







de los contagios orientada a la reducción de casos y óbitos, primó una combinación desastrosa entre un presidente genocida y la conducción del Estado por agentes del capital económico. Por todo el país, en estados (el equivalente a las provincias en Argentina) y municipios, se multiplicaron comités de gestión de la pandemia, compuestos por políticos locales con sus asesores y representantes de los intereses corporativos de la industria y el comercio. La gestión de estas comisiones se dio en un contexto de expansión de teorías conspirativas y negacionismo científico y judicialización de las medidas de prevención (Biehl, 2021), lo que implicó la convocatoria en menor número de expertos de las ciencias biológicas y de la salud, cuya palabra fue desvalorizada y su influencia, disminuida. Entonces, en Brasil la idea de riesgo fue construida, operada y distribuida por aquellos que estaban en condiciones de protegerse y no por quienes estuvieron efectivamente expuestos en sus rutinas.

La gestión de la pandemia en ese país resultó, con diferencias regionales y locales, en una guerra tecnocrática entre virus y mercado. Es así que, en tiempos de ataques sin precedentes a los derechos humanos, el gobierno y los representantes de la industria y el comercio tienen más de medio millón de muertes en su haber.

Aunque Argentina es también un país federal, la contención de la pandemia se gestionó centralizadamente con el liderazgo del estado nacional. A la llegada de los primeros casos importados (viajeros desde Europa), la primera política adoptada fue el aislamiento en sus domicilios. Sin embargo, una mezcla de negligencia personal y demora en la manifestación de síntomas en los casos índice implicó una transición sostenida hacia la circulación comunitaria del virus. Entre marzo y abril, mientras los contagios se dispersaron en el Área Metropolitana de Buenos Aires y Resistencia (capital de la provincia del Chaco), y en virtud de su propagación en barrios populares, se implementó un plan de testeo, rastreo de contactos estrechos y aislamiento masivo, especialmente intenso en barrios pobres y asentamientos. A medida que la demanda de diagnósticos aumentaba, la gestión masiva de los aislamientos se complicó burocráticamente, muchas veces incrementando la incertidumbre y otras tantas, vulnerando derechos.

Paradójicamente, las políticas de prevención se sintetizaron con el eslogan *#Quedate en casa*, mientras que los territorios urbanos donde tuvieron que intensificarse los testeos fueron justamente sectores con viviendas y servicios públicos deficitarios, donde el hacinamiento y



condiciones estructurales precarias de acceso al agua potable limitaban la prevención, por lo que se crearon dispositivos colectivos de aislamiento fuera de esos barrios.

A favor de la intervención del gobierno nacional de Alberto Fernández en la gestión de la emergencia sanitaria, se destaca el apoyo financiero a intervenciones no farmacéuticas que incluyen desde el desarrollo local de mascarillas con tela nanotecnológica, kits diagnósticos, tratamientos con plasma inmune de convaleciente y con suero equino hasta una vacuna original. También se implementaron medidas de asistencia social como incrementos en la entrega de alimentos a comedores comunitarios, apoyo económico para compensar salarios perdidos por las restricciones de circulación (turismo, gastronomía) o el distanciamiento (peluquería, servicios personales) y apoyo a familias sin empleo o con asistencia social previa. Sin embargo, estas acciones resultaron muy limitadas para compensar el hecho que el *lockdown* no interpretó: la contigüidad urbana inscribe territorialmente la estructura de clases sociales, que explica la explotación, pero también las redes que permiten la reproducción social. Fueron curiosamente estas ciudades como Buenos Aires, con un abastecimiento alimentario dependiente y millares de trabajadores informales autónomos de ingreso diario, las que mantuvieron restricciones a la circulación por más tiempo.

Con o sin trabajo, la línea de montaje del cuidado de personas en cada espacio doméstico sufrió una sobrecarga exponencial. Desde profesionales en barrios acomodados hasta amas de casa en barrios populares, especialmente las mujeres vimos intensificada la doble jornada laboral con el trabajo en domicilio.

Con todo esto, ni en Brasil ni en Argentina, aun cuando esta mirada de problemas se expresaba en el cotidiano, se consultó a investigadores de las ciencias humanas y sociales, líderes comunitarios o representantes de la clase trabajadora en cuanto a las políticas de prevención a ser adoptadas. Por ejemplo, el regreso a las clases presenciales, pero también la educación a distancia, evidenciaban que la pandemia y las medidas requeridas para superar los contagios eran un hecho social, que excede lo biológico o lo sanitario e incide sobre las relaciones de trabajo, la desigualdad y la exclusión.

En lo que respecta a los temas, los artículos del dossier no abonan la perspectiva hegemónica de analizar la pandemia en función del recuento diario de infectados y muertos, sino que se enfocan en la experiencia de

la enfermedad y del confinamiento en determinados territorios: algunos barrios y asentamientos populares del Área Metropolitana de Buenos Aires (en los casos de Gavazzo, Rajoy y López y de Aljanati y García); las redes sociales de madres de hijos/as con Síndrome Congénito del virus Zika de Recife (García); los espacios públicos de Porto Alegre como lugares de residencia de personas en situación de calle (Schuch, Furtado y Sarmento) y el vínculo entre instituciones de educación inicial y unidades domésticas, explorado en el Gran La Plata (Aliano, Puig, Rausky y Vallejos).

Moviéndose entre lo específico y lo general, el abordaje etnográfico compartido por los artículos que componen este dossier realiza una doble contribución: por una parte, desmantela la caracterización inicial de la pandemia como democrática y, por otra, cuestiona la eficacia de las medidas de vocación universalista implementadas para su enfrentamiento desde *think-tanks* tan lejanos como ajenos a los escenarios estudiados. Ambas cuestiones convergen en el desconocimiento/ocultamiento de que desigualdades sociales hacen que personas y grupos, situados en espacios determinados, sufran la enfermedad - y los efectos de las medidas ensayadas para evitarla - de maneras particulares y, muy probablemente, de formas especialmente injustas. En este sentido, García muestra que las medidas generales implementadas en Brasil frente a la pandemia de COVID-19 desconsideran las singularidades y necesidades de sujetos y grupos con discapacidad, cuyas formas de la vida y formas de vida (Pitrou, 2017) articulan lo social y lo biológico de maneras específicas. Datos de campo sobre el impacto de las políticas de control de la COVID-19 en niños con Síndrome Congénito del virus Zika y sus madres, en Recife, una capital del nordeste, visibilizan cómo la consigna *#Quedate en casa* no contempla a quienes dependen de la circulación por la ciudad para acceder a consultas y terapias regulares en clínicas y hospitales para mantener activa la red de cuidados y las rutinas de rehabilitación imprescindibles para la vida. El Zika es mucho más que un problema de mosquitos o de las mujeres; investigaciones previas muestran el peso de la desigualdad social en esta enfermedad. Su confluencia con las restricciones de circulación para prevenir la COVID-19 sumó a ese padecimiento intervenciones fallidas o excluyentes. Frente a esa situación, la itinerancia de los/as niños/as y sus madres por la ciudad se traslada al espacio virtual, donde el tránsito por *WhatsApp*, *Facebook* o *YouTube* les permite visibilizar demandas y denuncias al poder público, e intercambiar experiencias y aprendizajes en búsqueda de soluciones.

A su vez, Schuch, Furtado y Sarmento destacan la inadecuación de la



fórmula general #*Quedate en casa* en relación a las personas en situación de calle de Porto Alegre, capital de un estado del sur de Brasil. Los autores afirman que políticas generalistas de gestión de la pandemia, junto a negligencias/violencias estatales y condiciones de vida precarias, operan en términos necropolíticos (Mbembe, 2006) sobre esa población. El artículo analiza una red de protección que, en dirección opuesta a esa tendencia de producción de muerte, se movilizó, a partir de la emergencia COVID-19, en defensa de la legitimidad de las vidas de esa comunidad marginada. Los autores indican que esas formas emergentes de actuación están atravesadas por una ambigüedad constitutiva, que se evidencia en la convivencia de urgencias y permanencias; en la combinación de acciones de caridad ante el sufrimiento y el hambre con activismos políticos demandando derechos y denunciando las condiciones estructurales de vida padecidas por esas personas.

Frente a la necesidad de visibilizar las vivencias socialmente diferenciadas de la pandemia, algunos abordajes teóricos resultan especialmente productivos. La actualización del concepto de sindemia (Singer y Rylko-Bauer, 2020), que alude al efecto sinérgico producido por la interacción entre la pandemia, otras enfermedades y problemas sociales que escapan al dominio de la biomedicina, permite aproximaciones más afinadas al impacto de la COVID-19 en sujetos, grupos y territorios marcados por la inequidad. En esa dirección, Gavazzo, Rajoy y López abordan la experiencia de ser mujeres, migrantes y pobres en un asentamiento de alta vulnerabilidad ambiental en el partido bonaerense de San Martín. En articulación con el concepto de violencia estructural enfocando en el racismo, la categoría de sindemia propicia otras posibilidades de comprensión de la emergencia sanitaria en este dossier. Es el caso de la llegada del virus SARS-CoV-2 en el marco del drama social (Turner, 1974) atravesado por una comunidad ava-guaraní originaria de la provincia de Salta en lucha por la re-territorialización en La Plata, provincia de Buenos Aires. El artículo de Aljanati y García muestra cómo la pandemia de COVID-19 actualiza el proceso secular de discriminación y violencia estructural sufrido por esa población, para la cual el derecho a la tierra constituye la clave de su continuidad cultural e identitaria.

Mientras el trabajo de cuidado ha sido históricamente soslayado, la pandemia contribuyó a su visibilización, tanto en la esfera de la asistencia a la enfermedad como en aquella más amplia, orientada a la reproducción social. En lo que refiere a la primera, la centralidad de la COVID-19 colocó a los/as profesionales de salud situados/as en la “línea de frente”

en el “combate” a la enfermedad en el lugar de “héroes”, sin que ello necesariamente desencadenara mejoras en sus condiciones de seguridad en el trabajo o en sus vínculos laborales, afectados por precariedades contractuales diversas. A la vez, la reorganización de los sistemas de salud en función de la emergencia conllevó la suspensión de otras prestaciones, con efectos sobre la continuidad y calidad de acciones preventivas y tratamientos de otras dolencias, entre ellas las crónicas. En ese respecto, el trabajo de García muestra los efectos de descuido hacia los/as niños/as afectados/as por el Zika, producto de la orientación exclusiva del sistema de salud hacia la pandemia. En relación al cuidado orientado a la reproducción social, la emergencia sanitaria afectó sobremanera a las mujeres de sectores populares. El artículo de Gavazzo, Rajoy y López evidencia el tamaño del desafío enfrentado por mujeres migrantes de un asentamiento bonaerense ante demandas estructurales y medidas de enfrentamiento de la pandemia. No solamente debieron responder a las crecientes necesidades de cuidado en el ámbito doméstico, sino que, movilizándolo redes de paisanos, promovieron cuidados comunitarios organizando comedores y cuadrillas de limpieza, acompañando situaciones de violencia de género y xenofobia, y reivindicando derechos ante organismos oficiales. En este sentido, los cuidados comunitarios se presentaron como una práctica política relevante en pos de la salud integral, la vida y el ambiente digno, visibilizando poder de agencia y protagonismo femenino. Desde una óptica centrada en el cuidado infantil, Aliano, Puig, Rausky y Vallejos abordan la relación entre instituciones educativas para la primera infancia y unidades domésticas con niños/as entre 3 y 6 años de sectores medios y populares en el Gran La Plata. A través de relatos de madres y directoras de establecimientos públicos y privados, los/as autores/as describen las estrategias desplegadas por las instituciones para vincularse con los hogares y garantizar la continuidad pedagógica tras la suspensión de la modalidad educativa presencial. El ideal de continuidad asumió formas diversas en la práctica, configurándose como un proceso complejo y dinámico. Las diferencias de recursos económicos, técnicos y simbólicos entre los hogares, así como entre establecimientos públicos y privados, diseñaron nuevas formas de desigualdad educativa. Como estos trabajos evidencian, la pandemia visibilizó la condición indispensable, la distribución injusta y el carácter político del cuidado. A pesar de ello, su reconocimiento, en términos materiales y de política pública, resulta incipiente y limitado. De hecho, el tema constituye una de las grandes deudas a saldar, si es que la pandemia representa una oportunidad para repensar las dinámicas y prioridades



sociales necesarias para sustentar una sociedad más justa y saludable.

Además de los artículos del dossier, decidimos incluir la reseña que María Pozzio realizó sobre una instigante reflexión de Susan Erikson acerca del futuro de la salud global en tiempos de epidemias y financiarización, a partir de sus estudios etnográficos sobre el ébola en Sierra Leona (África). Allí se documenta, como parte de políticas de contención de ese brote, la manera en que el Grupo Banco Mundial condicionó la entrega de fondos de asistencia sanitaria a la evolución de determinados indicadores de morbimortalidad. La necesidad de alcanzar los parámetros establecidos para la activación de los bonos de ayuda humanitaria (que representan, en otras latitudes, oportunidades de negocios para actores financieros) torna la producción de información epidemiológica literalmente vital para los países del Sur global afectados por epidemias. La instrumentación de ese tipo de dispositivos de salud global resulta icónica de proyectos internacionales de salud no orientados a la prevención de enfermedades ni al cuidado de las personas, sino a la movilización de activos financieros en Fondos de Inversión (PEF). Si Erikson alerta sobre los valores (¿humanitarios? ¿sanitarios? ¿financieros?) que movilizaron al campo de la salud global en el pasado reciente, Pozzio señala su pertinencia en relación a la actual pandemia de COVID-19 y escenarios futuros.

Con la premisa subyacente de que, si se busca mejorar las condiciones de salud de cualquier persona o grupo, la enfermedad no puede ser considerada un evento aislado, sino parte del complejo salud-enfermedad-atención, los artículos que componen este dossier muestran que la pandemia de COVID-19 no se limita a un virus y que el hipotético control del patógeno no resolverá las desigualdades agudizadas por las medidas de prevención de los contagios.

Comprender - pero, sobre todo, actuar para transformar - la situación de salud de las poblaciones requiere cuestionar el orden social imperante, trascendiendo los marcos explicativos que apenas consideran los determinantes sociales de la salud y la enfermedad como variables aisladas (Breilh, 2013). La superación de los modelos de determinantes sociales y salud global, oriundos de los centros de poder y los organismos internacionales es re-escrita, en términos de determinación social, por la epidemiología crítica latinoamericana, con “vocación expresa de derrotar la civilización actual para construir la salud, no remozarla ni pretender tornarla saludable” (Breilh, 2013: 23). Sin la transformación del sistema de producción y distribución que propicia el surgimiento de nuevos virus, y

donde salud y padecimientos tienen lugar, no habrá oportunidad de salud. Y, para ello, se requieren colectivos y sujetos capaces de intentarlo. En este sentido, los artículos aquí reunidos nos presentan distintas modalidades de enfrentamiento, formas diversas de organización, espacios de actuación, solidaridades, agencias y protagonismos. Así como la determinación social no puede entenderse sin referir a procesos históricos y latitudes específicas, también los sujetos y grupos cargan con esa historicidad y localización. En el caso de América Latina, atravesada por dominaciones y resistencias recreadas y reformuladas a lo largo del tiempo, no es casual que sean grupos subalternizados los que busquen (una y otra vez) enfrentar las inequidades e injusticias de la (pos)colonialidad, a partir de sus identidades culturales, tradiciones organizativas y capacidades de tejer alianzas. Es por ello que intervenciones más eficaces ante la pandemia requieren descolonizarla (Biehl, 2021; Segata *et al.*, 2021): necesitamos superar su comprensión centrada en el virus y su abordaje tecnocrático uniforme, que oculta exclusiones y selectividades (Segata *et al.*, 2021) para, en cambio, visibilizar comprensiones y experiencias locales de cuidado impulsadas por grupos y organizaciones que seguramente cuentan con menos prensa pero también con mayores oportunidades de alcanzar la eficacia (Biehl, 2021).

Enmarcada en un curso de larga duración, queda claro que la pandemia de COVID-19 es parte de la historia humana y que, por ello mismo, se teñirá de los tonos y formas en que ésta se ha desenvuelto por estas latitudes. Sin embargo, no será apenas un instante en esta historia: se trata de un proceso con el cual deberemos convivir por largo tiempo, acompañando, con mayor o menor éxito, nuevas olas y variantes, expansiones y repliegues. Su persistencia en determinadas localizaciones, su impacto diferencial en determinados grupos, sus repercusiones sociales y económicas, éstos son elementos a cuyo entendimiento podemos aportar desde antropologías y sociologías comprometidas con la transformación social como meta, documentando y visibilizando, a lo largo del camino, maneras de transitar este proceso de la forma más justa posible. Además de medidas de inmunización, detección y tratamiento de la enfermedad adecuadas, complementadas por políticas sociales y económicas sintonizadas con las realidades locales regidas por la equidad y la garantía de derechos, es necesario concebir un sanitarismo de la alegría que haga posible mantener relaciones sexuales, buscar pareja, disfrutar la amistad y la familia, trabajar y acceder a la salud y la vivienda en tiempos pandémicos. En fin, contribuir a que el cuidado de la salud cultive la alegría, la emancipación y la superación de las desigualdades.



## Referencias

- Biehl, J. Descolonizando a saúde planetária. *Horizontes Antropológicos [online]*. (2021). v. 27, n. 59, 337-359. <https://doi.org/10.1590/S0104-71832021000100017>.
- Breilh, J. (2013). La determinación social de la salud como herramienta de transformación hacia una nueva salud pública (salud colectiva). *Revista Facultad Nacional de Salud Pública*, 31 (Suppl. 1), 13-27. [http://www.scielo.org.co/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0120-386X2013000400002&lng=en&tlng=es](http://www.scielo.org.co/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0120-386X2013000400002&lng=en&tlng=es).
- Caduff, C. (2020). What went wrong: Corona and the World after the full stop. *MAQ* 34, 4: 467-487. doi: 10.1111/maq.12599
- Gonzalez, L. (1988). A categoria político-cultural de amefricanidade. *Tempo Brasileiro*, Rio de Janeiro, jan./jun. 92/ 93. 69-82.
- Diniz, D. (2016) Zika e mulheres. *Cadernos de Saúde Pública*. Editora Fiocruz.
- Ecks, S. (2020). A Medical Anthropology of the “Global Psyche”. *MAQ* 34:1:143-147. doi:10.1111/maq.12569.
- Ferguson, N. M., D. Laydon, G. Nedjati-Gilani, N. Imai, K. Ainslie, M. Baguelin, S. Bhatia, A. Boonyasiri, Z. Cucunubá, G. Cuomo-Dannenburg, A. Dighe, I. Dorigatti, H. Fu, K. Gaythorpe, W. Green, A. Hamlet, W. Hinsley, L. C. Okell, S. van Elsland, H. Thompson, R. Verity, E. Volz, H. Wang, Y. Wang, P. G. T. Walker, C. Walters, P. Winskill, C. Whittaker, C. A. Donnelly, S. Riley, and A.C. Ghani. (2020). Report 9: Impact of Non-pharmaceutical Interventions (NPIs) to Reduce COVID-19 Mortality and Health care Demand. *Imperial College website*, <https://www.imperial.ac.uk/mrc-global-infectious-disease-analysis/covid-19/report-9-impact-of-npis-on-covid-19/>.
- Mbembe, A. (2006). Nécropolitique. *Raisons politiques*, 1(21). doi.org/10.3917/rai.021.0029.
- Pitrou, P. (2017). Life form and form of life within na agentive configuration. A birth ritual among the Mixe of Oxaca (Mexico). *Current Anthropolgy*.
- Reis Castro, L., Oliveira Nogueira, C. (2020). Uma Antropologia da Transmissão: mosquitos, mulheres e a epidemia de Zika no Brasil. *Ilha* 22:2:21-63. UFSC dx.doi.org/10.5007/2175-8034.2020v22n2p21.
- Segata J., Schuch P., Sander Damo A., Victora C. (2021). A Covid-19 e suas múltiplas pandemias. *Horizontes Antropológicos* (59) 7-25. [://doi.org/10.1590/S0104-71832021000100001](https://doi.org/10.1590/S0104-71832021000100001).
- Singer, M., & Rytko-Bauer, B. (2020). The Syndemics and Structural Violence of the COVID Pandemic: Anthropological Insights on a Crisis. *De Gruyter, Open Anthropological Research*, 17-32.
- Turner, V. (1974). Dramas sociales y metáforas rituales. En *Dramas Fields, and Metaphors* (23-59) Cornell University Press.
- Ventura, D L., Aith, F, Reis, R. (2021). Estratégia federal de disseminação da Covid-19: um ataque sem precedentes aos direitos humanos. En: \_\_\_\_\_ (ed.). *Bolsonaro genocida*. 21-29 Editora Elefante.