visibilidad de las contradicciones y las disputas preexistentes entre enfoques centrados en una relegitimación de la represión, por un lado, y aquellos inscritos en modelos que apuntan a la rehabilitación.

En el ámbito socioeducativo del IPRU se actualizan las discusiones vinculadas al enfoque de trabajo con la población, sobre todo en momentos de exigencia de desarrollar acciones vinculadas a la asistencia de necesidades básicas casi exclusivamente, lo que tensionaba en relación con un enfoque de promoción del desarrollo de personas y colectivos que han estado implementando.

Mientras que desde las políticas públicas se legitiman modelos regresivos, los colectivos participantes respondieron activamente, poniendo en juego capacidades heterogéneas, a través de la reflexión crítica, el debate y el diálogo, que se dieron en el propio proceso de investigación, aunque no exclusivamente, lo que generó espacios para el cuestionamiento que contribuyeron a la tramitación de esas tensiones constitutivas.

Las capacidades de resistencia se expresaron de diferente manera en cada uno de ellos. En algunos, tomó forma de reflexión y análisis crítico de las situaciones que iban transitando. En otros, implicó acciones que, si bien contravenían las orientaciones, estuvieron destinadas a cuidar el vínculo con las poblaciones, al reconocer la vulnerabilidad compartida en tanto fuerza movilizadora como potencia de acción.

Precisamente, cobran relevancia las capacidades de las organizaciones para reconfigurarse en la situación de emergencia, profundamente condicionadas por sus características, trayectorias, cultura institucional y margen de autonomía respecto del Estado. Es fundamental considerar aquí las finalidades o el para qué de dicha reconfiguración cuando esta fue intencionada. En algunos casos, se implementaron estrategias que buscaron hacer sinergia entre sus distintos componentes, como en la experiencia del IPRU, lo que generó, entre otras, acciones de transversalización y comunicación horizontal entre sectores de la organización que previo a la pandemia se conectaban escasamente. Sin embargo, en otros casos, como vimos, dicha reconfiguración contribuyó a profundizar las lógicas institucionales jerárquicas dominantes, como por ejemplo en el ámbito de la salud y en el penitenciario.

La dimensión metodológica del estudio y sus impactos vinculados al abordaje psicosocial de la pandemia

En el marco de este trabajo desde una metodología de investigación-acción con componentes participativos, se propiciaron espacios de construcción y elaboración conjunta con los colectivos que actuaron en la intrincada trama

de la experiencia de la pandemia y los procesos psicosociales que la componen, contribuyendo a su configuración.

Por un lado, no podemos soslayar que nuestro equipo transitó por los impactos en nuestras propias condiciones de trabajo y por las transformaciones que operaron en nuestras formas de llevar adelante la cotidianidad, la actividad académica, las modalidades de enseñar, de investigar y de hacer extensión y asistencia. En este sentido, no fuimos ajenas a la sensación de desborde por la que transitaba la vida de muchas personas, lo que nos obligó a reconfigurar nuestras propias prácticas. Es en este escenario en el que desarrollamos el presente trabajo.

Por su parte, en el estudio que llevamos a cabo, al tiempo que las distintas situaciones emergentes nos desafiaban y demandaban flexibilidad, el equipo se modificaba y generaba nuevas estrategias de trabajo y dispositivos de intercambio. De este modo, como investigadores e investigadoras también nos fuimos transformando en el propio proceso y sumergiéndonos en la trama que puebla la vida de las organizaciones, en un diálogo que cabalgó entre lo transversal y lo singular.

A su vez, entre nosotros y sobre todo en la etapa de análisis, generamos momentos de intercambio fecundo, exhaustivo, en los que discutimos fervientemente intentando comprender y aprehender junto con los colectivos la trama de los procesos psicosociales que se escurrían y por momentos se hacían visibles, en un marco de producción colectiva en que el conflicto y los momentos de paralización e inacción no estuvieron ausentes.

Transitamos por un proceso que nos invitaba a rupturas, que ponía en cuestión nuestras propias prácticas y que nos obligó a resignificar los modos de actuar conocidos. Estas rupturas no solo implicaron permear las fronteras entre los casos y sus distintos escenarios, sino también las disciplinares. Hurgamos en algunos posicionamientos e indicios de trabajo transdisciplinar que, a la vez que nos transformaban, alimentaban la necesidad de estos abordajes en el campo de los procesos psicosociales. Estos se configuran como un campo en construcción, en que la correlación de fuerzas y las disputas de sentidos habilitan, por lo tanto, la acción de distintos actores con capacidad de agencia.

Referencias bibliográficas

Álamo, M. (2011). La idea de cuidado en Leonardo Boff, en *Revista Tales*, 4, 243-253.

Bispo Júnior, J. y Santos, D. (2021). COVID-19 como sindemia: modelo teórico e fundamentos para a abordagem abrangente em saúde, en *Cadernos de Saúde Pública*, 37, e00119021.

Breilh, J. (2013). La determinación social de la salud como herramienta de transformación hacia una nueva salud pública (salud colectiva), en *Revista Facultad Nacional de Salud Pública*, 31, S13-S27.

Butler, J. (2017). Vulnerabilidad corporal, coalición y la política de la calle, en *Nómadas*, 46, 13-30.

Castro R. Teoría social y salud. Buenos Aires: Lugar Editorial/UNAM, 2011.

Crenshaw, K. (2018 [1989]). Demarginalizing the intersection of race and sex: A Black feminist critique of antidiscrimination doctrine, feminist theory, and antiracist politics, en Cheemer, F. L. y Burris, B. E. (eds.), *Feminist legal theory*, Routledge, 57-80.

Deleuze, G. (1989). *Lógica del sentido*. Paidós.

Foucault, M. (1996) *La vida de los hombres infames*. Altamira.

Haraway, D. (1995). *Ciencia, cyborgs y mujeres. La reinvención de la naturaleza*. Cátedra.

Lazzarato, M. (2006). *Por una política menor. Acontecimiento y política en las sociedades de control*. Traficantes de Sueños.

Lourau, R. (1970). *El análisis institucional*. Amorrortu Editores.

Martucelli, D. (2021). La gestión anti-sociológica y tecno-experta de la pandemia del Covid-19, en *Papeles del Centro de Estudios sobre la Identidad Colectiva*, 1-16.

Montenegro, M. (2002). *Otredad, legitimación y definición de problemas en la intervención social: un análisis crítico*, en Primer Seminario de Ciencias Humanas Sociales del Instituto Catalán de Cooperación Iberoamericana (ICCI).

Wang, C., Pan, R., Wan, X., Tan, Y., Xu, L., McIntyre, R., Choo, F., Tran, B., Ho, R., Sharma, V., Ho, C. (2020). A longitudinal study on the mental health of general population during the COVID-19 epidemic in China, en *Brain, Behavior, and Immunity*, 87, 40-48. DOI: 10.1016/j.bbi.2020.04.028.

Zarocostas, J. (2020). How to fight an infodemic, en *The Lancet*, 395, 10.225, 676.