

TUBERCULOSIS, SITUACIÓN DE CALLE Y PANDEMIA EN LA CIUDAD DE BUENOS AIRES

María Jimena, Aranda

DIVISIÓN DE EPIDEMIOLOGÍA, SECRETARÍA DE SALUD DE LA MUNICIPALIDAD DE GENERAL SAN MARTÍN, BUENOS AIRES

Rocío, Nahir Barrios

DIVISIÓN DE PROMOCIÓN Y PROTECCIÓN DE LA SALUD, HOSPITAL GENERAL DE AGUDOS J. A. FERNÁNDEZ

Marina, Longordo Otero

DIVISIÓN DE PROMOCIÓN Y PROTECCIÓN DE LA SALUD, HOSPITAL GENERAL DE AGUDOS J. A. FERNÁNDEZ

Andrés Martín, Pereira

UBA- RESIDENCIA POSBÁSICA DE INVESTIGACIÓN EN SALUD - MINISTERIO DE SALUD, GCBA

RESUMEN

Este artículo presenta parte del análisis de los resultados cualitativos obtenidos en el marco de un proyecto de investigación subsidiado por el Ministerio de Salud de la Ciudad de Buenos Aires (CABA), en el período 2019-2021. El objetivo del mismo fue identificar las barreras de acceso a la salud de las personas afectadas por la tuberculosis (TB) y este trabajo se centra, en particular, en lo relativo a las personas en situación de calle (PSC).

Para el análisis del discurso, relevado a partir de entrevistas semi-estructuradas realizadas a referentes de los equipos de salud y de las Organizaciones de la Sociedad Civil (OSC), se utilizan como herramientas teóricas, en primer lugar, el concepto de “vulnerabilidad” (De Carvalho Mesquita Ayres et al., 2006) y el análisis de las “condiciones que amenazan la vida” (Butler, 2017; Marcon et al., 2021) en el caso de las PSC que padecen TB en el marco de la pandemia en la CABA.

En segundo lugar, se analizan las modificaciones que implicó la respuesta a la pandemia de Covid-19, las medidas preventivas y de aislamiento como reactualización de prácticas y discursos “neohigienistas” (Basile, 2020; Boy y Marcus, 2021). Y, en tercer lugar, se identifican tensiones en el discurso de los equipos de salud que señalan el riesgo de la aparición de un *neofilantropismo* en la asistencia de la PSC afectada por la TB.

Palabras clave: Tuberculosis – vulnerabilidad – inequidad – Covid-19 – situación de calle

ABSTRACT

This article presents part of the analysis of the qualitative results obtained within the framework of a research project subsidized by the Ministry of Health of the City of Buenos Aires (CABA) in the period 2019-2021. Its objective was focused on identifying the barriers to access to health for people affected by Tuberculosis (TB) and this work focuses in particular on those related to homeless people (PSC).

For the analysis of the discourse, revealed from semi-structured interviews carried out with referents of the health teams and the Civil Society Organizations (CSO), the concept of "vulnerability" (De Carvalho Mesquita Ayres et al, 2006) and the analysis of "conditions that threaten life" (Butler, 2017; Marcon et al, 2021) in the case of PSCs suffering from TB in the context of the pandemic in CABA.

Second, the changes that the response to the COVID-19 pandemic implied, the preventive and isolation measures, such as updating "neo-hygienist" practices and discourses (Basile, 2020; Boy and Marcus, 2021) are analyzed. And thirdly, tensions are identified in the discourse of health teams that point to the risk of the appearance of neophilanthropism in the care of PSC affected by TB.

Keywords: Tuberculosis – vulnerability – inequity – Covid-19 – street situation

INTRODUCCIÓN

Este artículo se propone presentar un análisis sobre resultados cualitativos del proyecto de investigación "Barreras de acceso al diagnóstico temprano y tratamiento efectivo de la tuberculosis (TB) en grupos vulnerables". El mismo se llevó adelante, con aprobación del Comité de Ética de investigación de un hospital general de agudos de la Ciudad de Buenos Aires y con un subsidio del Ministerio de Salud de la CABA, en el período noviembre del 2019 a marzo del 2021, y tuvo que adaptarse a los fuertes emergentes que presentó la pandemia de Covid-19. Uno de los objetivos de esta investigación consistió en la identificación de barreras de acceso a los servicios de salud públicos, en el caso de la población afectada por la tuberculosis (TB), a partir de la realización de entrevistas semi-estructuradas a pacientes, integrantes de los equipos de salud del subsector público y referentes de organizaciones de la sociedad civil (OSC). En este artículo llevaremos

adelante un primer análisis de los resultados específicamente relativos a las Personas en Situación de Calle (PSC) afectadas por la TB.

La TB es un padecimiento históricamente documentado que afecta de manera notoria a la población que se encuentra en condiciones de pobreza y con necesidades insatisfechas (Armus, 2007). Otros elementos puntuales que se han asociado a la población afectada por la TB es la falta de acceso a la vivienda, el consumo problemático de sustancias, co-infección con VIH, bajos ingresos entre otras (Hindo et al., 2018; Herrero et al., 2011). Si bien en la actualidad se cuenta con un tratamiento efectivo y la curación es un objetivo realizable, la TB se presenta como una problemática persistente en contextos urbanos como en la Ciudad de Buenos Aires (Soberanía Sanitaria, 2019). En la misma línea, la TB ha sido identificada por organismos internacionales como un padecimiento difícil de abordar en las grandes ciudades latinoamericanas como escenarios privilegiados para la permanencia de esta infección (OPS, 2017).

Tomando el concepto de vulnerabilidad como herramienta analítica, no como una condición identitaria de un grupo sino como el aumento de oportunidad de exposición a la enfermedad como resultante de aspectos colectivos y contextuales, es posible identificar circunstancias que acarrearán al mismo tiempo menos disponibilidad de recursos de todas las clases para protegerse y recuperarse de un padecimiento como la TB (De Carvalho Mesquita Ayres et al., 2006). En la misma línea, las “vidas precarias” no se comprenden como una identidad estable (Butler, 2017), sino como una condición compartida y producida por la coexistencia de condiciones de desigualdad que se profundizan en el contexto de la pandemia de Covid-19 (Marcon et al., 2021). Desde esta perspectiva, el reconocimiento de la precariedad compartida es condición previa a la construcción de alianzas para construir vidas dignas de vivir frente al ejercicio del poder que desecha cuerpos y grupos sociales (Butler, 2017).

En la primera parte de este artículo presentaremos el encuadre teórico metodológico de la investigación y, en segundo lugar, una caracterización de la distribución de la TB como padecimiento en la CABA en la actualidad y su vinculación con la PSC en el contexto de la pandemia de Covid-19. En tercer lugar, focalizamos en dos ejes de análisis a partir de los discursos de personas afectadas por la TB, integrantes de los equipos de salud del subsector público de la CABA y referentes de organizaciones que brindan asistencia a la PSC afectada por la TB: por un lado, las modificaciones que impuso la pandemia de Covid-19 y las prácticas de cuidado como reactualización de prácticas *neohigienistas*

(Basile, 2020); y, por el otro, la tensión entre el sistema de salud público y las organizaciones de la sociedad civil (OSC) que brindan asistencia a la PSC entendida.

ESTRATEGIA TEÓRICO-METODOLÓGICA

La estrategia metodológica cualitativa utilizada en el proyecto de investigación, del cual este artículo forma parte, se centró en la realización de 22 entrevistas semi-estructuradas a partir de un muestreo intencional. En la muestra se incluyó a integrantes de los equipos de salud de los distintos niveles de atención del subsector público de la CABA, personas afectadas por la TB y referentes de OSC que brindan asistencia a personas afectadas. Si bien no fue posible realizar de manera directa entrevistas a PSC en el marco de la pandemia de Covid-19, sí fue posible dialogar con referentes de OSC que trabajan de manera cotidiana con este grupo brindando asistencia alimentaria, económica, habitacional y sanitaria. Uno de los posibles sesgos de este análisis es que visibiliza la perspectiva de las OSC y de los equipos de salud, sin incluir directamente en el análisis al discurso en primera persona de las PSC.

Se utilizó como una de las herramientas teóricas para el análisis de las entrevistas el concepto de vulnerabilidad (De Carvalho Mesquita Ayres et al., 2006) para visibilizar las desigualdades contextuales y procesos sociales que generan la diferencias en la exposición y oportunidad de contraer la infección de la TB. Al mismo tiempo, este marco conceptual permite identificar la inequitativa distribución de recursos para la recuperación en caso desarrollo de la enfermedad en la PSC y el desigual acceso a los servicios de salud. Desde esta perspectiva, se consideró a la PSC a priori no como un grupo de riesgo, sino más bien como un colectivo que encuentra una serie de barreras que impiden el acceso a los servicios sanitarios y, por ende, vulneran su derecho a la salud. En esta misma línea se consideró a la TB como un ejemplo concreto de la distribución desigual de la precariedad, en tanto permite observar la forma de gobierno en que las instituciones manejan padecimientos puntuales en grupos sociales concretos (Butler, 2017).

Finalmente, se considera la dimensión de la movilidad a partir de la lectura de los desplazamientos territoriales como parte de las relaciones sociales que implica la movilidad como condición humana básica, condición que permite la garantía del derecho a la salud (Gutiérrez, 2009, 2012, 2014). A partir de esta herramienta conceptual se revisan las prácticas de cuidado, medidas preventivas y de aislamiento implementadas en el marco de la pandemia de Covid-19 que implicaron fuertes modificaciones en la vida cotidiana de toda la población en líneas generales y en particular de las PSC.

LA TB COMO PADECIMIENTO EN CALLE

La TB es un padecimiento infeccioso cuya presentación clínica predominante es pulmonar y se transmite de persona a persona a partir de las vías respiratorias. Este padecimiento ha sido históricamente estudiado no solo como un virus o una bacteria, sino también una oportunidad de analizar políticas públicas, el desarrollo de ciertas tecnologías, procesos de urbanización, identidades y valores culturales, interacciones entre personas enfermeras y quienes proveen atención a la salud (Armus, 2007). En este sentido, la TB como evento de salud, en el marco de la pandemia de Covid-19, permite identificar una superposición de problemáticas (condiciones de pobreza, hacinamiento, desnutrición, consumo problemático de sustancias, etc.) que se ha señalado como peligrosa en especial tomando en cuenta la pauperización de las condiciones de vida en el marco de la pandemia (Ritacco y Kantor, 2020).

En la actualidad, según la información epidemiológica publicada por el Ministerio de Salud de la Nación, la Ciudad de Buenos Aires es la tercera jurisdicción del país con más alta tasa de notificación de casos de TB en el año 2019 (MSAL, 2021). De esta forma, la distribución de los casos en el país presenta una fuerte heterogeneidad y concentración en algunas jurisdicciones entre las que se encuentra la CABA. A su vez este patrón de distribución espacial desigual se replica en una escala menor, considerando solo la CABA, evidenciando grandes inequidades sanitarias entre las comunas de la ciudad (Fundación Soberanía Sanitaria, 2019).

Varios trabajos presentan evidencia para la identificación de los grupos sociales considerados más expuestos a la TB a partir de distintas variables como, por ejemplo: con bajos recursos económicos, desnutrición, minorías étnicas, en condición de migrantes, la situación de encierro y hacinamiento, la co-infección por el virus de inmunodeficiencia humana (VIH), el consumo problemático de sustancias entre otras (Hindo et al., 2018; OPS, 2017; Barrios et al., 2021). Este tipo de variables se han utilizado para el estudio de los factores de riesgo para la TB y como factores asociados a la no adherencia a los tratamientos desde una mirada poblacional (Herrero et al., 2011). Sin embargo, los estudios realizados tradicionalmente por la epidemiología y la salud pública, como disciplinas que abordan los problemas de salud desde una perspectiva poblacional, enfatiza una perspectiva probabilística y desde un paradigma del riesgo (De Carvalho Mesquita Ayres et al., 2006). Estas perspectivas si bien pueden permitir identificar en grandes escalas de observación la presencia de inequidades sanitarias, no

posibilitan visibilizar los procesos sociales generadores de condiciones de vulnerabilidad en determinados grupos sociales. En este sentido, desde el paradigma del riesgo no solo se invisibilizan parte de las condiciones que hacen a la precariedad de la vida cotidiana de las PSC, sino también al mismo tiempo se orientan y priorizan acciones que parten de esta omisión.

Como un ejemplo concreto, en el caso de las PSC se presentan grandes divergencias en la cuantificación realizada por el gobierno de la ciudad y las realizadas por OSC (Di Iorio y Farías, 2020). Estas diferencias en el conteo de las PSC no resultan solamente de diferencias metodológicas o sesgos en la realización de muestreos, sino que implican una estrategia de gobernabilidad política vinculada a “violencia cognitiva” (Di Iorio y Farías, 2020) en tanto se reduce un fenómeno complejo a un número que no da cuenta de su real dimensión. En este sentido, la cuantificación de un fenómeno social tiene dimensión subjetiva y política muy clara en el caso de la PSC. Esta se vincula a los dispositivos e instituciones que son expresión de prácticas de gobierno que amplifican desigualdades sociales en el caso de las PSC (Marcon et al., 2021). La selección de indicadores para las PSC, los cuales pueden ser números absolutos como la cantidad de personas censadas, en este punto puede comprenderse como un ejercicio de violencia cognitiva. Esta situación implica en sí misma una práctica de gobierno que invisibiliza la dimensión política del proceso de producción de esos datos y a un grupo social específico en la definición de políticas y/o recursos.

En paralelo a esta violencia, por acción y omisión, vinculada a la producción de datos cuantitativos, podemos señalar algunos de los obstáculos para la identificación de casos de TB en las PSC, particularmente en el caso de PSC que también presentan consumo problemático de sustancias.

muy flaco, muchísima, muchísima tos... ehh... pero a su vez... también, no sé... a mí la sensación que me da es y al menos me pasaba con los pibes que están en consumo, es que también, el... sentir el cuerpo, también es una posibilidad digamos, siento que... al menos mi sensación es que estos pibes no identificaban, eso... tenían que llegar a un extremo para sentir que algo estaba mal, que algo les dolía (Referente de OSC).

generalmente, lo que nosotros... veíamos era... son pacientes, digamos, que... vienen... de clases bajas, como dijimos, que por falta de alimentación, por falta de resguardo domiciliar o de hacinamiento que pueden venir a... (...) Lo que nosotros vemos es que la gente parece que no tiene una alarma de la situación en que viven o que puede llegar a ser tal o cual patología, en este caso. Mucha gente no piensa que pueden llegar a tener

esa patología precisamente, o sea, tener tuberculosis. O sea, se acercan cuando ya está de última (Integrante de equipo de salud de guardia).

En este punto se identifica que en algunos casos las PSC que padecen TB, tienen una muy baja percepción de los síntomas y del dolor. De esta forma, es posible comprender por qué una vía de contacto típica con el sector salud es a partir de los servicios de salud de emergencias, presentando una sintomatología muy avanzada y un deterioro marcado pero sin contar todavía con un diagnóstico de TB.

De hecho, la mayoría de los traslados son en ambulancia, nunca vas a llegar a 'bueno, nos tomamos el colectivo y vamos'. No, el pibe tiene que estar tirado, que no puede más, y entonces tenemos que llamar al SAME, lo acompaña alguno de nosotros (Referente de OSC).

la ambulancia fue súper expulsiva, la trató muy mal, muy violentamente. Le decían que cómo, si ella sabía que tenía HIV estaba consumiendo, que cómo si ella sabía que estaba con esa tos no se había acercado, que puede ser tuberculosis... súper violento (Referente de OSC).

En este sentido, las PSC que padecen TB, presentan un largo recorrido previo con sintomatología compatible, y se identifican algunas situaciones expulsivas y violentas en el contacto con los servicios de salud especializados en la atención de emergencias. Otros trabajos realizados han identificado situaciones similares de violencia institucional en efectores de salud y específicamente en servicios de emergencias (CELS, 2020). Sin embargo, desde la perspectiva de los equipos de salud también se reconocen condiciones de trabajo que no facilitan la contención y el cuidado de las PSC que llegan a consultar a los servicios de emergencias en estado crítico.

el tema del cuidado de la bioseguridad, que quede. Porque, ya desde el principio, estos pacientes van y se sientan o duermen y están en el espacio donde se espera de pacientes y bueno, después se diagnostica ya bastante tarde y encima el tratamiento y la contención no es la ideal para ellos. Y estamos todos expuestos, digamos (Integrante de equipo de salud de guardia).

De esta forma, la precariedad, aquellas *condiciones en que la vida se ve amenazada* (Butler, 2017, p. 17), se asocia de igual forma a los procesos de "violencia cognitiva" hacia las PSC, y también con el desfinanciamiento de los servicios de salud del subsector público. Estas condiciones subjetivas y materiales, dificultan la construcción de espacios

de cuidado y contención de calidad para las PSC en líneas generales, y en particular en casos de emergencia, momentos en que la sintomatología de la TB llega al límite.

EMERGENCIA DE LA PANDEMIA DE COVID-19 Y PRÁCTICAS DE CUIDADO

El impacto de la pandemia de Covid-19 modificó en líneas generales la vida cotidiana a nivel mundial, y de manera marcada cambió la manera de trabajar en los servicios de salud. En el caso de Argentina, a partir del mes de marzo del año 2020, se aplicaron una serie de medidas preventivas y de cuidado de acuerdo a la evaluación constante de la situación epidemiológica considerando las actualizaciones en las prácticas de cuidado.

La CABA, siendo la capital y conformando el mayor conglomerado urbano del país, forma parte de las jurisdicciones más afectadas en comparación con otras provincias o aglomerados urbanos del país (Comisión de Ciencias Sociales de la Unidad Coronavirus COVID-19, 2020). Se ha señalado que la CABA y el Conurbano Bonaerense conforman un conglomerado urbano atravesado por procesos de fragmentación en la conformación de un sistema de salud considerado inequitativo (PNUD, 2011). En este escenario se verifica la utilización de los servicios de salud públicos de la ciudad, por parte de la población independientemente de su jurisdicción de domicilio, conformando un territorio de flujos y de corredores sanitarios espontáneos (Rosen, 2011). De esta forma, las trayectorias de las personas usuarias de los servicios de salud públicos atraviesan las porosas fronteras jurisdiccionales de manera cotidiana.

Entre las principales políticas preventivas y de contención de la pandemia implementadas a nivel nacional sobresalen las medidas de Aislamiento Social Preventivo y Obligatorio (ASPO) y de Distanciamiento Social Preventivo y Obligatorio (DISPO). En líneas generales limitaron la circulación, movilidad, determinaron condiciones de aislamiento y restringieron actividades de la vida cotidiana para toda la población. Algunos trabajos realizados abordan las dificultades y condicionamientos en el contexto de ASPO a nivel nacional en el marco de la pandemia (Comisión de Ciencias Sociales de la Unidad Coronavirus COVID-19, 2020).

Estas medidas de restricción y control social reactualizan prácticas de gobierno higienistas centradas en el control, la vigilancia y en la determinación de conductas y grupos de riesgo (Palero y Ávila, 2020). En este sentido, las condiciones de vulnerabilidad, miseria y precariedad se encuentran frente a la implementación de prácticas de gobierno que reflatan el tinte represivo y normalizador del pensamiento higienista del siglo XIX. La

confianza en las ciencias, principalmente la prioridad de la medicina como principal campo de saber, fundamento conceptual para la gestión de las condiciones de vida de la población:

La multiplicidad de acciones programadas para enfrentar esta pandemia conduce a reflexionar con respecto a las amenazas y oportunidades que se avizoran desde la disciplina arquitectónica y urbana. Principalmente, al constatar que –ante la amenaza de la Covid-19– vuelven a surgir viejas prerrogativas del higienismo del siglo XIX (Palero y Ávila, 2020, p. 12).

En esta dirección, la vinculación entre las PSC y los servicios de salud se modificaron a partir de un distanciamiento aún mayor al pre-existente:

se cortó el vínculo con el sistema de salud de toda problemática que no fuera Covid, con lo cual, si alguien tuvo tuberculosis en ese momento, eh... no nos enteramos. Probablemente de lo único que nos enteramos es que se debe haber testeado para Covid, le dio negativo y nada más. O sea, salvo los casos graves que hayan llegado al hospital y que hayan logrado que les den bola, el resto no nos hemos enterado y no sé qué pasó realmente (Referente de OSC).

La reorientación de los servicios de salud para dar respuesta al Covid-19, en un contexto de emergencia a nivel mundial, supuso un orden de prioridad que pospuso la asistencia de otros padecimientos y problemáticas pre-existentes. Sobre un escenario desigual, en donde se reconocen situaciones expulsivas y violentas para la PSC, se produjo una re-agudización de las inequidades previas y la aparición de nuevas desigualdades:

Lo otro malo fue el tema de la circulación de los chicos. Que digamos, sobre todo al principio de la pandemia no los dejaban ni siquiera circular en la calle porque bueno, no tenían ni los permisos ni eran nada esencial de nada. Les decían que vuelvan a sus casas que quedaban en las plazas, entonces era muy difícil ir a explicar que estaban yendo a un servicio de salud y que no tenían otra intención más que esa y que en la plaza también estaban expuestos (Referente de OSC).

Nosotros les decíamos 'Estar mejor acá que en la calle'. Y en realidad no... Mucho así no le funciona digamos, ¿no? Yo creo que los ha limitado geográficamente y sobre todo su supervivencia, por esto que decía Marina, ¿no? de que compran... qué sé yo, 10 cajas de pañuelitos descartables y bueno, eso no lo podían hacer porque no había gente en la calle ni nadie que les comprara. Eso vieron limitado y por ahí el acceso a algún parador eventualmente (Integrante de equipo de salud).

En este punto la circulación y la movilidad son características humanas que permiten pensar más allá de los medios técnicos de transporte (Gutiérrez, 2012). La movilidad humana está atravesada por relaciones sociales que exceden la lógica de los desplazamientos en línea recta y en el menor tiempo posible. La heterogeneidad y multimodalidad de los constantes movimientos realizados por las personas y grupos sociales, atravesando jurisdicciones y espacios heterogéneos, denota una capacidad técnica y social para la garantía de derechos, entre los cuales se encuentra la salud (Gutiérrez, 2009). En este sentido las restricciones a la movilidad tuvieron un impacto particular en la vida cotidiana las PSC y por ende en el acceso a los servicios de salud.

En la misma dirección, algunas de las prácticas de cuidado e intervenciones grupales que se llevaban adelante para las PSC, particularmente aquellas que apuntaban a la convivencia, el compartir alimento y la “cohabitación” (Butler, 2017) de un espacio público se vieron interrumpidas y transformadas.

Hubo una situación que fue claramente negativa que es el espacio que teníamos que era claramente un espacio de reunión, y esa reunión se daba en un patio con muchos chicos de forma masiva, los chicos podían ir a comer, compartir y eso servía un poquito de espera para que los podamos atender y demás. Eso lo tuvimos que disolver, tuvimos que hacer una entrega rápida de comida, casi en la puerta, un cuidado de que no haya gente esperando, que no haya conglomeraciones y demás, entonces ese lugar de encuentro que era fundamental para nosotros, ahora está bastante comprometido y esperando que de a poco se renueve. Eso fue lo malo (Referente de OSC).

Sin embargo, también se reconoce en el discurso de referentes de OSC, el desarrollo de algunas estrategias de intervención implementadas desde el subsector público de salud en el marco de la pandemia que permitieron un acercamiento y la aparición de nuevas prácticas de cuidado:

El dispositivo este para Covid... Los instalaron en el comedor, se dieron cuenta que de que había una afluencia de gente... El comedor en la pandemia pasó de 150 personas a 400 en la puerta, a repartir comida. Entonces vinieron e instalaron los dispositivos en la puerta del comedor, y eso hizo que se faciliten mucho las cosas para nosotros, porque de pronto teníamos un batallón de médicos y enfermeros en la puerta del comedor (Referente de OSC).

En este sentido el acercamiento por parte del sector salud, como práctica de gobierno, puede ser considerado como un “neohigienismo” (Basile, 2020) que implica una

medicalización de la vida cotidiana y propone medidas preventivas y de cuidado (aislamiento, lavado de manos, distanciamiento social, etc.) que no hacen sentido y se muestran contradictorias con la materialidad de las condiciones de vida las PSC. En la misma dirección se ha señalado en el caso de la CABA que se reforzó la idea del espacio público como un espacio de tránsito entre puntos y por ende la permanencia pasa a considerarse como amenaza sanitaria (Boy y Marcus, 2021).

TENSIONES ENTRE LAS OSC Y EL SECTOR SALUD

Finalmente, a lo largo de las entrevistas entre referentes de los equipos de salud y de las OSC encontramos puntos de encuentro y de tensión en relación a las tareas de asistencia, cuidado y acompañamiento que se realizan en relación a la TB como padecimiento. Si bien, como se ha señalado, por un lado el contexto de la pandemia permitió observar el resurgimiento de prácticas de gobierno *neohigienistas*, también en oposición se hace referencia, por parte de los equipos de salud, a la presencia de prácticas y discursos *neofilantrópicos* en relación a la TB y a las PSC:

la verdad es que nosotros como sistema de salud no podemos dejar en manos de las organizaciones barriales ni de las organizaciones civiles el tema de la tuberculosis. Digamos, me parece que el rol de las organizaciones es esta función sostén... de acompañar a los sujetos que están padeciendo esta enfermedad, etc. Pero no pueden hacerse cargo de la política pública. La política pública tiene que estar a cargo del Estado, el Estado es el encargado de poder proveer los equipos, es el sistema que me parece que tiene que hacerse cargo de esta problemática. Las organizaciones tienen que ayudar a esto en pos de una calidad de salud para les/los pacientes y las personas que están atravesando este proceso de salud... Me parece que ese es el rol y que eso lo tenemos que tener claro, que no se nos meta ningún neo filantropismo en el medio. No nos olvidemos que la tuberculosis nace con las damas de beneficencia, las visitadoras de higiene, que está muy pegado a esa etapa de la salud pública, de nuestro país (Integrante de equipo de salud).

De esta forma no se establece una simple oposición entre prácticas estatales y filantrópicas, que puede leerse de manera rápida como un antagonismo entre los organismos estatales representados por los equipos de salud del subsector público y la sociedad civil entendida como las OSC. Lo que se presenta de manera más específica, no es oposición sino la reafirmación de una división jerárquica de las tareas de cuidado, en donde si bien se reconoce como valiosa la tarea y la función de las OSC en el caso de

la TB como padecimiento y de las tareas de cuidado desplegadas para las PSC, se le otorga un lugar subsidiario. Este lugar se ubica en el marco de una trayectoria histórica, donde se señala el origen del propio sistema de salud de la CABA, si bien como período superado, asociado a la beneficencia y a la filantropía:

Claro y lo que se muestra es una ausencia, un corrimiento por parte de la política pública, que muchas veces desde gestión sabemos que se ha también comentado la acción de estas instituciones, de algunas al menos organizaciones como vía de algún tipo de política (Integrante de equipo de salud).

La necesidad de marcar una diferencia supone de hecho la posibilidad de no reconocerla; en esta dirección, en el discurso de referentes de los equipos de salud del subsector público se refiere un proceso de corrimiento por parte de la gestión y de las políticas públicas caracterizadas como una *ausencia* en relación a la TB y a las PSC. Este vacío posibilita el incremento de las condiciones que amenazan la vida (Butler, 2017), sobre todo en el marco de la pandemia que implicó la clausura de actividades en el espacio público y el aislamiento. En este sentido, se identifican los efectos de las prácticas de gobierno de corte neoliberal que reactualizan una discursividad neohigienista e imponen un orden sanitario excluyente (Marcon et al., 2021).

REFLEXIONES FINALES

El presente trabajo ha permitido desplegar sentidos identificados en el discurso de referentes de los equipos de salud del subsector público de salud de la CABA y en el discurso de referentes de las OSC que brindan asistencia a las PSC. La emergencia que significó la pandemia de Covid-19 se presenta como un contexto que reactualiza los discursos neohigienistas y los procesos de medicalización que implican las intervenciones que sustentan en un paradigma del riesgo (De Carvalho Mesquita Ayres et al., 2006).

La incorporación de una perspectiva de los procesos contextuales que hacen a la exposición y a la posibilidad de recuperación de la salud de las PSC, al mismo tiempo permite identificar la “violencia cognitiva” (Di Iorio y Farías, 2020) que subyace en las prácticas de gobierno de corte neoliberal del GCBA. La TB, como otros padecimientos, en el contexto de la pandemia permite no solo visibilizar una inequidad sanitaria que se

reagudiza, sino también la superposición de violencias que caracterizan la vida cotidiana de la PSC.

Más allá de las prácticas de gobierno instrumentalizadas por los equipos de salud en el marco de la emergencia sanitaria, resulta interesante la identificación como contracara de la aparición de una *neofilantropía* en las intervenciones de las OSC que no se opone, sino que se articula con las lógicas de gestión excluyentes y neoliberales que favorecen la permanencia y reagudización de las condiciones que amenazan la vida.

Bibliografía

ARMUS, D., *La ciudad impura: salud, tuberculosis y cultura en Buenos Aires, 1870-1950*, Buenos Aires, Edhasa, 2007.

BARRIOS et. Al., “Situación de la tuberculosis en el Área Programática de un Hospital General de Agudos de la Ciudad de Buenos Aires, 2017-2019”, en *Revista Argentina de Salud Pública*, vol. 13, 2021, pp. 201-210. Disponible en línea: http://www.scielo.org.ar/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1853-810X2021000100201&lng=es&tlng=es Fecha de consulta: 11 de marzo de 2022.

BASILE, G., La triada de cuarentenas, neohigienismo y securitización en el SARS-CoV-2: matriz genética de la doctrina del panamericanismo sanitario, Ediciones GT Salud Internacional y Soberanía Sanitaria CLACSO (Consejo Latinoamericano de Ciencias Sociales), Mayo 2020. Disponible en: <http://biblioteca.clacso.edu.ar/clacso/gt/20200529070501/Neohigienismo-y-cuarentenas-verticales.pdf>

BOY, M. y Marcús, J., “La ciudad en tiempos de COVID-19: la reconfiguración de lo público y lo privado. Área Metropolitana de Buenos Aires, 2020”, en *La pandemia social de COVID-19 en América Latina. Reflexiones desde la Salud Colectiva*, Buenos Aires, Teseo, 2021, pp. 205-271. Disponible en: <https://www.editorialteseo.com/archivos/19170/la-pandemia-social-de-covid-19-en-america-latina/>

CENTRO DE ESTUDIOS LEGALES Y SOCIALES, “Guardias Hospitalarias y Violencia Institucional”, 2021. Disponible en: <https://www.cels.org.ar/web/wp-content/uploads/2020/10/guardias-hospitalarias-web-1.pdf>

DE CARVALHO MESQUITA AYRES, J. R., França Junior, I., Junqueira Calazans, G. y Saletti Filho, H. C., “El concepto de vulnerabilidad y las prácticas de salud: nuevas perspectivas y desafíos”, en D. Czeresnia y C. Machado de Freitas, *Promoción de la Salud. Conceptos, reflexiones, tendencias*, Buenos Aires, Lugar, 2006, pp. 135-162.

BUTLER, J., *Cuerpos aliados y lucha política. Hacia una teoría performativa de la asamblea*, Barcelona, Paidós, 2017.

COMISIÓN DE CIENCIAS SOCIALES DE LA UNIDAD CORONAVIRUS COVID-19, “Relevamiento del impacto social de las medidas del Aislamiento dispuestas por el PEN”, 2020. Disponible en <http://areasalud sociales.uba.ar/relevamiento-del-impacto-social-de-las-medidas-del-aislamiento-dispuestas-por-el-pen/>

DI LORIO, Jorgelina y Farías, Mónica, “Problematizar las relaciones espacio-sujeto-situación de calle: el caso del Censo Popular en Buenos Aires, Argentina”, en *Revista Colombiana de Sociología*, vol. 43, N° 2, 2020, pp. 215-237. Epub May 08, 2021. <https://doi.org/10.15446/rcs.v43n2.82807>

FUNDACIÓN SOBERANÍA SANITARIA, “La desigualdad de los casos de tuberculosis en la Ciudad Autónoma de Buenos Aires”, 2019. Disponible en <https://soberaniasanitaria.org.ar/la-desigualdad-en-los-casos-de-tuberculosis-en-la-ciudad-autonoma-de-buenos-aires/> Fecha de consulta: 5 de marzo de 2020.

GUTIERREZ, A., La movilidad de la metrópolis desigual: el viaje a la salud pública y gratuita en la periferia de Buenos Aires. XII Encuentro de Geógrafos de América Latina. Montevideo, 2009.

_____, “¿Qué es la movilidad? Elementos para (re) construir las definiciones básicas del campo del transporte, en *Bitácora Urbano Territorial*”, vol. 2, N° 21, 2012, pp. 61-74, Universidad Nacional de Colombia. Disponible en <http://www.revistas.unal.edu.co/index.php/bitacora>

_____, “Revisando el papel del transporte y la movilidad en la gestión de políticas públicas sectoriales: el caso de la salud. Programa Interdisciplinario de la UBA en Transporte (PIUBAT)”, en *Revista Transporte y Territorio*, N° 10, 2014, pp. 158-161.

HINO, P., Monroe, A. A., Takahashi, R. F., Souza, K., Figueiredo, T. y Bertolozzi, M. R., “Control de la tuberculosis desde la perspectiva de los profesionales de la salud que trabajan en clínicas de calle”, en *Revista latino-americana de enfermagem*, vol. 26, 2018, e3095. <https://doi.org/10.1590/1518-8345.2691.3095>

HERRERO, M. B., Greco, A., Ramos, S., Arrossi, S. (2011) “Del riesgo individual a la vulnerabilidad social: factores asociados a la no adherencia al tratamiento de tuberculosis”, en *Revista Argentina de Salud Pública*, vol. 2, N° 8, 2011, pp. 36-43.

HERRERO, M. B., Carbonetti, A., *História, Ciências, Saúde* – Manguinhos, Rio de Janeiro, vol. 20, N° 2, abr.-jun. 2013, pp. 521-536.

MARCO, L., Silva, P. C., Justino, J., Carvalho, S. R., Días, T. M., “Formas de gobernar la vida en la calle durante la pandemia: discursos, tecnologías y prácticas”, en *Salud Colectiva*, 2021, 17:e3338 doi:10.18294/sc.2021.3338

MINISTERIO DE SALUD. BOLETÍN SOBRE TUBERCULOSIS EN LA ARGENTINA, Boletín N° 4, 2021. Disponible en <https://bancos.salud.gob.ar/sites/default/files/2021-03/boletin-epidemiologico-tuberculosis-2021.pdf>

ORGANIZACIÓN PANAMERICANA DE LA SALUD, “Control de la Tuberculosis en Grandes Ciudades de Latinoamérica y el Caribe. Lecciones Aprendidas”, 2017. Disponible en <http://iris.paho.org/xmlui/handle/123456789/33988> Fecha de consulta: 22 de febrero de 2019.

PALERO, J. S. y Avila, M., “Covid-19: La vigencia del higienismo decimonónico en tiempos de cuarentena”, en *Cuaderno urbano*, vol. 29, 2020, pp. 9-26, Universidad Nacional del Nordeste, Facultad de Arquitectura. Disponible en <https://ri.conicet.gov.ar/handle/11336/136999>

PROGRAMA DE LAS NACIONES UNIDAS PARA EL DESARROLLO, “El sistema de salud argentino y su trayectoria de largo plazo: logros alcanzados y desafíos futuros”, 2011, Buenos Aires. Disponible en: <https://www.fundacionfemeba.org.ar/blog/farmacologia-7/post/el-sistema-de-salud-argentino-y-su-trayectoria-de-largo-plazo-logros-alcanzados-y-desafios-futuros-1a-ed-buenos-aires-42740>

RITACCO, V. y Kantor, I., “Tuberculosis y COVID-19: Una relación peligrosa”, en *MEDICINA*, vol 80, Supl. VI, 2020, pp. 117-118. Disponible en <https://www.medicinabuenosaires.com/revistas/vol80-20/s6/117.pdf>

ROSSEN, M., “El uso de los hospitales públicos de la Ciudad Autónoma de Buenos Aires: un análisis desde la perspectiva metropolitana”, en *Salud en las metrópolis. Desafío en el conurbano bonaerense*, Buenos Aires, Universidad Nacional de General Sarmiento, Prometeo, 2011.

