

Construyendo salud comunitaria a partir de una experiencia de participación social en salud. El caso del COE de Villa Itatí creado en el contexto del COVID -19

María Cecilia Scaglia, UNAJ, marichescaglia@gmail.com

Mariana Saraceno, UNAJ, marianaines.saraceno@gmail.com

Magalí Turkenich, UNAJ, magturkenich@gmail.com

- Introducción

En esta ponencia nos proponemos mostrar resultados preliminares de la investigación que venimos desarrollando a partir de una experiencia de Participación Social en Salud (PSS).

El objetivo que orienta este trabajo de investigación es el de describir y analizar los saberes respecto de la salud comunitaria considerando las y los actores que participan del Comité Operativo de Emergencia (COE) de Villa Itatí en Quilmes. Las dimensiones de análisis que consideramos fueron las representaciones respecto de la dimensión social del proceso salud, enfermedad, atención y cuidados (PSEAC); la participación social en salud (PSS) y el padecimiento subjetivo; en relación a las prácticas que desarrollan los sujetos referidas a la intervención en el plano de lo barrial - territorial, la participación en los ámbitos de reunión y el abordaje del padecimiento subjetivo. Si bien el proyecto general se propone incorporar en el análisis las representaciones y las prácticas que se desarrollan en torno del padecimiento subjetivo, en este trabajo nos centraremos en la PSS y su influencia en los modos de abordaje del PSEAC.

Para abordar esta cuestión en términos teórico metodológicos adoptamos perspectiva etnográfica. Realizamos el trabajo de campo observando las reuniones del COE y participando de otros espacios comunitarios como eventos, jornadas o campañas que organizó este comité. También estamos realizando y procesando entrevistas en profundidad a las y los actores mencionados.

Para el análisis de la información de campo, adoptamos un enfoque relacional ya que nos centramos en los saberes de los siguientes actores: los trabajadores y las trabajadoras de la salud de los CAPS, de la Secretaría de Salud de la municipalidad y los referentes de las Organizaciones de la Sociedad Civil que motorizan estas actividades de PSS.

Al inicio de nuestra investigación explicitamos algunos supuestos, entre ellos que, durante la pandemia se empezaron a construir nuevas prácticas de PSS, y que estas prácticas actualizaban experiencias previas de participación de los sujetos frente a otros escenarios. Consideramos que

era posible pensar que esta experiencia había redefinido las representaciones sobre la dimensión social del PSEAC, aunque el saber biomédico siga siendo estructurante de las demandas de atención y de las prácticas de intervención en salud.

Entre los principales resultados podemos intuir, que existe una larga historia de participación comunitaria, más allá de la coyuntura pandémica. También notamos que en los momentos en que la preocupación en torno del COVID no era tan urgente, se producía un deslizamiento de sus preocupaciones hacia problemas vinculados al padecimiento subjetivo, aspecto que no indagamos en esta presentación.

- Recordando el Covid desde el lente de Itatí

La pandemia del Covid-19 se dio en un contexto económico, social y tecnológico radicalmente distinto respecto de las pandemias del siglo pasado. Desde que comenzó, académicos, científicos, intelectuales y políticos advirtieron que este emergente produciría un cambio social importante y se escribieron innumerables artículos de distinto rigor tratando de interpretar y adelantar estos cambios. A medida que la pandemia y los consecuentes confinamientos se prolongaban, se sucedieron estudios psicológicos y sociológicos que analizan sus efectos en los sujetos y las sociedades. Si bien, las principales investigaciones en el mundo se centraban en los aspectos biológicos con la intención de producir un tratamiento altamente efectivo contra el Covid, el debate político sobre los sistemas de salud se centró en la necesidad de invertir más recursos en ellos y asegurar el acceso a la salud. Así, pareciera que los cambios sociales, la investigación médica y los cambios en políticas de salud fueron tres procesos que surgen con la pandemia pero que se desarrollan en paralelo. En el proyecto que enmarca esta ponencia nos propusimos articular estos tres elementos a partir del análisis sobre la renovación de las estrategias de atención primaria de la salud mediante la investigación de una experiencia concreta y limitada: la estrategia de mitigación del brote de Covid-19 en Villa Itatí¹, Quilmes a partir de la conformación un Comité Operativo de

¹ Los orígenes de Villa Itatí pueden rastrearse en la década de los años 1950. La población comienza a asentarse a través de loteos populares que permitieron el acceso a un terreno sin ningún tipo de servicio o infraestructura urbana, de manera desorganizada y sin planificación urbana durante varias décadas. En la actualidad está compuesto por un perímetro que incluye 36 manzanas asimétricas con una altísima densidad poblacional que representa un elevado estado de vulnerabilidad de sus residentes con distintos niveles de heterogeneidad y complejidad a su interior, con una distribución espacial heterogénea, un trazado irregular, posibilitando solo en algunos casos, el acceso a vehículos livianos. Se estima que tiene una población de 16.478 personas, en una superficie delimitada por las calles Montevideo, Levalle, Ayacucho y el acceso Sudeste. Se trata de un barrio que tiene en promedio 1,03 hogares por vivienda en los cuales viven en promedio 3,55 personas. De los 4261 hogares de Villa Itatí 3966 (93,1%) tienen agua potable de red, 1044 (24,5%) están conectados a la red pública cloacal, 206 (4,8%) tienen gas de red y 386 (9,1%) tienen conexión al

Emergencia (COE) con la participación de todas las organizaciones sociales y políticas del barrio, los trabajadores y las trabajadoras de equipos de salud, los trabajadores y las trabajadoras de las fuerzas de seguridad y personal del área de desarrollo del municipio y de la Provincia de Buenos Aires.

La estrategia llevada a cabo en Villa Itatí dio excelentes resultados en términos epidemiológicos y los funcionarios del municipio sostienen que el funcionamiento del COE optimizó los recursos disponibles para enfrentar la epidemia (Muñoz, et. al; 2020; Figars, et.al.; 2020; Espósito, et. al; 2020). Cabe señalar que la gestión local de salud inspira su accionar en las premisas de la corriente de la Salud Colectiva, en tanto que piensa la salud como “un conjunto complejo de saberes y prácticas, técnicas, científicas y culturales, ideológicas, políticas y económicas, relacionados al campo de la salud, involucrando desde las organizaciones que prestan ‘asistencia’ a la salud de las poblaciones hasta las instituciones educativas, de investigación y organizaciones libres del pueblo, políticas y comunitarias, que puedan tener un carácter científico o sindical interesadas en defender el sistema público de salud en el marco de la lucha por el ‘derecho a la salud’ de la ciudadanía” (Bustos, et.al;2020:1). Es por ello que hacen énfasis en la participación comunitaria para el abordaje de los problemas de salud entendidos desde una perspectiva integral y hacen hincapié en la dimensión política del PSEAC, ya que consideran la salud de la población como un derecho ciudadano.

Las primeras medidas que se tomaron en términos de políticas sanitarias nacionales ante la emergencia del COVID-19 a principios del 2020, estuvieron vinculadas a restringir la circulación de las personas para fundamentalmente, preparar los servicios de salud para atender los efectos de la enfermedad. A la hora de “preparar los servicios de salud” se pensó principalmente en la inversión en equipamiento de alta complejidad. Cuando aparecieron los primeros casos en barrios populares, se vio que era importante adoptar otras estrategias. Las premisas de la Atención Primaria de la Salud (APS), fueron desempolvadas para intentar mitigar el impacto del COVID en estas poblaciones. Así se apeló a diferentes estrategias de seguimiento y vigilancia epidemiológica territorializadas, con el trabajo conjunto entre referentes sociales y trabajadores de la salud. Estas experiencias posibilitaron también un abordaje integral de los impactos desiguales de la epidemia.

servicio eléctrico con medidor particular.El 26,1% de los hombres terminó la secundaria mientras que lo hizo el 29,4% de las mujeres y en relación a la actividad laboral el 75,2% de los hombres tienen algún tipo de trabajo remunerado mientras que el porcentaje es del 56,3% en las mujeres.

A partir de este contexto y ante la renovación de las premisas de participación comunitaria territorializada propias de la estrategia de APS es que nos preguntamos qué elementos permitirían a la experiencia del COE de Villa Itatí constituirse como una experiencia de participación en salud susceptible de ser sostenida en el tiempo más allá de la coyuntura COVID 19 y por el contrario qué elementos estarían limitando esta posibilidad. Atendiendo los diferentes sentidos que se le otorgan a la PSS, en función de la orientación de las políticas sanitarias, y de las experiencias históricas de los sujetos de participación social, es posible interrogarnos respecto de los sentidos que le otorgan a esa experiencia los diferentes actores involucrados, intentando identificar si se trata de una participación meramente instrumental para atender la emergencia o supone un ejercicio de poder compartido y una experiencia democratizadora.

Esta experiencia de participación ¿implica un cambio en la cosmovisión de los problemas de salud para sus integrantes? ¿De qué manera se significa esta experiencia para los referentes de las organizaciones comunitarias y para los trabajadores de la salud? ¿Qué prácticas despliegan en este sentido estos actores y estas actoras? ¿Cómo la conceptualizan los referentes de las organizaciones y cómo lo hacen los trabajadores de la salud?

Planteamos como hipótesis que durante la pandemia se produjeron nuevas prácticas de PSS orientadas por la necesidad compartida por los actores de hacer frente a la epidemia, que actualizaban experiencias previas de participación frente a otros escenarios. Del mismo modo consideramos posible pensar que la emergencia del COVID, así como la experiencia colectiva de abordaje de la problemática, ha redefinido las representaciones que se tenían sobre la dimensión social del proceso salud – enfermedad – atención, aunque el saber biomédico siga siendo estructurante de las demandas de atención y de las prácticas de intervención para el abordaje de los problemas de salud.

- Algunas producciones teóricas que nutrieron nuestro proyecto

La participación social en salud (PSS) surge como un imperativo asociado a la estrategia de la APS en la Conferencia de Alma Ata en 1978 (OMS/UNICEF 1978). En ese encuentro se manifestó la necesidad de reformular las estrategias de abordaje de los problemas vinculados a la salud, la enfermedad y el cuidado involucrando para ello a la comunidad. Desde entonces múltiples experiencias han incluido en sus prácticas en salud dispositivos basados en la participación comunitaria. Del mismo modo son numerosos los autores que han reflexionado

sobre esta categoría y sobre las experiencias que se han desarrollado en su nombre (Montero, 2004; Ugalde, 1999; Menéndez, 1999; Spinelli, 1999; OPS/OMS, 1992; Grodos y Bethume, 1988; Fals Borda, 1985). La interpelación a la comunidad se explicitó a través de conclusiones tales como que “el pueblo tiene el derecho y el deber de participar individual y colectivamente en la planificación y aplicación de la atención a su salud” (Conferencia de Alma Ata, 1978). Así la estrategia de la APS se transformó además en la fuente de legitimación de la intervención directa de los conjuntos sociales en la solución de sus problemas de salud.

El concepto de participación social en salud (PSS) está cargado de presupuestos ideológicos-técnicos generalmente no explicitados que sin embargo orientan su uso. Al igual que otros, se trata de un concepto propio del campo de las ciencias sociales que ha sido resignificado y reapropiado por las ciencias de la salud sin un análisis crítico del contexto de surgimiento (Menéndez, 2006). Ya desde los años 40 la PSS aparece simultáneamente como instrumento y como un objetivo en sí misma, es decir que fue considerada como un medio para mitigar los daños a la salud, así como un instrumento para organizar /democratizar a los diferentes conjuntos sociales. A finales de los años 60 la participación social ha sido utilizada con diferentes objetivos y por diferentes sectores en términos exclusivamente técnicos y/o políticos. Recuperamos desde aquí la necesidad de incluir la dimensión histórica de la participación para poder reconocer las experiencias previas de participación de las que se nutren los conjuntos sociales. También es preciso reconocer que, en las experiencias concretas de participación, los sujetos no limitan su accionar al campo estrictamente sanitario, sino que la participación, suele implicar acciones intersectoriales que refuerzan la concepción integral de la salud.

La PSS ha asumido distintos sentidos y significados, algunos más críticos y democratizantes y otros más instrumentales. Se ha significado la PSS como una forma de involucrar a los conjuntos sociales en la toma de decisiones que afectan su propia vida, se ha apelado a la PSS para romper con el individualismo propio de la sociedad capitalista, y se la ha significado como una forma de empoderamiento. Sin embargo, algunos autores y autoras también han cuestionado que se haya apelado a la PSS como un modo de legitimar y reproducir las estructuras de dominación. (Menéndez 2006). Desde la perspectiva integral de la salud se ha reivindicado como “verdadera” participación el involucramiento de los sujetos en la toma de decisiones y en el diseño de acciones sanitarias, sin embargo, lo que ha primado en el campo de la salud, es la PSS orientada desde una perspectiva instrumental, que se evidencia en acciones que apuntan al trabajo de “voluntariado”

o a la formación de “promotores/as” con el objetivo de reducir los costos de la atención de la salud. Eduardo Menéndez señala que, en las prácticas, las experiencias de participación suelen parecerse más entre sí que en los discursos que las justifican. Siguiendo a este autor, consideramos a la PSS como “... un ejercicio donde los sujetos y grupos experimentan su propio poder y sus posibilidades. (...) La PS² se va convirtiendo en una suerte de mecanismo generalizador que opera desde lo político hasta lo terapéutico.” (Menéndez, 1998:8). Un planteo más actual del mismo autor (2006b), pone en evidencia que no es posible pensar la PSS de manera unívoca, sino que es preciso comprender que existen diferentes concepciones de la misma. Lo que define la participación no son las actividades sino el papel y el sentido que se les otorga. Es importante, entonces, desde esta perspectiva prestar atención a las acciones reales en los diversos espacios y también entender que las características de la participación comunitaria no son inherentes a la misma, sino que deben considerarse como desarrollos posibles. Aún más, el autor resalta, en este sentido, la necesidad de la articulación entre las diferentes formas de participación, antes que excluirlas.

La PSS surgió asociada también a las propuestas de promoción de la salud, y más precisamente al enfoque que denominaremos “colectivista”, es decir que entiende la promoción de la salud a partir del trabajo sobre los determinantes sociales de la salud, y se apoya en el trabajo con comunidades. También se asocia a la PSS con otras nociones como desarrollo social, desarrollo comunitario, capital social (Sapag y Kawachi, 2007) y educación para la salud. Ésta ha sido la perspectiva adoptada por la corriente de la salud colectiva desde los 70, y en general los trabajos más recientes se orientan en analizar la efectividad de políticas basadas en estos principios (Salazar y Vélez; 2004); o en la evaluación de experiencias concretas basadas en principios tales como: empoderamiento, intersectorialidad, participación social, equidad y sustentabilidad (Sícolo y do Nascimento; 2003; Bang y Stolkiner; 2013). Casi todos los autores enmarcan sus análisis en los procesos de reforma de los sistemas de salud iniciados en los 90 en todo el continente, y evalúan si estas reformas significaron cambios sustantivos en el modelo de atención. Todos coinciden en señalar que estos procesos de reforma no han modificado la hegemonía del modelo biomédico en los sistemas de salud, y rescatan la necesidad de reorientar principios desde perspectivas renovadas. Para trascender el cepe de los discursos, consideramos que es imprescindible contextualizar el análisis de las políticas situándolos en el momento histórico del

²Para E. Menéndez PS refiere a participación en salud

desarrollo social y político del que forman parte y que los atraviesa, dando cuenta de las prácticas concretas que despliegan los sujetos y de los saberes que ponen en juego. La perspectiva etnográfica puede abrir una puerta que permita trascender la normatividad de los discursos políticos y dar cuenta de los procesos sociales en los que estos se imbrican y de las posibilidades reales de los sujetos involucrados en estos procesos (Scaglia, M., 2012; Scaglia, M. et. al, 2018). Es preciso mencionar la importancia que se atribuye a la noción de territorio, en el discurso de los que llevan adelante las políticas sanitarias, y en especial aquellas orientadas al primer nivel de atención. El término “territorio” surge vinculado al discurso de la militancia política en los sectores populares para referirse a ese ámbito de participación en el que se trabajaba en pos del desarrollo urbano. La militancia, producto del proceso de desindustrialización de la sociedad y la consecuente desocupación y de precarización de la misma a partir de la década del 90 se desplaza en gran medida del ámbito gremial e inscribe su acción política hacia el ámbito barrial como “refugio”, reinventado de esta manera nuevos repertorios de la acción colectiva con clara inscripción de base territorial. Son esos mismos líderes quienes nutren los procesos de movilización que dan lugar a los piquetes de fines de los 90 y al estallido del 2001 (Petz, 2013; Manzano, 2013; Merklen, 2005, Svampa, 2003). A partir del gobierno de N. Kirchner, muchos de esos cuadros militantes se incorporan al estado y comienzan a diseñar políticas de ampliación de derechos. Son ellos quienes dan forma y sustrato teórico al término “territorio” a partir de su intervención en la cuestión social.

El concepto de territorio en nuestro país, más allá de su connotación geográfica, ha sido apropiado y reinterpretado a partir del 2003 por las ciencias sociales en general y particularmente en lo que refiere a la reflexión respecto de la implementación de políticas públicas. El concepto, lleva implícita la idea de apropiación, ejercicio del dominio y control de una porción de la superficie terrestre, pero también hace referencia a la pertenencia y proyectos que una sociedad desarrolla en un espacio dado y que en términos de organización política podemos definirlo como municipio, provincia o país, entre otros (Scaglia y Rivas; 2020). El renovado énfasis en lo territorial tiene que ver con el reconocimiento de que es en el territorio donde se hace inteligible lo general, lo macro y la estructura. Lo territorial supone una serie de espacios en los que las relaciones se dan cara a cara: los microgrupos domésticos, la escuela, el barrio, los lugares de trabajo, incluso el cuerpo. Los procesos macrosociales se viven en el territorio y es esta esfera la que les otorga sentido. Así, dar cuenta de la importancia de la dimensión territorial no puede excluir el reconocimiento de la

determinación de los procesos generales (Scaglia, 2012; 2020).

La atención de la salud en el primer nivel es entonces también el resultado de múltiples procesos en los que se articulan la historia de participación de los sujetos sociales territoriales y las decisiones políticas. De esta forma, la acción estatal se inscribe en la historia, en el territorio y en la red de relaciones que caracterizan cada espacio social específico; la intervención de los agentes del estado produce prácticas, y es a su vez resignificada por los sujetos receptores de estas políticas. (Cravino et. al; 2002). Del mismo modo, la intervención pública es moldeada por el territorio en el que se inscribe, y son los ejecutores de estas políticas quienes a su vez les otorgan nuevos significados según el espacio social en el que se imprimen.

Para el análisis del COE de Itatí consideramos importante dar cuenta de aquellas viejas recetas propias del pensamiento crítico en salud que se han visto revitalizadas a partir de esta coyuntura. Desde esa perspectiva, resulta fecunda la recuperación de las propuestas de PSS, ya no desde un posicionamiento ideológico, ni desde propuestas eficientistas, sino a partir de una emergencia que puso en jaque los saberes y los roles establecidos en el campo de la salud. La apelación a la PSS y el involucramiento de las OSC en la mitigación de la epidemia, en la escala territorial, permiten pensar que estos saberes están en permanente reconfiguración.

Los conceptos de modelos, saberes y formas de atención y prevención de padecimientos, propias del campo de la antropología de la salud, nos permiten identificar y analizar los distintos saberes sobre la salud comunitaria y la participación social en salud que construyen los sujetos de nuestra indagación. El concepto de saber nos resulta fundamental para poder analizar las posibles discrepancias en las representaciones y las prácticas, que despliegan estos sujetos en el contexto de mitigación y prevención del COVID. Otro aspecto a considerar es la preocupación por los sujetos y la reflexión respecto de sus subjetividades; además de describirlos en términos de actores es necesario explicitar las teorías de la subjetividad en las que se inscriben estas etnografías. Es preciso evitar la tendencia a pensar esta subjetividad en términos de identidad con el grupo o la comunidad de pertenencia y asumir esas comunidades como homogéneas e integradas (Menéndez, 2002:48).

Como señalamos más arriba, pareciera que los cambios sociales, la investigación médica y los cambios en políticas de salud son tres elementos que surgen de la pandemia pero que se desarrollan en paralelo. Nuestro enfoque, en cambio, se propone pensar los cambios en relación al sistema de salud. Y también los cambios en las representaciones de los actores del sistema de

salud respecto de su labor en su relación con los sujetos. De esta manera nuestra investigación puede lograr distintos niveles de abstracción. En primer lugar analizar la implementación de una política pública concreta en un territorio determinado desde la perspectiva de los actores políticos, del sistema de salud y de los ciudadanos de ese territorio. En segundo lugar, analizar categorías (salud comunitaria, participación social en salud, etc.) que forman parte del debate sobre las políticas sanitarias desde hace varias décadas ante el emergente de la pandemia: ¿son operativas estas categorías ante el emergente del covid 19? ¿qué transformaciones sufren las categorías a partir de la pandemia? ¿estos cambios son duraderos? De esta forma se avanza hacia un mayor nivel de abstracción que nos permite pensar tanto en políticas públicas de salud más allá de la inversión en hospitales, equipamiento, medicamentos y profesionales, como los cambios en la percepción de los sujetos respecto a su relación con la salud a partir de la pandemia.

- La génesis del COE

A partir de las entrevistas realizadas fue posible reconstruir el surgimiento del COE. En mayo del 2020, se detectan los primeros casos de COVID en Villa Azul, que es un barrio que linda con Villa Itatí, y sobre el que comparten jurisdicción los municipios de Avellaneda y de Quilmes. Cuando comienza a abordarse este brote, los funcionarios de ambos municipios entienden que si bien los testeos que habían dado positivo habían sido hechos en el CAPS perteneciente al municipio de Avellaneda, varias de estas personas eran vecinos de Quilmes. Esto obligó a diseñar una estrategia conjunta entre los dos municipios, para mitigar el brote en Villa Azul. En esta estrategia se involucraron también distintos organismos provinciales y nacionales³.

“...una positividad enorme, es decir venían todos positivos, en un 70%, vimos de buenas a primeras 60 casos de Covid, o sea vos lo venías viendo 2, 3, 60 casos de Covid, bueno acá estamos en problemas (...) empezamos a ver que esto de “quedate en casa” era un privilegio de clase, no era quedate en casa, porque la casa en Azul no existe, la casa es el barrio, es la comunidad, la familia es la comunidad y asumimos que todos estaban o enfermos o eran contactos estrechos o no iban a poder aislarse, entonces en definitiva el problema era de las 5000 personas que vivían en Azul,” (funcionario municipal)

Para el caso de Villa Azul se identificaron los límites del barrio y se procedió al cierre del mismo

³ El 24/5 en el marco de tres operativos Cuidarnos y Detectar consecutivos se confirma la aparición de un brote de COVID19 en el barrio, al haberse identificado 126 casos sospechosos de COVID19 de los cuales se confirman 92 casos (con una tasa de positividad del 73%). Para conocer los detalles de la estrategia adoptada en Villa Azul véase también Espósito, et al (2020)

con fuerzas de seguridad. Quedó permitida la circulación por dentro del barrio asumiendo que todos los habitantes eran casos sospechosos de COVID19 o bien eran contacto estrecho de algún caso. Si bien esta estrategia parecía adecuada para Villa Azul por las características geográficas y demográficas de este barrio (límites claros, una población de alrededor de 3000 habitantes en 837 viviendas del lado de Quilmes y 400 viviendas del lado de Avellaneda), la sola posibilidad de imaginar cerrar Villa Itatí con fuerzas de seguridad aparecía como una bomba de tiempo: por sus dimensiones, por la cantidad de habitantes y por el hecho de tener múltiples accesos hacían casi imposible replicar esa estrategia. Además, la historia y la potencia de sus organizaciones sociales, también constituían un desafío a la hora de pensar estrategias para controlar un posible brote de COVID.

“...porque un brote de las características de Azul en Itatí podía ser un desastre. Itatí es 5, 6 veces más grande, hay bandas, hay, es una complejidad que Azul no tiene, es un poco más chico. Además tiene más accesos Itatí...” (funcionario municipal)

“Veníamos con la experiencia reciente de Villa Azul que todavía estaba cerrado, cómo encarar en un barrio que era diez veces más grande, con sus particularidades, un montón de cosas que son por ahí muy, muy especiales pero también con una historia mucho más antigua que Villa Azul. Villa Itatí viene con una historia de más de 50 años muchas más organizaciones, es un mosaico de organizaciones políticas, entonces bueno, en un momento se plantearon todas las opciones: desde un cierre total, desde un cierre parcial, desde controlar algunos de los accesos” (funcionario provincial)

“Fue una propuesta de [el secretario de salud] y de [la concejal], ante el reclamo y la inquietud del barrio que todos llamaban por información, por qué hacemos, qué hacemos, qué hacemos. En ese momento Villa Azul se cerró (...) pero Itatí no se iba a poder cerrar (...)” (trabajador de salud)

Esto motivó discusiones tanto entre los diversos organismos estatales que se encontraban interviniendo en el territorio (Desarrollo Social, Ministerio de Seguridad y Ministerio de Salud de la provincia y Secretaría de Salud del municipio de Quilmes) como entre estos mismos funcionarios y los representantes de las organizaciones sociales del barrio.

Los relatos en este sentido difieren respecto del énfasis que otorgan a cada una de estas discusiones en función del lugar que ocupan cada uno de los protagonistas. Para los funcionarios municipales se trataba de un desafío doble, por una parte atender las demandas de las organizaciones del barrio y por otra parte adecuar a la realidad territorial las políticas que impulsaban las autoridades provinciales:

“En la primera reunión fueron autoridades de la provincia, la intendenta y presentó la propuesta del Comité Operativo de Emergencia y propuso la Coordinación, que si bien es un espacio colectivo, tiene centralidad en el municipio, en la autoridad sanitaria...” (funcionario municipal)

“(...) el 24 de mayo se decide el cierre de Villa Azul, (...) La primera reunión del COE, o sea esta idea ya la plantea [el secretario de salud municipal] cuando se juntan con las organizaciones ahí. Justo coincide que fue la primera vez que fue electa una concejal de este barrio: de un barrio popular” (funcionario provincial de salud).

El principal punto de debate con el estado provincial tenía que ver con el rol de las fuerzas de seguridad, mientras que el punto de debate con las organizaciones sociales del barrio tenía que ver con el lugar del estado en el territorio y con la conducción de este proceso.

“Antes de las primeras reuniones formales del COE, con una idea ya planteada de cómo íbamos a trabajar la pandemia en ese barrio popular, hay una reunión previa donde está el ministro de seguridad, se hizo ahí en el CAV (centro de atención vecinal). Estaba [menciona funcionarios provinciales y municipales] y estaba yo como parte de salud. Discutimos cómo hacer el enfoque en Villa Itatí. (...) Entonces lo que se decide es mantener el barrio abierto, sin encerrarlo, estar encima de cada uno de los casos positivos y hacer un seguimiento muy exhaustivo de los contactos estrechos y aislar en centros de aislamiento específicos (...) En su momento se decidió de esa manera, no buscar una lógica más punitivista, meter fuerzas de seguridad a un barrio popular era algo muchísimo más complicado” (funcionario provincial de salud).

El corte del acceso sudeste como mecanismo de demanda al estado, es mencionado tangencialmente por los funcionarios, sin embargo, todos ellos dan cuenta de la potencia y la autonomía con la que se manejaban las organizaciones sociales.

“...el primer contacto que tenemos en Itatí es a partir de un corte en el acceso, después del cerramiento comunitario en Azul. Los vecinos de Itatí empiezan a verse muy ansiosos y por esa situación cortan el acceso para pedir testeos masivos en el barrio. En ese momento el testeo estaba restringido a los casos sospechosos de covid y el test era un recurso mucho más limitado que hoy en día, así que al principio fue un proceso de conocimiento: de que nos conozcan” (funcionaria municipal).

“El primer día de hisopados lo hicimos en el CAPS de Avellaneda, lleno de gente, la gente puteándonos, diciendo ‘por qué no vienen a Quilmes, siempre igual, con la historia de ver

siempre a Avellaneda' y nos cortan el Acceso Sudeste, ese día, pidiendo hisopados para Quilmes, la gente puteando 'vengan a hisopar' (...) Y ahí en ese mismo momento justamente porque del otro lado del Acceso teníamos esta situación, empecé a tener las primeras reuniones con [referentes de algunas OSC], parar y decir, bueno che, tenemos que empezar a cuidarnos, vamos a hacer un operativo de Detectar, de la situación como estamos, implementemos lo que ya veníamos haciendo, pero con mucha intensidad en Itatí.”(funcionario municipal)

“cuando hubo mayor contagio en Azul, y empezaron a vislumbrar esto, ‘ya se viene’, ‘se viene’, nosotros y también las organizaciones, salimos al cruce con [secretario de salud municipal] que sabíamos que venía, entonces lo hablamos (...) lo buscamos y acá vino, entonces desde el inicio, nos impresionó su receptividad, entonces planteamos las preocupaciones y enseguida pidió que conectara con las organizaciones y convocara a una reunión, que estaría a la semana, semana y algo, bueno, nos reunimos. En el barrio hay como veinte y pico, treinta organizaciones, - ¿Ustedes convocaron? ¿él les pidió a ustedes que convocaran? - Claro, (...) entonces convocamos, estábamos ahí como empezando a ver qué hacer y ahí empieza a tomar la coordinación la Secretaría de Salud” (referente de la parroquia)

El vínculo entre el estado y las organizaciones sociales fue un desafío para ambas partes. Las OSC desconfiaban de los compromisos de los funcionarios con la tarea propuesta. Fue preciso fijar reglas de juego y definir cómo iba a funcionar el COE. Una de las primeras cosas que se definió fue que no funcionara en el CAV (Centro de Atención Vecinal) sino que lo hiciera en la parroquia, ya que ello aseguraba un debate horizontal.

“...a partir de la irrupción de la pandemia, ahí nos empezamos a juntar las organizaciones solas, de hecho, invitamos al Estado, el Estado no vino, pero a la segunda tercera reunión el Estado, porque se reunían ahí en ANAVI varias organizaciones, no todas, algunas sí, otras no, pero creo que era por una cuestión de quién tomaba, quién dominaba, quién tenía el pulso de la situación, después el Estado convoca, viene el [ministro de desarrollo social], viene gente, por fuera invitan a los movimientos, Movimiento Evita y cía, y ahí irrumpen muchas más organizaciones sobre todo sociales y partidarias, política partidarias, y a partir de ahí las organizaciones tradicionales que ya se venían reuniendo desde hacía mucho tiempo...Así que tal vez el Estado ante la emergencia cobró mayor protagonismo, en el sentido que nos pudo aunar todos en el mismo rumbo, en el mismo barco, ¿no?, (referente de la parroquia)

“Pero en realidad la idea del COE vino más por una necesidad nuestra de tener que buscar aliados, que por una planificación estratégica donde quisiéramos sentarnos con otros actores y discutir, etc. En ese momento de tener que juntarnos con organizaciones

porque sabíamos que solos no podíamos”.(funcionario provincial)

Otro de los puntos álgidos fue qué rol iba a asumir la concejala del barrio, ya que se arrastraban viejos conflictos desde que ella había comenzado su militancia en el barrio allá por el 2014. Y también se disputó la conducción política de ese proceso que terminó decantando en la figura del secretario de salud municipal.

“Lo tomaron para bien, con mucha desconfianza, a mí me marcó mucho cuando dicen, - ¿sabés? cómo vos vinieron un montón, entonces era un desafío para nosotros legitimarnos con el trabajo, en definitiva, entonces empezaron a ver que íbamos un día, cuando se reunían al día siguiente estábamos a las 8 de la mañana, que nos quedábamos hasta que se hacía de noche, que íbamos a buscar un vecino, porque tal tiene anosmia, tal tiene fiebre, y cómo hacemos, ya lo hisopamos hoy pero mañana, mañana volvemos, se fue generando de a poco una relación” (funcionario municipal)

“Y ahí íbamos como rompiendo prejuicios, de hecho, anteriormente con algunos grupos, con algunas organizaciones nos habíamos peleado a muerte por algunas cuestiones de proyectos de la Cava y esas cosas pudimos saldar ante la emergencia, pueden disentir el modo de encarar, puede ser, pero con la intención de buscar lo mejor para la gente(...) y también el Estado, que mucha gente que vienen con el tiempo, uno va conociendo, por eso admira, ojalá que haya gente, autoridades que tengan esa visión, esa capacidad de mezclarse con la gente, estar dispuestos a llegar a la necesidad de la gente, sino no tiene sentido y a su vez uno puede ir descubriendo quién es quién. Quienes vienen realmente con una noble principios, ideas y otros que realmente tienen su mente muy chica del objetivo de poder, poder ideológico, poder político, que sé yo, económico, y bueno, ahí sí nos tenemos como que clarificar. ¿No? Claro la gente misma lo sabe, en estos lugares no pueden fingir, acá, se sabe.” (referente de la parroquia)

“quien le puso de entrada y metió todas las pilas y tuvo toda esta ambición fue [el secretario de salud municipal] fue él el creador de esto, el que lo pensó y el que lo llevó a la práctica. Porque nosotros podemos pensarlo, pero después hay que también conducirlo políticamente con un montón de organizaciones sociales peleadas entre sí, discutiendo por quien recibe una bolsa más o menos de alimento es decir... y continuamente volviendo a encuadrar a todas esas organizaciones (...) Siempre conducía salud y había una representante de la política local que era [la concejala] que era bastante resistida por varias de las organizaciones y sin embargo se unieron, pero más allá de todo, todas las organizaciones trabajaron.” (funcionario provincial)

- De nuevas pestes con viejas recetas

La estrategia de abordaje territorial del barrio Villa Itatí se realizó fundamentalmente a partir de

dos acciones: por una parte la creación del COE con la convocatoria y participación de veinte organizaciones de la sociedad civil (OSC); y a partir del COE la formación de un equipo territorial de monitoreo sanitario que realizaba actividades de detección y seguimiento de casos en los domicilios. En las reuniones del COE se planifican las acciones a realizar en el barrio que incluían recorridas casa por casa para identificar casos sospechosos de COVID19, entregar alimentos y artículos de higiene en caso de necesidad, y seguimiento en casos de encontrar familias del barrio que presenten una infección por COVID19.

A partir de estas reuniones se decidió mapear y subdividir el barrio en tres sub áreas y para cada una de estas áreas se armaron “equipos de salud comunitaria” integrados cada uno de ellos por un profesional de la secretaría de salud municipal, trabajadores y trabajadoras del Centro de Atención Primaria de la Salud (CAPS), referentes sanitarios de las OSC (por ejemplo trabajadores sociales o enfermeras) y referentes sociales del barrio. Todo el trabajo de vigilancia epidemiológica, seguimiento y monitoreo fue realizado por estos equipos que volcaban la información en una base de datos y georreferenciaban los casos.

“La primera reunión fueron 17 zonas, porque fue con el ‘cuidarnos’ y el DetectAr que recorrimos todo, absolutamente todo, el barrio. Y después, como aparecieron más casos y se empezó a hisopar, se hicieron tres zonas A, B y C. Se armaron 3 equipos de salud donde participaban: la secretaría de salud, la comunidad, los voluntarios y voluntarias. Entonces, en principio, para recorrer todo el barrio fueron 17 organizaciones donde cada uno tomó su zona y después terminamos en tres zonas, donde terminaron participando cada una de las organizaciones que pertenecía a cada zona.” (trabajadora de salud)

“Se había diagramado la tarea diaria en la que nos encontrábamos en la base sanitaria, que era uno de estos tres jardines a la mañana temprano. Desayunábamos, nos cambiábamos, nos poníamos todos los elementos de protección personal, salíamos al puerta a puerta, búsqueda activa de casos sospechosos para orientarlos al móvil de hisopados (...) nosotros teníamos en cada una de las bases un referente de salud y un referente del territorio.” (funcionaria municipal)

“La primera ola la pasamos así, laburando de 8 a 22, todos los días, 157 días corridos, sábados, domingos, feriados (...) acá se empezaba ya con llamados de teléfono, mensajes en los grupos de whatsapp, llegábamos, tomábamos algo y empezábamos a ver. Todo el tiempo estábamos jerarquizando quienes eran los controles que teníamos que hacer y qué acciones eran más urgentes que otras, como organizar el conteo de los vecinos (la carga del SISA) se hacía, por ahí, después del mediodía, digamos en la rutina, teníamos que ver, hacer los llamados de control o ver quiénes de esos pacientes que habíamos llamado el

día anterior estaban igual, más o menos, o no tan bien, o habían empeorado, (...) Después de todo eso, de organizar y lo dejábamos en un drive, en los cuadernos, si nos habíamos olvidado de algo y todo eso, teníamos que desintoxicarnos para volver a las casas, que era otro tema, otro trámite...”(trabajador de salud)

Dada las particularidades del barrio las prácticas del COE no se limitaron a la detección y aislamiento de casos, sino a la necesidad de asegurar el cuidado de las casas de las personas aisladas así como de las familias que presentaran otras necesidades de asistencia (alimentos, medicamentos, contención, etc..)

Un aspecto también relevante de la rutina de trabajo lo constituían los traslados a los centros de aislamiento, ya que cuando se encontraba un caso positivo en un hogar era imprescindible asegurar su aislamiento, y para ello había que garantizar no solamente el seguimiento del resto del grupo familiar, sino también había que comprometerse en los cuidados cotidianos de esa familia durante el tiempo que durase el aislamiento del que se iba.

En el distrito de Quilmes se dispusieron tres centros de aislamientos no hospitalarios: la Universidad Nacional de Quilmes, el Colegio San Jorge y las instalaciones del Sindicato de Trabajadores del Plástico; en ellos se ofrecían instalaciones y cuidados para transitar la infección sin riesgo de contagio a personas cercanas.

“en ese momento por las condiciones edilicias que había acá en el barrio, que hay en el barrio, era difícil lograr un aislamiento en las casas, porque muchas casas tienen un solo dormitorio, o un solo ambiente o son muchos de familia, entonces ahí ofrecíamos el aislamiento en centro de aislamiento periférico no hospitalario, a los que solamente estaban estables pero necesitaban aislarse, y después teníamos los centros de internación, (...)hacer comprender a la comunidad qué era el aislamiento, por qué había que irse, cuándo había que volver al barrio y en qué condiciones, (...) me acuerdo un día domingo que solamente en mi zona, tuvimos que llevar a centros de aislamiento a 25 personas, entonces había que llamarlos, notificarlos del resultado del hisopado del día anterior e invitarlos que en 2 o 3 horas preparen un bolsito con ropa para 10 días, y esta familia quedaba sin ese integrante, aislada, sin poder ir a trabajar, y ya coordinado todo eso le proveíamos alimentos, elementos de higiene, y las pautas de alarma, para que si alguno tuviese algún síntoma parecido pueda informarnos (...)Y eso también fue dinámico, arrancaba uno en la familia había que aislar, los cinco se quedaban, después ya se iba otro integrante de la familia, con distinto período de incubación, se quedaban tres, ahí surgieron los problemas que por ahí había casas donde se tenían que quedar los menores de edad que también alguno ya empezaba a tener o fiebre o ... entonces, había que hacer volver a alguno de los progenitores (...).(trabajador de salud)

“Les explicábamos, la importancia de que se vayan, y que iban a tener todos los cuidados necesarios en los centros de aislamientos, pero también que las personas que se quedaban en su casa iban a tener todo el cuidado necesario” (trabajador de salud)

“Ahí directamente para visitar a las familias aisladas con 3 preguntas fundamentales que eran: -si tenían alguna necesidad de asistencia. (No siempre era darle un bolsón, a veces era hacerles las compras); -si tenían a alguien con síntomas; y -si estaban cumpliendo el aislamiento. Entonces se completaba una fichita día a día hasta que tuvieran el alta y lo que intentábamos hacer era cada vez que recibimos los resultados y detectamos dónde están las personas positivas íbamos hasta el domicilio y lo que le pedíamos a esa persona era que se aísle, para poder cortar la cadena de contagios hasta que no contagie más, así podía volver al barrio con la tranquilidad de que todo este colectivo de voluntarios íbamos a seguir asistiendo a su familia que quedaba aislada” (funcionaria municipal)

“todos los promotores comunitarios del COE tenían la función de identificar gente para hisopar, llevarle comida a las personas que estaban en su casa y evaluarlos clínicamente porque si había un paciente que se fue a la casa con un cuadro leve, pero se está descompensando, había que llevarlo con el SAME a internarse, cosa que hemos hecho (funcionario municipal)”

“Al otro día cuando te daban el resultado íbamos los promotores al domicilio, y le decíamos ‘te dio positivo’ ... Los llamábamos previamente por teléfono, como para que el impacto no sea en la casa (...) Fue difícil, hubo que charlar mucho, mucha contención con los vecinos/as porque el miedo lo teníamos todos, la incertidumbre era lo que primaba en ese momento entonces la persona tenía que confiar en vos.” (voluntaria de OSC)

“lo que pasaba en el centro de aislamiento es que tenía actividades: Salud Mental, charlas con la secretaria de mujeres, cine debate. En los centros de aislamiento también se pensaron estrategias comunitarias que estuvieron buenas” (trabajador de salud)

Se atribuye a la división del trabajo en equipos de trabajo integrados por los diferentes actores la eficacia en términos de abordaje de la pandemia principalmente por brindar la confianza necesaria a través de una cara conocida; la presencia de un médico capaz de dar respuestas ante una situación sanitaria; y el sostén de voluntarios para apoyar la asistencia necesaria.

“se armaban como equipos de laburo, donde se representaba esa integralidad, esa integración, y se fue trabajando muy bien...” (trabajador del salud)

El mediodía, la hora del almuerzo, se constituía en el punto de encuentro de los tres grupos de

trabajo zonal. En el comedor que sostenía uno de los referentes de la parroquia, se daba de almorzar a los voluntarios con el lema “cuidar a los que cuidan”. Es posible afirmar que esos encuentros cotidianos, ese momento de tranquilidad, con la posibilidad de compartir momentos más relajados con otros que estaban desarrollando las mismas tareas, constituyó uno de los ámbitos que posibilitó la construcción de lazos de confianza entre los distintos actores, y facilitó el funcionamiento del COE.

“el equipo de las tres zonas (se reunía), durante varios meses sobre el mapeado, y que iban diciendo, a ver dónde están los que son positivos?, y a quién le toca,? cuál es su límite?, nos juntábamos para reunirnos, charlar y comíamos en el centro de chicos, como base operativa del COE, durante mucho tiempo. Eso creo que de alguna manera facilitó, por ejemplo, cuidar a los que cuidan, que también es una responsabilidad. Entonces nosotros ofrecimos un espacio que ayude de alguna manera a la conformación, del equipo. Y ahí íbamos como rompiendo prejuicios, de hecho, anteriormente con algunos grupos, con algunas organizaciones nos habíamos peleado a muerte por algunas cuestiones de proyectos de la Cava y que sé yo, y esas cosas pudimos saldar ante la emergencia, entonces y está bien, me parece, todo, todo. Todas las instituciones” (referente de una OSC)

En las entrevistas se denota como a partir de la emergencia sanitaria y la necesidad del trabajo conjunto se modifica la relación entre las autoridades sanitarias representativas del Estado y las organizaciones del territorio. También es notable cómo se modifican las relaciones de desconfianza que existían entre las diferentes organizaciones sociales.

El COE como ámbito de participación funcionaba con reuniones semanales en la parroquia a la que asistían no solamente los actores involucrados: referentes de las organizaciones, trabajadores de salud y funcionarios municipales y provinciales, sino que también asistían todos los vecinos del barrio que desearan, por ello se transformó en un espacio de comunicación y difusión de medidas sanitarias, y de información epidemiológica local.

“el COE es representativo de la gran comunidad de Itatí, también ayudó a poder explicar y a difundir cuál era el camino, y cuales eran las normas, sí?, instábamos por mensajes a que la gente mantenga la calma, que iba a ser asistida, que esto que lo otro.... (...) fue tan fuerte el eco de lo comunicacional, es decir, tenemos que hacer así, ese es el camino, pim, pam, pum, ir adaptándolo cada quince días, que creo que fue bueno, sin duda”(trabajador de salud)

“como voluntad política, presencia, generar un buen ámbito, haber podido generar un ámbito constructivo, sobre eso insistimos bastante, que todos sepan que si están ahí están

para quedarse, que nadie pateaba el tablero para que se vaya y creo que se generó un tono, en las reuniones que permitió eso, (...) entonces también haber generado un ámbito constructivo creo que promovía y hacía que la gente se sintiera cómoda para poder participar, lo viera como útil, no lo vea como una pérdida de tiempo” (funcionario provincial)

“el COE era la gran herramienta de consenso. Era el lugar donde se trasladaba la información sanitaria, es decir los vecinos sabían que estaba pasando sanitariamente en el barrio, y los protocolos sanitarios, digo, esto lo aprendimos todos. Entonces quién nunca había tenido nada que ver con salud manejaba los protocolos igual que una enfermera, una promotora de salud, un médico... (...) se logró eso, al escucharnos todos, más allá de las diferentes ideologías, poder unificarnos en un mismo objetivo: la salud y la vida de los vecinos.” (referente de una OSC)

- Notas finales

En este trabajo nos propusimos iniciar el análisis sobre la participación social en salud y su influencia en el proceso salud-enfermedad-atención-cuidados en el caso particular de la conformación del COE en Villa Itatí -Quilmes, durante la emergencia del COVID 19. El marco conceptual que guía la indagación recupera los aportes de la visión colectivista de la salud, focalizando en la participación social en clave situada. Nos hemos centrado en la perspectiva de los actores que confluyen en esta experiencia: representantes de las organizaciones de la sociedad civil ancladas en el territorio, trabajadores y trabajadoras de la salud y representantes del estado a nivel municipal y provincial.

Hemos destacado a partir de la reconstrucción de los relatos los siguientes aspectos clave:

- En términos generales, la constatación del rol crucial de la articulación entre las organizaciones territoriales y el Estado para lograr un abordaje integral de la salud y una estrategia exitosa frente al COVID -19.
- En el caso específico de Villa Itatí, esta articulación fue configurada por la conjunción de un colectivo diverso con historia preexistente de participación social en el territorio que, no sin conflictos, se presentaba potente y autónoma, y una perspectiva de intervención desde el estado orientada desde las premisas de la salud colectiva que le permitió reconocer y recuperar aquellas experiencias territoriales. Desde ambas partes aparece subyacente la convicción del “*solos no podíamos*”, por lo que el abordaje sanitario fue moldeado por instancias de construcción de lazos de confianza mutua y la necesidad de garantizar el

debate horizontal.

- La experiencia del COE - Villa Itatí, supuso la emergencia de nuevos saberes que han permeado subjetividades dando lugar a una perspectiva de la salud como construcción colectiva.
- La acción colectiva puso en el centro la corresponsabilidad social de los cuidados. El “cuidar a los que cuidan”, “nos tenemos que cuidar” resulta una interesante desprivatización de los cuidados con un potencial efecto democratizador.
- Las prácticas asociadas a la horizontalidad del debate, la construcción colectiva de saberes y el eje puesto en los cuidados en la construcción colectiva de la intervención es acompañada por el progresivo reconocimiento de las organizaciones sociales del lugar del Estado en tanto organizador y conductor político del proceso. El corrimiento de ideas previas que, como mencionamos más arriba estaban vinculadas a la desconfianza histórica, puede asociarse a la perspectiva de intervención en acto: la construcción de políticas sanitarias integrales que ponen en el centro las necesidades locales, el reconocimiento de su trama de relaciones y el trabajo intersectorial. En este proceso, todos los actores reconfiguraron su propia identidad al calor de la experiencia. Surgió un sujeto colectivo, resta por indagar su potencia y sus límites para una construcción comunitaria de la salud que trascienda la coyuntura.

- Bibliografía

BANG, C: Y STOLKINER, A. (2013): “Aportes para pensar la participación comunitaria en salud/salud mental desde la perspectiva de redes” en Rev. Ciencia, Docencia y Tecnología. Año XXIV. No 46 mayo de 2013 (123 - 143)

BUSTOS, S. et. al (2020): “Abordaje comunitario de la pandemia de COVID en Quilmes: la experiencia de Villa Itatí” (mimeo)

CRAVINO, C., FOURNIER, M., NEUFELD, M. Y SOLDANO, D. (2002). Sociabilidad y micropolítica en un barrio bajo planes. En Cuestión social y política social en el Gran Buenos Aires. Buenos Aires: Ediciones Al Margen.

DE SALAZAR, L y VELEZ, J (2004) Hacia la búsqueda de efectividad en promoción de la salud en América Latina. En Ciência & Saúde Coletiva, 9(3):725-730. DOI: <https://www.scielo.br/j/csc/a/mtwYMcZDrRhQBxm66Xgw6Vs/?lang=es&format=pdf>

ESPÓSITO, M. et.al: (2020): Aislamiento comunitario como estrategias para la mitigación de un brote de COVID19: el caso de Villa Azul. DOI: 10.1590/SciELOPreprints.1366

FALS BORDA, O. (1985). Conocimiento y poder popular. Bogotá: Siglo XXI

- FIGAR S, et al. (2020): Community-level SARS-CoV-2 Seroprevalence Survey in urban slum dwellers of Buenos Aires City, Argentina: a participatory research. medRxiv preprint 2020. Epub 18 de julio de 2020
- GRODOS, D. y BÉTHUNE, X. (1988). Las intervenciones sanitarias selectivas: una trampa para la política de salud del Tercer Mundo. En Cuadernos Médico Sociales, No 46. Págs. 71 a 86.
- MANZANO, V. (2013). La política en movimiento. Movilizaciones colectivas y políticas estatales en la vida del Gran Buenos Aires. Argentina: Prohistoria.
- MENÉNDEZ, E. (2009): De sujetos, saberes y estructuras. Introducción al enfoque relacional en el estudio de la salud colectiva. Ed. Lugar. Argentina.
- MENÉNDEZ, E. (2006): Participación social ¿Para qué? Editorial Lugar. Argentina
- MENÉNDEZ, E. (2002). La parte negada de la cultura. Relativismo, diferencias y racismo, Barcelona: Bellaterra.
- MENÉNDEZ, E. (1999) (coord.). Participación social: metodología, problemas y expectativas. El caso Nicaragua 1978-1989. Instituto Mora. México.
- MERKLEN, D. (2005). Pobres ciudadanos. Las clases populares en la era democrática 1983-2003. Argentina: Gorla.
- MONTERO, M. (2004) El fortalecimiento en la comunidad, sus dificultades y alcances Psychosocial Intervention, vol. 13, núm. 1, pp. 5-19 Colegio Oficial de Psicólogos de Madrid Madrid, España
- MUÑOZ L, et.al. (2020): Vigilancia y Seroprevalencia: Evaluación de anticuerpos IgG para SARS-Cov2 mediante ELISA en el barrio popular Villa Azul, Quilmes, Provincia de Buenos Aires, Argentina. Scielo Preprints. DOI: 10.1590/SciELOPreprints.1147
- OMS/UNICEF, (1978): Atención Primaria de la Salud. Informe de la Conferencia Internacional de Atención Primaria de la Salud. Alma – Ata, URSS, 6 – 12 de septiembre de 1978. Patrocinada conjuntamente por la Organización Mundial de la Salud y el Fondo de las Naciones Unidas para la Infancia.
- PETZ, I. (2013). Movimientos Sociales y Estatalidad. De la Desocupación a la Construcción Política: el caso de la Unión de Trabajadores Desocupados de General Mosconi en el Norte de Salta, Argentina. Reseña de Tesis Doctoral. En Cuadernos de Antropología Social N° 37, FFyL-UBA.
- ROCWELL, E. (1987): “Reflexiones sobre el proceso etnográfico (1982-1985)”. Documento DIE, Departamento de Investigaciones Educativas, Centro de Investigación y de Estudios Avanzados del IPN, México,
- SAPAG, J. C y KAWACHI, I; (2007): “Capital social y promoción de la salud en América Latina”. en Rev. de Saude Pública, vol.41, no.1, p.139-149.
- SCAGLIA, M. C. y RIVAS, L. (2020): “Militando territorios saludables” en Silberman, M. y De Zavalía, D. (ed.) Salud Comunitaria. Ed. UNAJ (en prensa)
- SCAGLIA, MARIA C. (2012) "Curarse en salud". Saber en atención primaria de la salud: la implementación del programa Médicos Comunitarios en Florencio Varela, Argentina. Tesis doctoral. FFyL-UBA. Repositorio digital: <http://repositorio.filo.uba.ar/handle/filodigital/1639>.
- SÍCOLO, J. L. y NASCIMENTO, P.R. do: (2003): “Promoção de saúde: concepções, princípios

e operacionalização. Interface (Botucatu), vol.7, no.12, p.101-122.

SPINELLI, H. (1999). Seminario taller sobre participación popular en Nicaragua. En Menéndez, E. (coord.). Participación social: metodología, problemas y expectativas. El caso Nicaragua 1978-1989. Págs. 93 a 123. Instituto Mora. México.

SVAMPA, M. y PEREYRA, S. (2003). Entre la ruta y el barrio. La experiencia de las organizaciones piqueteras. Buenos Aires: Biblos.

UGALDE, A. (1999). Un acercamiento teórico a la participación comunitaria en la atención en Salud. En Menéndez, E. (coord.). Participación social: metodología, problemas y expectativas. El caso Nicaragua 1978-1989. Págs.29 a 45. Instituto Mora. México.