

Jornadas de Etnografía y Métodos Cualitativos

modalidad virtual

ISSN 2525-0604

12, 13 y 14 de agosto, 2020.

Los cuidados integrales en salud en los barrios populares de Bariloche, Río Negro: ¿cómo pensar el después del COVID-19?

Ana Domínguez Mon¹ adominguezmon@unrn.edu.ar; Kaia Santisteban skaiamariel@gmail.com, Vanesa Cayumán cayvane27@gmail.com, Valeria Puricelli oxiurus@hotmail.com y Alejo Ahrensburg alejoahrensburg@gmail.com, (IIDyPCa/CONICET-UNRN)-

El COVID19 ha producido cambios en los modos de reproducción de la vida cotidiana de nuestras poblaciones, por ello y aceptando que nos encontramos en una fase de contagio de transmisión comunitaria consideramos que debemos rever y consensuar las formas de cuidados más apropiadas para que las familias con condiciones de vulnerabilidad social puedan sostener de manera real el aislamiento social preventivo y obligatorio. (Comunicado de Trabajadores Sociales de Bariloche, en: Bariloche Opina, 15/5/2020)

Introducción

Desde el primer trimestre de 2019 iniciamos trabajo de campo relevando cuidados integrales en salud en dos centros de atención primaria de la Salud (CAPS)² en el área periférica de la ciudad de Bariloche, dependientes del Hospital Zonal con vistas a reconocer los cuidados comunitarios en salud. En ese sentido el enfoque etnográfico nos permite recuperar la variabilidad de miradas acerca de los fenómenos que deseamos estudiar y los puntos de vista de los protagonistas sobre cuestiones consideradas universalmente comprendidas. Los cuidados en salud son un ejemplo de cómo se puede pensar las acciones en salud, más allá de la ocurrencia de afecciones específicas o una vez que éstas se han producido, a fin de reducir el sufrimiento o el padecimiento de las personas afectadas (Domínguez Mon y Femenías, 2018) Esto es ver el cuidado como una categoría en uso por los agentes involucrados, y por ende, con diversos significados. Del mismo modo trabajar en territorio, nos permite reconocer las particularidades de estas acciones cuando se llevan a cabo en instituciones próximas a la

¹ Integrante de RAICES, Red Argentina de Investigaciones de Cuidados en Salud.

² PIDTT 40-B-687 *Cuidados integrales y agencia social comunitaria: los cuidados paliativos en el primer*

nivel de atención en Bariloche, Río Negro". Directora: Ana Domínguez Mon, Integrantes: Kaia Santisteban, Vanesa Cayuman, Valeria Puricelli y Alejo Ahrensburg.

vida cotidiana de la gente, en sus barrios y cerca de sus casas. Esto implica descubrir las relaciones que se establecen desde y entre las personas y las instituciones. Recuperamos las experiencias de los propios agentes como productores cuidados y receptores de cuidados. En realidad, el trabajo de campo prolongado, nos revelan formas específicas en que nuestros interlocutores van produciendo estas actividades: el trabajo de cuidados es además una acción histórica y socialmente determinada. Generalmente las transformaciones aparecen inadvertidas en los trabajos de campo en las actuales circunstancias de indagación: estancias cortas y a veces estacionales. Sin embargo, con el advenimiento de la pandemia por COVID19, procesos de transformación institucionales que se identificaron y planificaron durante años, se precipitaron a la escena social y política en el contexto actual. Transformaciones que parecían demoradas a la espera de respuestas institucionales, tomaron estado de acción concreta, del mismo modo que conflictos sociales invisibilizados, se registraron con toda virulencia. Cuando territorialmente se trabaja a partir de una mirada integral de la salud (reconociendo condiciones en que las personas viven, se relacionan y, a partir de las cuales, enferman y mueren), el advenimiento del COVID19 obligó a reposicionar a las/os trabajadoras/es de la salud en respuesta a miradas individualistas acerca de cómo llevar a cabo el aislamiento social y obligatorio³. Repensar la propia práctica a partir de auto reconocerse como sujetos no sólo productores de acciones de cuidado, sino cuyas acciones dependen de las que realizan otros agentes (públicos y privados) nos ha permitido percibirlos como agentes interdependientes (Martin Palomo et al., 2017), como cuidadores y como responsables entre sí con relación a los pares en el cuidado institucional. Nuestro trabajo en dos centros de salud en áreas de extrema fragilidad social por condiciones de vida, nos lleva a afirmar que el abordaje integral de los cuidados no se adquiere solamente a través de la formación profesional (presente en los profesionales entrenados en APS como son los médicos generalistas y los agentes sanitarios) sino como agencia social aprendida cotidianamente a partir de la práctica sanitaria cotidiana con los conjuntos sociales..

Los cuidados integrales como objeto de estudio

Cuando reparamos en el sentido que adquiere la noción “cuidados integrales en salud” (Terenzi Seixas et al, 2016) como las interacciones que se producen en tanto “encuentro” entre las personas involucradas en el proceso de salud-enfermedad-atención y cuidados, nos apartamos de la visión mecanicista y técnica de los cuidados, quedando reducidos a la incorporación de saberes prácticos, más o menos recursivos y en los que la atención es el momento en el que se concentra esta actividad que es en la consulta. Si nos atenemos a la integralidad como expresión de la vida humana, los cuidados integrales deberían reconocer las dimensiones de la vida de las personas que se ven afectadas a partir de la ocurrencia del proceso de salud-enfermedad-atención-cuidados. Para ello deberá colocar “la centralidad de las prácticas de salud en el cuidado, en las demandas y en las necesidades en salud de las personas y los colectivos” (Terenzi Seixas et al, 2016, p.117) Esta visión no es ajena a la base epistemológica

³ Esta reacción tuvieron los trabajadores sociales de salud que el 15 de mayor pasado reaccionaron a partir de situaciones de etiquetamiento y agresiones a grupos vulnerados dentro de barrios precarios, Texto completo:en <https://www.barilocheopina.com/noticias/2020/05/15/46917-comunicado-del-colegio-de-trabajadores-sociales-de-bariloche>

de la implementación del método etnográfico, cómo las esferas vitales del cotidiano de las personas se ven intervenidas o afectadas a partir de la ocurrencia del fenómeno que deseamos conocer.

Cuando nos propusimos trabajar con los cuidados integrales como objeto de estudio en los barrios populares de la ciudad de San Carlos de Bariloche, sabíamos de la larga tradición del trabajo territorial en la provincia de Río Negro, con leyes que van desde la desmanicomialización (1991) hasta los cuidados paliativos (2003), hasta los más recientes, como es la Ley de muerte digna la Ley B 4264 (2009) y recientemente 22/08/2018, la adhesión a la ley nacional que establece el marco regulatorio para la investigación médica y científica del uso medicinal de la planta de Cannabis y sus derivados y recientemente (2017), reglamentada el 15 de julio de 2020. De este modo, las leyes provinciales preanunciaron y acompañaron iniciativas nacionales en el campo de la salud con miradas comprensivas acerca de cómo abordar los problemas de salud.

En la provincia también es pionera en las prácticas comunitarias de la salud en el primer nivel de atención de la salud, llevadas a cabo a través de lo que se conoce como Atención Primaria de la Salud, siendo una instancia que concentra prácticas de atención, prevención y promoción de la salud, en contacto permanente con la población en su lugar de residencia o en “territorio”.

La ciudad de Bariloche con 130.000 habitantes posee 16 Centros de Atención Primaria de la Salud (CAPS), inicialmente ubicados alrededor del Hospital Zonal Ramón Carrillo, nacido bajo el nombre de Hospital Común Regional en 1938 y que en 1973 cambió su nombre por el actual. La el área institucional que articula las acciones con los 16 CAPS, es el Departamento de Actividades Programadas para el Área (DAPA). Esta es una articulación que existe con diferentes denominaciones en todas las áreas programáticas del país. La particularidad de los CAPS de Bariloche, además de haber crecido y que se haberse extendido debido al aumento de población en el casco urbano, es que tempranamente, en la década de los 70 del siglo pasado, han recibido el aporte de los médicos generalistas⁴ y de los agentes sanitarios⁵. Citamos particularmente estas dos profesiones porque destacan en su formación profesional una mirada “integral” de la salud. Y es por ello que articulan la promoción de medidas sanitarias, la prevención de la ocurrencia de enfermedades y, particularmente los médicos generalistas, incorporan estas miradas en sus prácticas. En muchas áreas de la Argentina la Medicina General adquiere la modalidad de especialidad médica rural y actualmente es una de las especialidades más dinámicas en norpatagonia.

Los cuidados integrales como imperativo de trabajo en APS

El énfasis de la integralidad en APS tiene un punto de inflexión en Alma Ata (1978) y desde allí se han producido abordajes comprensivos del proceso S-E-A-C, a partir de la forma en que los conjuntos sociales conciben y llevan a cabo sus propias acciones en salud, a partir de las

⁴ Ver Antecedentes, Cap 1 de la página de la Federación Argentina de Medicina General <http://www.famg.org.ar/index.php/institucional/grupos-de-trabajo/490-historia-de-famg?showall=&start=1>

⁵ Los equipos de salud de los CAPS están formados por agentes sanitarios, enfermeras/os, médicas/os (clínica médica, medicina general, pediatría y residentes de las especialidades) psicólogas/os, trabajadores sociales, operadores de salud mental, odontólogos y administrativos.

dinámicas territoriales. Estas relaciones entre las instituciones (del estado, de la sociedad civil y las propiamente sociales (familias) han develado, a la vez que invisibilizado, este espacio social que cada vez cuenta con más agentes que producen prácticas que viabilizan cambios, no siempre percibidos en las estructuras de mayor responsabilidad asistencial como son los hospitales cabecera. La particularidad de la organización institucional sanitaria en San Carlos de Bariloche es que los CAPS nacen como parte de las miradas sanitarias, demandas locales y luego articulan relaciones con espacios municipales: Centros de Atención y Articulación Territorial (CAAT) con vínculos entre esa dependencia y los “vecinos”, a partir de demandas de la comunidad como propuestas municipales: tanto gestiones administrativas como actividades culturales o de promoción social. También están las juntas vecinales (61), que son instituciones de la sociedad civil que organizan y administran los servicios comunitarios, surgidas con el fin de nuclear a los vecinos para llevar adelante obras, promover servicios y mejoras de los espacios públicos, del área de geográfica que comprende y como delegación municipal. El espacio urbano también está articulado por instituciones educativas, religiosas, áreas urbanizadas y en proceso de urbanización de acuerdo con la dinámica local.

Dos centros de salud y los cuidados producidos por diferentes agentes

Elegimos para trabajar durante 2019 dos centros de salud con diferencial ubicación espacial e historicidad en “el territorio”. El CAPS “34 Has”, que toma su nombre de un espacio que inicialmente comprendió 34 hectáreas. Surgido en la década de 1960, este espacio resulta de la reubicación de familias de seis barrios diferentes. Es un proceso que culminó después de una larga lucha llevada adelante por cientos de familias de sectores populares cuyo objetivo fue el acceso a la tierra y a la vivienda propia. Esto se dio a partir de la ocupación de tierras fiscales y privadas (alrededor de 500 familias), fenómeno que se produjo en diferentes partes de la ciudad. Desde los 80, a partir de una serie de medidas judiciales, se produjo la organización de los diferentes asentamientos. Recién entre 1989 y 1994, se planificó y logró la ubicación en barrios en el área conocida actualmente como *34 hectáreas*, nombre que luego tomó el CAPS. Está ubicado sobre la ruta nacional 40, en dirección sur-oeste de la ciudad. Comprende los barrios: Unión, 2 de Abril, 645 Viviendas y 29 de Septiembre, de reciente radicación. El CAPS se creó a partir de acciones locales y por la necesidad sanitaria de brindar actividades en APS para los pobladores.

“La historia de cada uno de los centros de salud estuvo relacionada con diversas iniciativas de distintos actores para obtener un lugar físico en la junta vecinal, una pequeña pieza que en virtud de las prácticas devino consultorio hasta lograr que se cediera ese lugar, estático y en esa misma trama se construyendo el espacio del centro de salud. En algunos casos, el lugar físico pertenece a iglesias, en otros es producto de donaciones o se usa en calidad de préstamo. En diversidad de situaciones lleva a uno de los médicos generalistas a un centro de salud a definirse como “ocupas”, en virtud de las situaciones de informalidad respecto de la tenencia de la tierra en la que está emplazado el centro de salud” (Pérez y Perner, 2018, p.4)

Este isomórfico surgimiento, no cedido y no propio de los CAPS en los 80s, tiene que ver con que la salud aparece como ese espacio social no siempre planificado, sino que acompaña los devenires de los conjuntos sociales. Luego, la dinámica de legitimación lleva a crear instituciones que van adquiriendo forma a partir de: donaciones, como espacio cedido por el

municipio o particulares y luego, la edificación que aún hoy recibe el nombre de “salita”, que como en el caso de este CAPS, cuenta con un consultorio odontológico.

En nuestro trabajo de campo durante 2019, hemos registrado actividades propias de los programas nacionales (maternoinfantil, sumar, remediar, inmunizaciones) y acciones que se fueron generando como propias de ese espacio social, realizadas en el Centro y otras en “extramuros” (en el CAAT, en establecimientos educativos). En nuestras entrevistas y recorridas con las agentes sanitarias y profesionales médicos y de salud mental participando como, reparamos en actividades en las que las/os profesionales y personal administrativo fueron generando como iniciativas propias (caminatas recreativas con adultos mayores)⁶. A pedido del CAAT comenzaron a ofrecer, por ejemplo, un “taller de belleza” a mujeres del barrio, para adquirir una capacitación en las actividades de peluquería, manicura y maquillaje. Estas formaciones, permitieron que las mujeres de los barrios accedieran a ingresos propios que, según la agente sanitaria, producían transformaciones en su autoestima. Em 2019 comenzaron a implementarr el programa nacional de la Adolescencia⁷ a partir de la demanda de la directora de un colegio público secundario del barrio. Se ofreció a los trabajadores del CAPS un espacio en la escuela para que las y los adolescentes pudieran consultar por diversas cuestiones relativas a embarazos no intencional, situaciones de violencia de género, así como consultas sobre educación sexual integral e identidades de género. Este servicios lo llevan a cabo en pares de trabajadores, que resultó ofrecer un puente entre la escuela y el CAPS, por el cual armaron un archivo de las consultas y los temas de consulta, en los que se guarda confidencialidad para con las autoridades escolares y los padres de las/os estudiantes.

En articulación con la presidenta del barrio 29 de septiembre y en respuesta al pedido de una mamá, se logró la creación de un espacio para púerperas, a partir del cual se crearon talleres sobre la lactancia y crianza. Si bien, desde el advenimiento del aislamiento por COVID19 se suspendieron todas las actividades de promoción y prevención en el CAPS, lxs profesionales continuaron realizando los controles pediátricos a niños menores de seis años, a las embarazadas, así como la entrega de medicación. Simultáneamente se confeccionaron videos para difundir las formas posibles para garantizar el aislamiento social (alentando a no asistir al CAPS y a no circular en el espacio público) Estos mensajes iniciales dieron paso a información más específica sobre las vías de contagio y actividades virtuales que se publicitan por las redes sociales (Facebook, WhatsApp) Estos medios favorecieron la ejecución de actividades administrativas: turnos para consultas, atención por teléfono o telemedicina para pacientes considerados población “de riesgo” o “vulnerables” al contagio: personas que viven con enfermedades crónicas, mayores de 65 y se logró finalizar la implementación de las historias clínicas digitales.

Un CAPS en territorio con población joven

⁶ Prevención y control de Enfermedades Crónicas No transmisibles (ECNTs) y obesidad coordinadas por el recepcionista (operador en salud mental) y una empleada de maestranza (mucama)

⁷ <https://www.argentina.gob.ar/salud/dinamia/saludintegralenadolescencia>

En 2019 se inauguró el CAPS número 16 de la ciudad de Bariloche, ubicado en la región este de la ciudad, en el barrio San Francisco IV⁸, en un área de asentamientos recientes y próxima a un vertedero de residuos ubicado en proximidad a la ruta nacional 40. Este CAPS estuvo inicialmente dirigido por un médico pediatra que buscó responder a las necesidades de una población mayoritariamente joven con niños pequeños. Al igual que en el CAPS 34 has, se implementan los programas nacionales y provinciales de salud. El equipo profesional está constituido por un número similar de integrantes del 34 has (15 profesionales asisten en días y horarios específicos de la semana), aunque a diferencia del anterior, no cuenta, hasta la fecha, con consultorio odontológico. El espacio de la institución es más reducido y posee menos consultorios. Las actividades que registramos inicialmente tenían que ver con las realizadas por las/os agentes sanitaria/os. Una de las prácticas que tuvo mayor impacto en los barrios ha sido que todo el personal sanitario recorriera el territorio guiado por las/os agentes sanitarios, para que las/los profesionales que usualmente no conocían el barrio, aprendieran a realizar esta práctica de la mano de quienes usualmente la llevan a cabo. De esta forma los/as vecinos/as pudieron tomar contacto con ellas/os, al mismo tiempo que los/as propios/as profesionales visitaban a los/as vecinos/as en sus viviendas. Han establecido vínculo con una escuela primaria y un jardín de infantes. Los talleres también están organizados a partir de los intereses de lxs propios profesionales: de huerta, de Reanimación Cardio Pulmonar (RCP), a pedido de instituciones escolares, para la prevención de incendios, de comida y alimentación, de zoonosis para prevenir enfermedades endémicas y la acción de animales ponzoñosos y talleres de exploración artística destinados a niñas/os en un centro comunitario barrial. Existen actividades en formación con instituciones religiosas de diferentes cultos, con organizaciones sociales y con referentes barriales.

A partir del inicio de las medidas sanitarias instituidas por la pandemia por COVID19, desde marzo del año 2020 gran parte de las actividades que se realizaban en este centro, se vieron afectadas:

“hay un montón de cambios, de reacomodos, hay turnos, pasa determinada cantidad de gente, hay horarios para evaluar a las personas con problemas respiratorios (y descartar o confirmar COVID), horarios de vacunas, rotaciones de la gente para su atención, cobertura de guardia, hay bastante para hablar”. (e.p. psicóloga infantil del CAPS La Habana, julio del 2020).

En relación con la transformación de las dinámicas institucionales, las y los trabajadoras/os expresaron críticas hacia las condiciones materiales en las que deben trabajar :“no son muchos [vecinos] en la zona de la habana que puedan hacer videollamadas o llamadas por celulares para la atención de consultas programadas”. Como en el CAPS 34 Has, la información se difunde a través de las redes sociales como Facebook o de *Whatsapp*. Sin embargo, los accesos a estos medios de comunicación son restrictivos para gran parte de los vecinos.

Por otra parte, cambió la modalidad del trabajo institucional y en el centro de salud, fundamentalmente se suspendieron los espacios tradicionales de trabajo con niños/as se

⁸ Comprende los barrios 270, Habana, Quimey Ruca, Mari Mari, Alun Ruca, La paloma (22 familias) y el barrio 130 viviendas.

suspendieron, o se realizan por telefonía celular. Dado que deben evitar el contagio a través los los objetos, el trabajo habitual con niños cambió de manera radical (evitando el uso de juguetes, materiales didácticos, lápices y pinceles) Debieron repensar las interacciones interpersonales a partir del uso del tapa boca y nariz, puesto que requirió un entrenamiento que permitiera incorporar un empleo adecuado, a la vez que repensar en los obstáculos para su empleo sostenido en el tiempo.

¿Cómo llevar adelante una atención integral cuando faltan profesionales? A través del teletrabajo esto reconfiguró la dinámica cotidiana de la labor asistencial. No existe un horario fijo de trabajo y otro de tiempo libre.

“en qué me modificó [Se refiere a la pandemia]? Me modificó en todo, en los horarios, en la vida porque trabajo de 8 de la mañana hasta 8 de la mañana y desde lunes a lunes, todos los días. Cuando estaba en el centro de salud lo hacía de lunes a viernes de 8 a 16hs y ahora es de lunes a lunes de 8 a 8”. (agente sanitaria del CAPS La Habana, julio 2020).

Aprendizaje de los cuidados en territorio y en el hospital

Los problemas derivados del tratamiento institucional por covid19, llevó a la creación de un comité epidemiológico de crisis, convirtiendo el propio trabajo del campo psicológico en función de dar respuesta a las/os compañeras/os de trabajo, articulando estrategias de “apoyo emocional” con una perspectiva grupal de abordaje, para distintas áreas y distintos/as trabajadores/as:

“Se trabajó en torno a un dispositivo y estas dos psicólogas del área de adultos lo que hacían era generar un espacio de derivación en caso de que alguno del personal de salud ya requiriera una asistencia más desde lo individual desde lo puntual yo estuve en muchas reuniones de eso trabajando en apoyo emocional a distintos grupos de distintas áreas del hospital (...) a la vez siendo nosotras mismas atravesadas por esto mismo porque somos trabajadoras de salud (...)” (Psicóloga de niños del CAPS, julio 2020).

Cada profesional interviniente aportó según su singularidad disciplinar y su historia institucional. En las entrevistas nos han remarcado la importancia del “acompañamiento”⁹ respetuoso al grupo familiar. Simultáneamente, mirada integral recupera en la práctica institucional entre pares, quién queda fragilizado frente a los cuidados hacia los más vulnerables (en este caso las/os niñas/os). Se produjeron situaciones conflictivas entre vecinos o a partir del aislamiento de algún integrante del grupo familiar. En la cuarentena realizadas en los hoteles, a veces las personas aisladas perdían contacto con sus familiares o afectos, temían por la seguridad de sus viviendas, frente a posibles robos o destrozos y en virtud de ser caracterizados como

⁹ Reparamos que el sentido del acompañamiento en estos ejemplos, recupera la tradición de propuesta de reducción de daños en el campo de las políticas de drogas (Romaní, 2008) aunque en ciertas ocasiones de extrema fragilidad, el acompañamiento no aparezca como sinónimo de cuidar (Candil, 2016)

“sospechosos¹⁰”. Estas situaciones derivaron en conflictos barriales. Trajo aparejada la necesidad de recuperar el trabajo territorial por parte de las y los profesionales de la salud, que podían intervenir y mediar. porque eran reconocidos por las y los vecinos como agentes en los que podían confiar. Estos conflictos fueron tema de coberturas periodísticas. Se enfatizó que los profesionales que eran conocidos y en los que confiaban las personas en los barrios, fueran quienes produjeran los mensajes de prevención.

Simultáneamente, reorganizar espacios para respetar la distancia física, recuperando para los usuarios que este distanciamiento no debía generar ningún trato estigmatizante. Continúan produciéndose encuentros en las “mesas de crisis”, que se realizan en diferentes espacios a los que acuden representantes de organizaciones sociales, municipales y religiosas. La atención a quienes presentan afecciones respiratorias debían realizarse en horarios específicos, diferenciando estas consultas de los controles habituales a niñas/os y embarazadas.

A medida que el contagio avanzó, el número de personal disponible (por tener enfermedades preexistentes o por haberse contagiado) fue disminuyendo. La agente sanitaria dejó el CAPS para dedicarse a una tarea de tiempo completo para recibir “repatriados” que llegan en ómnibus y aviones a la ciudad, en cualquier horario. Debe estar disponible las 24 horas de lunes a lunes. Otro agente sanitario está destinado al acompañamiento de personas con diagnóstico positivo y con síntomas (fiebre, ausencia de olfato, dolor de garganta) hasta la confirmación o no por hisopado de fauces que están alojadas los hoteles¹¹.

Pero eso va más allá de la salita, en la salita por supuesto seguimos con los espacios de reunión de equipo como una herramienta de cuidado y de poder ir trabajando estas cuestiones que tiene que ver con lo emocional y vincular. (Psicóloga infantil)

Aprendizaje territorial de los cuidados en pandemia

Afirmamos que la integralidad en tanto abordaje sanitario, muchas veces enunciada pero no siempre recuperada en las acciones, nos devuelve miradas metodológicamente comprensivas particularmente en el análisis de los cuidados. Centrados en las personas como sujetos de cuidados y en la interdependencia de sus acciones, descubrimos en esta práctica humana una dimensión profundamente creativa. Los análisis de los cuidados nos describen prácticamente la interdependencia cotidiana de las acciones en el proceso salud-enfermedad-atención-cuidados. Esto comprende, además, el cuidado entre pares y con los usuarios.

Existen miradas disímiles en cómo los propios agentes caracterizan los cuidados y a través de qué propuestas logran llevarlos a cabo: por demandas concretas o redefiniendo solicitudes de intervención institucionales. En todos los casos, el cuidado no aparece como una práctica de responsabilidad individual, sino como resultado de un acuerdo grupal y/o colectivo (sea para los usuarios de los servicios, desde personas o determinadas instituciones, como entre los

¹⁰ Nombre inicialmente otorgado al caso de ocurrencia de COVID19 y rápidamente resignificado como relativo a la persona afectada.

¹¹ En Bariloche hay actualmente dos hoteles en zona céntrica y la Escuela de Hotelería en la zona este de la ciudad.

trabajadores de la salud) La perspectiva relacional propia del trabajo de campo antropológico nos permite reconocer formas complejas y cambiantes acerca de cómo los agentes conciben estas acciones. Los cuidados producidos, circulados y recibidos en momentos históricos y espacios sociales determinados, constituyen formas específicas en que las personas otorgan valor a la protección social y al mantenimiento de la vida.

Bibliografía

Candil, A.L. (2016). Acompañar a usuarios intensivos de drogas: el papel de las redes de proximidad en los tratamientos ambulatorios, en: *Antipod. Rev. Antropol. Arqueol*, 26, 179-196. <http://dx.doi.org/10.7440/antipoda26.2016.08>

Delegación Andina del Colegio de Trabajadores Sociales de Río Negro. (15 de mayo de 2020). Posicionamiento respecto del tratamiento mediático y de estamentos del Gobierno respecto a los contagios de COVID19 por transmisión comunitaria en barrios populares en la ciudad. Comunicado del Colegio de Trabajadores Sociales de Bariloche. *Bariloche Opina*. <https://www.barilocheopina.com/noticias/2020/05/15/46917-comunicado-del-colegio-de-trabajadores-sociales-de-bariloche>

Domínguez Mon, A. y Femenías, M.L. (2018) Introducción. En: A. Domínguez Mon y M.L. Femenías. *Cuidados en Salud, Derechos y Género*. Documento de Trabajo N°80. (pp. 8-14). Instituto de Investigaciones Gino Germani, Facultad de Ciencias Sociales, UBA.

Fuentes, R.D. (9 de enero de 2020) A 30 años de la relocalización de barrios en las 34 Hectáreas. *El Cordillerano*. <https://www.elcordillerano.com.ar/noticias/2020/01/09/86469-a-30-anos-de-la-relocalizacion-de-barrios-en-las-34-hectareas>

Fuentes, R.D., Kropff, L., Aguero A. y Tissot, A. (2007). Sectores Populares: identidad cultural e historia en Bariloche. Núcleo Patagónico.

<http://webiigg.sociales.uba.ar/iigg/textos/documentos/dt80.pdf>

Ierullo, M. y Magilioni (2015). Cuidado y organizaciones comunitarias: reflexiones a partir de la experiencia de la Coordinadora de Jardines Maternales Comunitarios de La Matanza. *Argumentos. Revista de crítica social*, 17, 150-177. <https://publicaciones.sociales.uba.ar/index.php/argumentos/article/view/1384>

Martin Palomo, M.T. y Muñoz Terrón, J.M. (2015). Interdependencias. Una aproximación al mundo familiar del cuidado. *Argumentos. Revista de crítica social*, 17, 212-237. <https://publicaciones.sociales.uba.ar/index.php/argumentos/article/view/1382>

Pérez, S. y Perner, S. (2018). El acceso a la salud desde un enfoque de derechos. Percepciones de los equipos de salud de la Zona Andina de Río Negro. *Revista Pilquen. Sección Ciencias Sociales*, 21(3), 32-44. <http://revele.uncoma.edu.ar/htdoc/revele/index.php/Sociales/article/view/2086>.

Romaní, O. (2008). Políticas de drogas: prevención, participación y reducción del daño (a). *Drug Policies: prevention, participation and harm reduction. Salud colectiva*, 4(3).

Sanders, D., Labonté, R., Packer, C. y Schaay, N. (2012). Dimensiones comunitarias de la Atención Primaria Integral en Salud. *Saúde em Debate*, 36(94), 473-481. <https://doi.org/10.1590/S0103-11042012000300018>

Terenzi Seixas, C., Merhy, E.E., Staevie Baduy, R. y Slomp Junior, H. (2016). La integralidad desde la perspectiva del cuidado en salud: una experiencia del Sistema Único de Salud en Brasil. *Salud colectiva*, 12(1), 113-123.