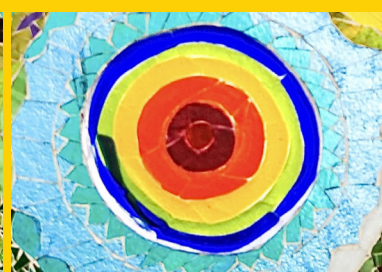




El mejor trabajo en el peor momento

El abordaje comunitario de la pandemia en Villa Itatí



Compiladores

Nadia Marina Percovich | María Magalí Turkenich | Diego de Zavalía Dujovne



OBRAS
COLECTIVAS
SOBRE RESULTADOS/
AVANCES DE
INVESTIGACIÓN

El mejor trabajo en el peor momento

El abordaje comunitario de la pandemia en Villa Itatí

El mejor trabajo en el peor momento

El abordaje comunitario de la pandemia en Villa Itatí

Compilador

Nadia Marina Percovich

María Magalí Turkenich

Diego de Zavalía Dujovne

Autores

Natalia Vanina Baigorria

Jorge Bouzali

Soledad Bustos

Florencia Calcagno Collado

Jonatan Konfino

Natalia Osella

Estefania Panizoni

Nadia Marina Percovich

Mariana Inés Saraceno

María Cecilia Scaglia

María Magalí Turkenich

Diego de Zavalía Dujovne



El mejor trabajo en el peor momento : el abordaje comunitario de la pandemia en Villa Itatí / Nadia Marina Percovich ... [et al.]; Compilación de Nadia Marina Percovich ; María Magalí Turkenich ; Diego De Zavalía Dujovne. - 1a ed. - Florencio Varela : Universidad Nacional Arturo Jauretche, 2025.

Libro digital, PDF - (Obras colectivas sobre resultados / avances de investigación ; 13)

Archivo Digital: descarga y online

ISBN 978-631-91005-6-3

1. Acceso a la Salud. 2. Administración de la Salud. 3. Atención Primaria de Salud. I. Percovich, Nadia Marina II. Percovich, Nadia Marina, comp. III. Turkenich, María Magalí, comp. IV. De Zavalía Dujovne, Diego, comp. CDD 613

Secretaría de
Investigación y
Vinculación Tecnológica

Dirección de
Gestión de la
Investigación

Universidad Nacional
ARTURO JAURETCHÉ

Rector: Dr. Arnaldo Medina

Vicerrector: Ing. Miguel Binstock

Secretaría de Investigación y Vinculación Tecnológica: Dr. Patricio Narodowski

Dirección de Gestión de la Investigación: Mg. Dolores Chiappe

1ª edición, abril de 2025

© 2025, UNAJ

Av. Calchaquí 6200 (CP1888)

Florencio Varela Buenos Aires, Argentina

Tel: +54 11 4275-6100

editorial@unaj.edu.ar

www.editorial.unaj.edu.ar

Mural de tapa: "Otro mundo es posible", artista Hebe Liz Schweistein. Fotografía: Mateo Cordo

Este libro fue seleccionado, con referato externo, en la Convocatoria de Obras Colectivas 2023, realizada por la UNAJ.

Queda hecho el depósito que marca la Ley 11.723



Esta obra está bajo una Licencia Creative Commons Argentina.
Atribución-NoComercial-SinDerivadas 2.5 Argentina (CC BY-NC-ND 2.5 AR)
<https://creativecommons.org/licenses/by-nc-nd/2.5/ar/>

Agradecimientos	9
Presentación	11
Prólogo. Villa Itatí: una oportunidad para repensar la Salud Comunitaria	
Hugo Mercer	15
Capítulo 1. El Comité Operativo de Emergencia de Villa Itatí	
Jonatan Konfino, Soledad Bustos, Estefanía Panizoni.....	31
Capítulo 2. Salud Comunitaria: Saberes en construcción	
Natalia Osella, Diego de Zavalía Dujovne, María Cecilia Scaglia	49
Capítulo 3. Los desafíos de una etnografía colectiva e interdisciplinaria	
María Cecilia Scaglia, María Magalí Turkenich, Florencia Calcagno Collado	71
Capítulo 4. Vinculación, docencia e investigación: las tramas de nuestras prácticas	
Nadia Marina Percovich, María Cecilia Scaglia, Mariana Saraceno, Natalia Vanina Baigorria	99

Capítulo 5. Los sentidos de la participación social en salud desde una perspectiva situada

Mariana Inés Saraceno, Diego de Zavalía Dujovne, María Magalí Turkenich, María Cecilia Scaglia..... 117

Capítulo 6. La numerosidad social y los dispositivos de la ternura: la inclusión del padecimiento subjetivo

Florencia Calcagno Collado, Nadia Marina Percovich, Natalia Osella, Natalia Vanina Baigorria..... 145

Capítulo 7. Atención y participación en salud pospandemia

Diego de Zavalía Dujovne, Soledad Bustos, Jorge Bouzali 163

Anexo: Las Voces

I - “Yo me llamo Iara Yael Nair” “¿Cuántas Naires hay? las que sean necesarias”

Entrevista a Nair Abad, concejala del barrio..... 181

II – “El despertar de un sueño”

Entrevista a Cecilia Lee y Mario “Coco” Romanín, referentes sociales y religiosos 222

Bibliografía..... 255

Autores 265

Agradecimientos

Al Comité Operativo de Emergencia Villa Itatí Unido y sus participantes, por abrirnos las puertas y prestarnos sus voces para poder realizar este trabajo.

A la Universidad Nacional Arturo Jauretche, por brindar los recursos y herramientas para desarrollarnos en las tareas de investigación, vinculación y docencia.

A María Cecilia Scaglia por conformar y sostener este equipo de investigación, y por brindar generosamente oportunidades para aprender, reflexionar y crecer.

A Hugo Mercer por aceptar prologar este libro y por convocarnos a trabajar en la UNAJ, en nuestra querida asignatura Conocimiento y Ciencias de la Salud.

Presentación

Esta publicación recoge el trabajo de un equipo de investigación radicado en la Universidad Nacional Arturo Jauretche. El principal interés del grupo es la salud comunitaria desde múltiples aristas: la teórico-epistemológica, la política y como estrategia de intervención. Esto ha implicado abordar distintos aspectos relacionados: los sentidos del concepto de salud comunitaria en sí, la participación social en salud, los distintos saberes en las comunidades, sus relaciones y transacciones, las prácticas y las representaciones vinculadas al proceso salud-enfermedad-atención y cuidados.

Estos conceptos se fueron articulando en el análisis de una experiencia concreta de participación social en salud llevada a cabo en Villa Itatí, Quilmes, en el contexto de la pandemia por COVID 19. Allí se conformó un Comité Operativo de Emergencia (COE) entre distintas organizaciones del barrio y representantes del Estado municipal y provincial, impulsado por la Secretaría de Salud del distrito. Se partió de la hipótesis de que en ese contexto se produjeron nuevas prácticas de PSS orientadas por la necesidad compartida de hacer frente a la epidemia, que actualizaban experiencias previas de participación en otros escenarios. Del mismo modo se consideró posible pensar que la experiencia colectiva de abordaje de la pandemia había redefinido las representaciones que se tenían sobre la dimensión social del

proceso de salud, enfermedad, atención y cuidados (PSEAC), aunque el saber biomédico continuaba estructurando las demandas de atención y de las prácticas de intervención en salud. Para abordar estos problemas se utilizó un método etnográfico con observación participante y entrevistas en profundidad.

El primer capítulo de esta obra colectiva describe la experiencia del COE y presenta las características del barrio Villa Itatí.

Posteriormente, se desarrollan una serie de capítulos que reflexionan sobre el carácter teórico-metodológico, en los que el grupo analiza su tarea, tomando en cuenta la reflexividad en tanto docentes, investigadores y extensionistas de la UNAJ: las particularidades del trabajo interdisciplinario con experiencias en distintos campos y sus implicancias en la construcción del objeto de investigación y su abordaje. En el capítulo 2, se incluye el recorrido del equipo de investigación y los aprendizajes en el trayecto investigativo grupal que sentó los cimientos del trabajo sobre el COE en Villa Itatí, un proyecto UNAJ Investiga relacionado a la construcción de saberes sobre salud comunitaria en nuestra universidad.

El capítulo 3 versa sobre lo que consideramos uno de los aspectos originales de este trabajo, que es la posibilidad y riqueza de una etnografía colectiva. Frente a la perspectiva clásica donde hay un antropólogo que observa y reflexiona, nuestra investigación cuenta con un sujeto colectivo, lo que permite observar desde distintas perspectivas y analizar desde distintas tradiciones: interdisciplina en acto que permite acercarnos a la mirada de los actores sociales. La necesidad metodológica de reflexionar sobre

el trabajo del investigador como parte del objeto de estudio, adquiere más relevancia en tanto que investigadores del equipo tuvieron una participación destacada en el COE.

El capítulo 4 relata un trabajo de vinculación realizado en el barrio asociado al proyecto de investigación y se propone reflexionar acerca de las implicancias epistemológicas y políticas de la tarea de la vinculación universitaria.

En los capítulos subsiguientes, nos centramos en los resultados de la investigación en torno a dos categorías, la participación social en salud (PSS) y el padecimiento subjetivo. En este sentido, en el capítulo 5, reflexionamos sobre los múltiples sentidos de la PSS y sobre los vínculos entre las organizaciones de la sociedad civil y el Estado. El padecimiento subjetivo, por su parte, es retomado en el capítulo 6 poniendo el eje en la dimensión del cuidado y en una perspectiva de la salud integral, alejada de la idea más difundida de que la salud mental se aborda desde la asistencia especializada.

El trabajo finaliza con el capítulo 7 que retoma las conclusiones de los capítulos anteriores y se centra en reflexionar sobre los alcances del COE en el Barrio de Villa Itatí, en un escenario posterior a la pandemia: los vínculos entre las organizaciones y las huellas que dejó en las personas que participaron y en los modos de pensar el trabajo del centro de salud de ese lugar en particular y del municipio en general.

Finalmente, concluimos esta obra incluyendo las voces de quienes protagonizaron esta experiencia. Por un lado, desde una

perspectiva que intentamos resaltar en todo este trabajo, la histórica, la experiencia previa al COE es contada por Coco y Cecilia como representantes de organizaciones de la sociedad civil que trabajaron en el barrio a partir de la crisis de 2001 para hacer frente a las políticas neoliberales. Por otro lado, en la conformación del COE lo novedoso es el involucramiento un Estado que hace porosas las fronteras con la comunidad, por eso rescatamos la voz de Nair, vecina del barrio y concejala, que da cuenta de la trama entre el Estado y las organizaciones del territorio.

Esta obra busca ser también un registro de la experiencia de salud comunitaria desarrollada en Villa Itatí durante la pandemia que no solo fue eficaz para hacer frente a los peligros del COVID 19 en términos biomédicos, sino también para enfrentar los enormes desafíos (sociales, psicológicos, culturales) que planteaba el aislamiento. La frase del título de este libro: “el mejor trabajo en el peor momento” surgió en una de las entrevistas realizadas y refleja la experiencia dual de lo agobiante y catastrófico de la pandemia, así como la satisfacción y el orgullo por lo realizado en el barrio.

Prólogo

Villa Itatí: una oportunidad para repensar la Salud Comunitaria

Hugo Mercer

Hace ya casi 50 años, Michel Foucault (1978) fue invitado a dictar una serie de conferencias en la recientemente creada Maestría en Medicina Social de la Universidad del Estado de Rio de Janeiro (UERJ). Una línea de reflexión que Foucault aportó y que fue de interés en Brasil primero, y luego en otros países latinoamericanos estaba referida a la forma en que la medicina se convirtió en una práctica social. Sabiendo que se trataba de un proyecto educativo destinado a formar profesionales de la Salud y de las Ciencias Sociales en torno a una nueva concepción de lo sanitario como cuestión de interés público o mejor político, Foucault dedicó su esfuerzo en presentar su visión acerca de cómo la medicina se había instalado como práctica social y no individual en los países europeos. Ese primer desplazamiento del objeto de trabajo y de estudio desde lo individual a lo colectivo se articulaba con los intereses de los investigadores, académicos y trabajadores de salud brasileros, centrados en la búsqueda de un enfoque teórico, un modelo que vincule los fenómenos de salud y de

enfermedad con las causas económicas y políticas que explicaban la desigualdad en las condiciones de vida de la población.

Para hacerlo, Foucault hizo uso de diferentes referentes, en especial historiadores de la medicina¹ de la talla de George Rosen, Thomas McKeown, todos ellos herederos de una tradición iniciada por Henry Sigerist.

Para Foucault la medicina se había hecho definitivamente social a través de tres diferentes modelos, el alemán, el francés y el inglés. En esas conferencias Foucault explicaba que, hacia mediados del siglo XIX en Alemania se promueve la “medicina estatal”, que consistía en el establecimiento de normas, leyes y procedimientos que permitían y aseguraban que el Estado podía ejercer dominio y control en la totalidad del territorio alemán en materia de salud. Lo que implicaba dejar de considerar el acceso a la atención

¹ George Rosen (1910-1977) fue un importante médico e historiador de la medicina estadounidense, autor entre otros libros de “De la Policía Médica a la Medicina Social” (1985).

Por su parte, el profesor británico Thomas McKeown, médico, epidemiólogo e historiador, quien fue recordado así por la OPS, “eminente epidemiólogo y anterior Director del grupo consultivo sobre estrategias de investigación en salud de la OMS falleció el 13 de junio de 1988, a los 75 años. En sus escritos más importantes, con sobresalientes facultades de vigor intelectual, erudición y facilidad de expresión, McKeown (1989) defendió el punto de vista de que la clave de la salud está en cambiar la forma de vida.

Henry Sigerist, suizo-estadounidense (1891-1957) médico y con una rica formación humanística, fue profesor en las Universidades de Zurich (Suiza), Leipzig (Alemania) y Johns Hopkins (EEUU). A lo largo de su vida académica se enfrentó a enfoques conservadores respecto a la práctica médica y defendió la salud como derecho. Ver el muy buen artículo del Dr. Enrique Beladarrain (2002).

médica como una prerrogativa de los sectores pudientes sino como una obligación del Estado a la cual tenían derecho todos los ciudadanos. Sea por los sistemas de seguro, (Cajas de Enfermedad) que había impulsado el Canciller Otto von Bismarck a mediados del siglo XIX, o a través de los Códigos Sanitarios, los sistemas de registro de la natalidad y la mortalidad; la administración de los servicios de salud por jurisdicciones delimitadas, Alemania, lograba organizar y destacar la presencia del Estado a través de la salud de su población. Una de las acciones que realzaron la intervención estatal fue la normalización del ejercicio de la medicina. Alemania fue el primer país en definir y legislar acerca del trayecto formativo y los pasos necesarios para la acreditación de quienes estaban autorizados a desempeñarse como profesionales médicos.

En Francia el desarrollo de la medicina social estuvo asociado a la higiene, en especial la urbana. El proceso de urbanización que se experimentaba desde principios del siglo XIX dio lugar a la adopción de medidas de ordenamiento referidas a las personas y también a la propia estructura urbana. Dónde asentar los barrios obreros, las industrias, cómo asegurar la circulación del aire y del agua, dónde localizar los cementerios y los hospitales eran las cuestiones propias de la medicina urbana, que ayudaron a evitar levantamientos sociales y reducir “el temor urbano” al desborde que podría derivarse de las situaciones de extrema pobreza.

En Inglaterra, explica Foucault, lo social aparece a partir de una medicina de la fuerza de trabajo, que reconoce la necesidad de proteger el mantenimiento de quienes ya están ocupados en las

actividades industriales, en los servicios y fundamentalmente en las fuerzas armadas. Los británicos comprendieron tempranamente que toda fuerza de trabajo que requiere de un tiempo de formación y disposición para ser parte de un trabajo normatizado debe ser cuidada en cuanto a su salud y también en sus condiciones de vivienda y trabajo.

Todos esos modelos de desarrollo de la medicina como práctica social sustentaron la creación de un campo de conocimientos innovador: el de la Salud Pública que supo integrar los descubrimientos provenientes de la química, la bacteriología, la microbiología, el urbanismo, el derecho, la economía y otros campos del conocimiento para edificar una ciencia puesta a disposición de los Estados y las sociedades orientada a mejorar las condiciones de vida de sus poblaciones.

Algunos países supieron hacer uso de este nuevo saber y construyeron instituciones cuya finalidad era articular, generar diálogos entre la ciencia, los nuevos conocimientos y el ejercicio de un mejor gobierno en todos los niveles, desde el urbano hasta el nacional. La audiencia de las conferencias pudo reinterpretar el mensaje y encontrar similitudes en lo que Foucault describía para los países europeos con la historia del sanitarismo brasileiro, que había abrevado también en la higiene francesa (Pasteur), la microbiología alemana (Koch, von Pettenkofer) y en la salud ocupacional inglesa. Con esas referencias cobró impulso en Brasil el desarrollo de una nueva Salud Pública, la Salud Colectiva, capaz de abrirse paso en plena dictadura y lograr una transformación mediante la oferta de otra forma de pensar distinta a la práctica

mercantilizada. Esa renovación del pensamiento sanitario ha logrado éxitos valiosos como la creación del Servicio Único de Salud, pero también ha sufrido retrocesos cuando se instaló un modelo de gobierno que rompió el diálogo entre ciencia y gestión de lo público. Lo acontecido durante el gobierno Bolsonaro es clara expresión del daño que supone una gobernanza oscurantista y negacionista.

En nuestro país, Argentina, la trayectoria de las instituciones sanitarias no difiere demasiado de lo acontecido en Brasil. Aquí también e incluso antes que en nuestro vecino país (1880), se creó un Departamento Nacional de Higiene responsable de la sanidad portuaria y de la adopción de medidas de saneamiento urbano (agua potable, drenajes) y del control ante eventuales epidemias. Ese Departamento Nacional de Higiene estaba en estrecha relación con el Instituto Nacional de Enfermedades (luego Instituto Malbrán) ratificando la convicción -aún en gobiernos liberales- de que cada Estado requería sustentar sus decisiones políticas en materia de salud en conocimientos propios, en científicos trabajando en el país, formados en sus Universidades, y produciendo un saber que tanto el Estado como la sociedad respetaban.

No fue una tarea sencilla para los primeros sanitaristas argentinos (Emilio Coni, Domingo Cabred, José María Ramos Mejía y otros), casi todos ellos experimentaron una oscilante protección de parte de los sucesivos gobiernos: momentos de plena comprensión y asignación de recursos de parte de los gobiernos nacionales o provinciales seguidos por inesperados recortes, que generaban

desaliento y discontinuidad en la construcción de una política pública para el campo sanitario.

Desde 1880 hasta 1947 el Departamento Nacional de Higiene permaneció como una dependencia del Ministerio de Interior, ratificando que la salud desde la perspectiva estatal seguía siendo una oferta de servicios para los pobres y control ante la amenaza de epidemias que pudieran afectar el flujo comercial de materias primas que Argentina enviaba a los países europeos. Recién en el primer gobierno de J.D. Perón se establece primero la Secretaría de Salud Pública que pasa a convertirse pocos años después en Ministerio, y expande de manera considerable la capacidad instalada de servicios de salud (las 70.000 camas hospitalarias de 1947 se duplican para 1955). Las sucesivas dictaduras militares afectaron gravemente la continuidad de una política, que requiere de la democracia para alcanzar sus mejores frutos. Dado que no es solo una construcción de arriba hacia abajo, sino que demanda consolidar una cultura de solidaridad, equidad y participación social que toma décadas establecer.

Este libro expresa un trabajo colectivo de construcción de una nueva Salud Pública. Esa construcción puede aparecer bajo diferentes denominaciones, Salud Colectiva, Salud Comunitaria, Medicina Social, Epidemiología Crítica u otras que combinan lo sanitario con una perspectiva social, antropológica, política. Argentina, y muy especialmente, durante y después de la pandemia por COVID 19 dio condiciones como para que desde muy diversos ámbitos se comenzara a poner en práctica formas de respuesta social a una amenaza colectiva frente a la cual no había

escapatoria individual. Una eventual fantasía de huir al exterior desarrollado y protegido se demostraba aún más peligrosa y plena de riesgos.

Durante la pandemia y después el Estado, las Universidades, el sistema científico, las organizaciones sociales, religiosas, sindicales, al menos en su mayoría, pusieron lo mejor de sí para encontrar soluciones, respuestas y prácticas que integren lo mejor del conocimiento científico con la voluntad de generar protección colectiva.

A pesar de discursos iracundos y carentes de toda fundamentación empírica acerca de cómo Argentina enfrentó la pandemia, los datos reconocidos mundialmente hablan con elocuencia acerca de niveles de protección colectiva oportunos y equitativos. Y, por sobre todo, con tasas de sobremortalidad atribuible a COVID 19 mucho más bajas que el resto de los países de la región y de muchos de los países desarrollados.

Este libro, no nos habla acerca de vacunas, ni de procedimientos de detección de casos, ni de medidas no farmacológicas de prevención de la pandemia, sino de la forma en que se integraron los esfuerzos de una comunidad, los servicios de salud y una Universidad. En los capítulos, que es imprescindible recorrer con detenimiento, se hace un detallado relato acerca de cómo funcionó esa integración.

El primer capítulo, nos sitúa en Quilmes, sur del conurbano bonaerense. En dos de sus asentamientos, separados por escasa distancia, pero donde sus habitantes estaban unidos por lazos de

familiaridad, amistad u otras afinidades, la irrupción de la pandemia significaba un riesgo que rompía toda previsión sanitaria y social. Uno de los barrios (Villa Azul) albergaba 3.000 familias, el otro (Villa Itatí) era seis veces mayor. Ante la presión de una expansión de los contagios se adoptaron una serie de acciones que excedieron el plano sanitario y los textos orientativos en materia de Salud Pública.

Los autores: Soledad Bustos, Estefanía Panizoni y Jonatan Konfino nos describen la secuencia que da surgimiento al COE (Comité Operativo de Emergencia). Parte de una percepción de los habitantes de Villa Itatí, quienes solicitan (exigen) al Estado municipal se adopten medidas específicas para atender sus necesidades. La Secretaría de Salud Municipal junto con las organizaciones sociales barriales crea “mesas sanitarias” y convoca a asambleas de trabajo en un lugar visibilizado y valorado por todos los actores como un espacio neutro, la Capilla de Nuestra Señora de Itatí. De esa asamblea emerge una agenda de cuestiones que incluye la caracterización de la situación internacional, nacional y local y las respectivas experiencias de afrontamiento de la pandemia, la identificación de medidas de urgente adopción y las condiciones barriales que debían ser atendidas para poder llevar a cabo un efectivo control de la pandemia.

La puesta en marcha de esa secuencia demostró sus resultados en breve lapso, la seroprevalencia de COVID 19 durante el año 2000 fue del 9%, cinco veces menor que en barrios de similares condiciones de la Ciudad Autónoma de Buenos Aires, y la

letalidad por COVID 19 fue del 1%, tres veces menor que el promedio nacional.

En el siguiente capítulo, titulado Salud Comunitaria: Saberes en construcción, Natalia Osella, Diego de Zavalía Dujovne y María Cecilia Scaglia ponen su atención en cómo la pandemia encontró inmediata respuesta por parte de la Universidad Nacional Arturo Jauretche, una de las repercusiones fue que algunas de las investigaciones que se estaban llevando a cabo reorientaron sus intereses hacia cuestiones ligadas a la pandemia, uno de esos casos fue la del equipo de investigación que indagaba acerca de la enseñanza de Salud Comunitaria, que constituye un eje articulador a lo largo de la formación médica en la UNAJ. Dentro de los aspectos salientes de este capítulo está el hecho de cómo en una Universidad puede instalarse una práctica reflexiva, evaluadora, donde docentes de una asignatura convierten en objeto de estudio el funcionamiento de otra asignatura, generando un entrecruzamiento productivo. La revisión conceptual, que es un ejercicio muy frecuentado a lo largo de cada uno de los capítulos, aporta en este caso una actualización del significado de representaciones y prácticas sociales y sobre todo de comunidad, para hacerlo visitan y hacen dialogara autores como Bauman, de Marinis y Esposito, gracias a quienes el concepto de comunidad adquiere otro potencial explicativo. Por si fuera poco, el capítulo también sirve para anticipar las ventajas que tiene trabajar en salud comunitaria con un enfoque etnográfico colectivo.

El capítulo 3, permite a María Cecilia Scaglia, María Magalí Turkenich y Florencia Calcagno Collado dar cuenta “de la experiencia y las complejidades propias del intercambio que se produce entre los diversos discursos disciplinarios cuando se abocan a una indagación sobre la gestión social y comunitaria barrial en Villa Itatí. Se podría decir que aquí se expone la estructura metodológica desde la cual los equipos de investigación de la UNAJ, el Municipio y la comunidad trabajaron en Villa Itatí. Los autores con pedagógica medida nos guían en la comprensión de qué implica un enfoque etnográfico. Esa explicación detallada se justifica ya que en esta experiencia se produce un salto del etnógrafo/a individual hacia un equipo interdisciplinario que, si bien respeta el saber hacer de los antropólogos que sentaron las bases de este enfoque, agregan la riqueza de sus diversas disciplinas y aprenden a articularlas sinérgicamente. La historicidad, la recuperación de la voz de los sectores sociales subalternos, el análisis relacional, la reflexividad (tensionar las categorías de los investigadores) y la escritura fragmentada son los componentes de este enfoque que los autores privilegiaron en Villa Itatí.

La explicación es generosa y permite reconocer cómo ir más allá de “propuestas aditivas” o de aportes disciplinarios se puede llegar a “traducciones integradas” de campos y experiencias propias de cada disciplina científica superando las barreras e incidencia de los celos interprofesionales. Gracias a esa tarea colectiva de integración se posibilita una revisión de conceptos en uso en el campo de la Salud Comunitaria: demanda, territorio, salud mental. Y también exponer hallazgos conceptuales y prácticos

como los de dispositivos de la ternura y numerosidad social, contribuciones visionarias de F. Ulloa, que también se hicieron visibles en otras investigaciones realizadas durante la pandemia², en especial las que con eficiencia promovió la Agencia de I+D+d.

El cuarto capítulo está dedicado a reflexionar y, sobre todo, innovar en torno a las funciones clásicas de la Universidad: docencia, investigación y extensión. En este caso, extensión es reformulada como vinculación. El capítulo, en coherencia con el resto del libro, realiza una tarea de “limpieza” epistemológica, cada concepto es revisado, discutido y “genealogizado”, todo lo cual es ilustrativo de una forma rigurosa de trabajo, recomendable para un campo como la Salud Pública que necesita integrar el saber existente con aportes locales y nuevas perspectivas. Esa forma de trabajar no es recomendable para quienes prefieren seguir y aplicar productos enlatados, pero si es útil y aquí lo demuestran, para la producción de conocimientos y prácticas comunitarias comprometidas con la población afectada por necesidades y diversos problemas.

² Ver los tres tomos de PISAC COVID 19, la sociedad argentina en la postpandemia, Buenos Aires; CLACSO/Agencia de I+D+d, marzo 2023). Muy en especial el Tomo III que nuclea los estudios referidos a Salud, Género y Educación. Los trabajos de Ianina Tuñón: “Infancias vulnerables en tiempos de pandemia. Privaciones en el espacio de la alimentación y la salud integral”: de Karina Ramacciotti “La enfermería y los cuidados sanitarios profesionales durante la pandemia de la COVID”; de Anahí Sy “Modos de producción de cuidados durante la pandemia por COVID 19 desde las narrativas de las y los trabajadores de la salud pública”; de Liliana Belén Madrid “Estrategias de cuidado en contextos de pobreza urbana y rural en la Argentina durante la pandemia y postpandemia de COVID 19 y, por último el de Marcela Bottinelli “Políticas sociales y territorios. Tensiones, aprendizajes y desafíos”.

Las autoras, María Cecilia Scaglia, Nadia Marina Percovich, Mariana Saraceno y Natalia Vanina Baigorria nos describen el proceso de avances y retrocesos que experimentaron con su iniciativa de vinculación Universidad-servicios de salud-comunidad. Un proceso dentro del cual debieron ir adaptando sus objetivos ante las cambiantes necesidades y la aparición de nuevos actores institucionales que expresaron interés por el trabajo que el equipo estaba en condiciones de realizar. En la descripción de la trayectoria del equipo en el terreno se permiten identificar y caracterizar una situación de “sobre intervención” vivida en Villa Itatí, que le da una adicional singularidad a lo acontecido durante la pandemia y como eso incidió en la producción académica.

El Capítulo 5, con la autoría de Mariana Inés Saraceno, Diego de Zavalía Dujovne, María Magalí Turkenich y María Cecilia Scaglia, es sobre todo un análisis político del COE, se realiza un mapeo de actores, se identifican adhesiones y tradiciones de gestión y políticas dentro de una siempre presente revisión de conceptos, en este caso de participación social en salud. Que la entienden como un esfuerzo por mitigar daños en salud y democratizar la comunidad, involucrando a los conjuntos sociales en la toma de decisiones como forma de empoderamiento. Agregan que esa participación social puede tener múltiples efectos positivos, pero difícilmente llega a cambiar hegemonías médicas fuertemente instaladas.

Llama la atención el potencial movilizador del COE, capaz de integrar asociaciones de muy diverso tipo, desde una cooperativa con 200 cartoneros afiliados, hasta Iglesias, movimientos

políticos, sociales, de género. El mapeo georreferenciado de los actores es muy elocuente de esa diversidad y distribución espacial. Las OSC (organizaciones de la sociedad civil) reconocen que “solos no podíamos” y desde las autoridades provinciales se llega a decir que inicialmente vieron al COE como un espacio desde donde conquistar aliados, porque tampoco era posible gestionar solo con la voluntad y los recursos públicos.

El Capítulo 6, responsabilidad de Florencia Calcagno Collado, Nadia Marina Percovich, Natalia Osella, Natalia Baigorria es una especie de cierre a toda orquesta, lleva la reflexión a un nivel de tensión aún más alto, aparece la construcción a partir de la etnografía colectiva, el abordaje de la situación de salud desde los padecimientos (que es muy diferente a trabajar solo desde la enfermedad lo cual vincula la escucha del equipo de investigación con la subjetividad de los sujetos que componen los conjuntos sociales, en este caso Villa Itatí; todo eso para llegar a la salud mental, dado que aparecen como padecimientos la violencia, los consumos problemáticos, el desamparo, en otras palabras: el sufrimiento individual y colectivo. Frente a esa nueva agenda de prioridades no basta con la salud comunitaria o la Salud Pública protocolizada, “enlatada” como la llaman los autores, es necesario incorporar el Diálogo Abierto y los dispositivos de ternura, que también son explicados con generosa didáctica.

Sin embargo, el *grand finale* viene en Capítulo 7 “Atención y participación en salud pospandemia” elaborado por Diego de Zavalía Dujovne, Soledad Bustos y Jorge Bouzali, allí se realiza una integración de los diferentes capítulos a partir del rol del COE

como núcleo motor de la participación social en salud. La pandemia permitió que emerja una voluntad participativa que encontró condiciones institucionales propicias de parte del Estado. Las Organizaciones Sociales se encargaron de canalizar esa voluntad solidaria aprovechando el clima de confianza que supieron edificar. La confianza, la solidaridad y la participación se mantuvieron vivas durante la pandemia y perduraron, aunque con menor intensidad cuando esa emergencia finalizó. En el capítulo demuestran el peso que tuvo la confianza entre los diferentes sujetos sociales para lograr que Villa Itatí se convierta en un referente territorial.

El capítulo 7 sirve además como oportunidad para atar los desarrollos conceptuales empleados en los capítulos previos: disrupción biográfica, numerosidad social, dispositivo de ternura, son aquí retomados ilustrando acerca de la integralidad de la forma como se gestionó la pandemia en Villa Itatí.

Por todas esas razones, por el recorrido reflexivo que a través de cada capítulo nos invitan a realizar, creo que este texto y otros más que han aparecido desde la pandemia a esta parte constituyen señales de una nueva Salud Pública, Salud Comunitaria, Salud Colectiva en Argentina. Producción de equipos integrados por muchos jóvenes profesionales de todo el país, la mayoría de universidades públicas, muchos de ellos y ellas investigadores de CONICET o formados con apoyo de sus becas, articulados con trabajadores de los servicios de salud predominantemente públicos. Todo lo cual es expresión de un vibrante sistema educativo, científico y de solidaridad que constituye un orgullo

para nuestro país y que podrá recuperarse de la circunstancial coyuntura de desfinanciamiento y desprecio que se está experimentando.

08.11.2024

Referencias bibliográficas

Beldarraín Chaple, E. (2002). Henry E. Sigerist y la medicina social occidental. *Revista Cubana de Salud Pública*, 28(1), 62-70. Recuperado en 13 de noviembre de 2024, de http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0864-34662002000100007&lng=es&tlng=es

Foucault, M. (1978). Historia de la medicalización” en “Medicina e Historia, el pensamiento de Michel Foucault”. OPS, Washington DC. Disponible en: <https://iris.paho.org/bitstream/handle/10665.2/39029/10077.pdf?sequence=1&isAllowed=y>

McKeown, T. (1989). El camino hacia la salud: Prioridades en la investigación. *Boletín de la Oficina Sanitaria Panamericana (OSP)*; 107 (3), sept. 1989.

PISAC - COVID 19, la sociedad argentina en la postpandemia, Buenos Aires; CLACSO/Agencia de I+D+d, marzo 2023).

Rosen, G. (1985). De la Policía Médica a la Medicina Social, Siglo XXI editores, México.

Capítulo 1

El Comité Operativo de Emergencia de Villa Itatí

Jonatan Konfino, Soledad Bustos, Estefania Panizoni

Este capítulo está dedicado a la memoria de la querida amiga y compañera Nair Abad integrante y promotora del COE Villa Itatí Unida

El presente capítulo describe la coordinación entre las organizaciones sociales de un barrio popular del conurbano bonaerense (Villa Itatí, Quilmes, Provincia de Buenos Aires) y el Estado para afrontar los desafíos de la pandemia con estrategia sanitaria y participación popular. El Municipio de Quilmes a través de su Secretaría de Salud en conjunto con el Gobierno de la Provincia de Buenos Aires (PBA), principalmente con su Ministerio de Salud, llevaron adelante una estrategia sanitaria participativa que permitió multiplicar los recursos disponibles y por ende incrementar el impacto de los cuidados sobre la población del barrio. Esta experiencia no sólo fue ejemplar en materia de participación social en salud sino además que resultó efectiva ya que en Villa Itatí se logró tener una letalidad por COVID del 1%, 3 veces menor que el promedio nacional, y una

seroprevalencia (cantidad de personas infectadas antes de disponer de las vacunas) del 9% en el año 2020, 5 veces menor a la observada en barrios populares de similares características de la Ciudad Autónoma de Buenos Aires (CABA). Esta experiencia demostró la importancia del trabajo mancomunado y su potencialidad para abordar el resto de las necesidades de salud del barrio.

I - Contexto sanitario

El 11 de marzo del año 2020 la Organización Mundial de la Salud (OMS) decretó la pandemia de COVID-19, un día después, el 12 de marzo el gobierno argentino extendió la emergencia sanitaria y el día 20 decretó el Aislamiento Social Preventivo y Obligatorio (ASPO), que culminó en julio de ese mismo año, dando lugar al Distanciamiento Social, Preventivo y Obligatorio (DISPO) cuando la cantidad de casos lo permitió. Durante el ASPO sólo tenían autorización para circular los y las trabajadoras esenciales (salud, seguridad, desarrollo), se suspendieron las clases presenciales en las instituciones educativas, y se postergaron actividades no esenciales.

Dentro del sistema de salud, quedaron postergados los controles de salud en líneas generales, priorizando la atención de personas afectadas por el COVID-19 o con otras enfermedades agudas o crónicas reagudizadas, vacunación, anticoncepción, atención de interrupción legal del embarazo (ILE), urgencias odontológicas, entrega de medicación a personas con enfermedades no transmisibles, entre otras.

Estas medidas tenían la intención de contar con los recursos necesarios para el abordaje de la pandemia y de que hubiera la menor circulación de personas posible para evitar los contagios masivos, que hubiesen saturado un sistema de salud muy fragmentado y desfinanciado, sin siquiera Ministerio de Salud de la Nación hasta diciembre de 2019. Además, con hospitales y centros de salud deteriorados no sólo en su infraestructura, sino también con faltantes de personal y recursos, con severas dificultades en la articulación entre efectores de salud, y de éstos con la comunidad.

En los países donde no existieron este tipo de medidas y el Estado no intervino para que los contagios se fueran dando de manera paulatina, tuvieron resultados mucho más adversos, por ejemplo, Brasil y EEUU, cumplido el año de pandemia, lideraron el total de casos acumulados de la región, EEUU fue el que más fallecidos tuvo por cada 1.000.000 de habitantes y México el de mayor letalidad de América (8.9%). Según una investigación de *The Lancet* (Schumacher et al., 2024), la Argentina sólo registró una disminución de la expectativa de vida de 0,8 años y un exceso de mortalidad por COVID-19 de 0,85 por 1.000 habitantes. Ambos datos son menores que los promedios globales y que la media de América Latina.

A nivel local, en marzo de 2020 también comenzaron los contagios en el Municipio de Quilmes, donde persisten una gran cantidad de barrios populares densamente poblados y con acceso restringido a las necesidades básicas, incluyendo algunos servicios esenciales como el agua potable. Éste es el caso de Villa Itatí,

ubicado entre las localidades de Bernal y Don Bosco. Al comienzo de la pandemia, se habían llevado adelante estrategias de salud comunitaria para mitigar los contagios del virus como el “Programa Cuidarnos” -luego del primer brote en el Barrio La Paz, a partir de contagios en el frigorífico “El Federal”-, el “Programa Detectar” -realizado en conjunto con el Ministerio de Salud de la PBA- y el abordaje de Villa Azul el 24 de mayo de 2020, luego del segundo brote más importante en un barrio popular de Quilmes. Sin embargo, la experiencia del Comité Operativo de Emergencias (COE) de Villa Itatí marcó un antes y un después en el modelo de abordaje de los problemas de salud del barrio y de todo el subsistema de salud público del municipio.

Cabe aclarar, que los casos en Villa Azul, que es un barrio con viviendas muy precarias, donde viven 5000 familias, muchas de ellas en condiciones de hacinamiento, comenzaron luego del contagio de una trabajadora de casas particulares que trabajaba en CABA. Allí se realizó una intervención sanitaria intensiva, con aislamiento comunitario, por el riesgo de rápida disipación del virus dentro de Villa Azul, y del pasaje a Villa Itatí que es seis veces mayor, por la cercanía geográfica, y porque muchas de las familias de ambos barrios están vinculadas.

II - Caracterización del barrio Villa Itatí

Villa Itatí en sus inicios era conocido como “La Loma”, por sus características geográficas, un paraje rural de cultivadores y tamberos. Este paraje ubicado entre las localidades de Bernal y Don Bosco, partido de Quilmes comenzó a poblarse más en la década de 1950 con pobladores quilmeños de otros barrios y con

migrantes procedentes de diversas provincias argentinas, como Chaco, Santiago del Estero y Corrientes, así como de países vecinos. Esta migración interna se explica, en su mayoría, por la imperiosa necesidad de mano de obra para fábricas del conurbano bonaerense. La población se situó en lotes populares sin organización ni planificación urbanística. Los terrenos no contaban con servicios básicos, por lo que la población se encontraba marginalizada desde sus inicios. El barrio Villa Itatí, nombrado así por la devoción de sus habitantes por la virgen de Itatí, comenzó a gestarse como un salpicado de viviendas humildes improvisadas con láminas de metal, cartón y lámparas de querosén para iluminarse. El paisaje recordaba a un paraje rural, con numerosas familias migrantes, que luchaban por un lugar donde vivir que les ofreciera oportunidades de mejorar su calidad de vida.

Al pasar los años, Villa Itatí se convirtió en uno de los más grandes barrios populares del conurbano bonaerense, ubicado a escasos 20 minutos de CABA. De acuerdo con el último censo realizado por el Organismo Provincial de Integración Social y Urbana del Gobierno de la Provincia de Buenos Aires (OPISU, 2019) en el año 2018, la población del barrio era de 16.478 personas, distribuida en 4261 hogares. Las calles que lo limitan son: Lavalle, Montevideo, Ayacucho, y el Acceso Sudeste.

En la actualidad, Villa Itatí a su vez está dividido en zonas según diferentes variables, entre las que podemos mencionar las condiciones de vivienda y habitabilidad, la densidad poblacional, el acceso a servicios básicos y las características geográficas. El

sector con mayor precariedad y menor urbanización del barrio es La Cava. Ésta surgió tras la extracción de grandes cantidades de tosca en la dictadura militar para construir el Acceso Sudeste, lo que dejó un pozo gigantesco. Sus habitantes tienen peores condiciones de vida, y algunas casas limitan con la “Laguna de La Cava”, altamente contaminada. En esta zona la mayoría de las familias son recolectoras urbanas. Además, dentro de la zona se encuentra la Cooperativa de Cartoneros, que organiza esta actividad y se constituyó después de la crisis del año 2000.

En el barrio, persisten viviendas de chapa, sin acceso a servicios – electricidad, agua, gas de red, internet - con condiciones de hacinamiento, sectores del barrio inundables, calles de tierra, sin ingreso de transporte público, ambulancias, ni camión de recolección, sin instituciones educativas formales dentro del barrio, problemas de consumo de sustancias y situaciones de inseguridad. En respuesta a las complejidades del vivir en Villa Itatí, su comunidad fue construyendo redes que permitieron el surgimiento de organizaciones sociales, eclesíásticas, educativas, deportivas, cooperativas y comunitarias que dieron respuesta a lo largo de su historia a las necesidades de sus habitantes. Para nombrar sólo algunas de ellas: ETIS, ANAVI, La Casita de la Cava, Junquitos, Juanita Ríos, Cooperativa de Cartoneros, Jardín Pampa, Jardín la Ponderosa, Abuela Eduarda, Capilla “Nuestra Señora de Itatí”, entre otras. Además, como instituciones estatales cuenta con el Centro de Atención Primaria de Salud (CAPS) “Nair Abad” y el Centro de Acceso al Vecino (CAV). Fuera del barrio, pero muy cercano se encuentra el Centro de Asistencia Modelo

“Don Bosco” que es de gran referencia para las y los vecinos de la zona.

III - El Comité Operativo de Emergencias (COE) Villa Itatí Unida

Como mencionamos anteriormente, a partir del aislamiento comunitario de Villa Azul, y los reiterados pedidos de testeos masivos por parte de habitantes de Villa Itatí, la Secretaría de Salud del Municipio de Quilmes, en conjunto con equipos de varios ministerios de la PBA y otras secretarías del municipio, convocó a las mesas sanitarias a los distintos actores y referentes del barrio.

La primera reunión se realizó en la Capilla del barrio “Nuestra Señora de Itatí” y se debatió acerca de la crisis sanitaria, las medidas impartidas por los gobernantes, la experiencia de otros países y la realidad del barrio, y se definió conformar el Comité Operativo de Emergencia, luego llamado “Villa Itatí Unida”, constituido por representantes de las distintas organizaciones del barrio y funcionarios del municipio y de la provincia.

Se dividió Villa Itatí en 17 zonas georreferenciadas sobre un mapa, con el objetivo de abordar el territorio en su totalidad y llegar a los y las vecinas que viven en pasillos y/o pasajes de difícil acceso o que no se encuentran en una simple recorrida por el barrio.

El COE realizaba reuniones de manera semanal, en ronda, donde se exponía la situación epidemiológica actualizada y se construía de manera participativa y democrática la estrategia sanitaria, con

una clara conducción de la Secretaría de Salud del Municipio y la referente de la gestión en ese territorio y concejala del barrio, Nair Abad. Se abordaban temarios concretos y también contaban con un espacio abierto a las propuestas que se planteaban, cuestiones vinculadas a la pandemia, pero también a otros problemas, como por ejemplo temas de seguridad, consumos problemáticos, cortes de energía eléctrica, tratamiento de residuos, educación, violencia de género. etc.

Figura 1: Reuniones del COE en la Capilla del Barrio



Fuente: fotos extraídas del Fotolibro “Faros de Salud” (Konfino, 2021)

Con el correr de los días, se tomó la decisión de dividir al barrio en 3 zonas estratégicas: A, B y C, cada una de ellas con un equipo de salud territorial. Cada equipo se conformaba por personas trabajadoras de atención primaria de la salud, promotoras de salud municipales y provinciales, referentes de las organizaciones sociales y comunitarias barriales, voluntarias y militantes.

Figura 2: mapa de Villa Itatí, con la delimitación de las 3 zonas:
A, B y C



Fuente: “COE de Villa Itatí Unida”

Cada uno de los equipos territoriales, tenía tres objetivos: la detección de casos sospechosos de COVID-19, el seguimiento de los contactos estrechos y la asistencia de las familias. Diariamente se recorría y relevaba la zona de referencia, lo que permitía construir un vínculo de confianza con los y las vecinas. Para el seguimiento de los contactos estrechos, se completaban planillas donde se registraban diariamente la aparición de síntomas, necesidades de alimentación o higiene y el cumplimiento del aislamiento.

En el peor momento de la pandemia, participaron más de 100 personas voluntarias del barrio y otros barrios, algunas de distintas organizaciones y otras simplemente que querían colaborar, movilizadas por la solidaridad, que se pusieron a disposición para enfrentar la pandemia, para cuidar a Villa Itatí. Se realizaron diversas capacitaciones sobre los protocolos vigentes de abordaje y cuidados personales, incluyendo la utilización y provisión de los elementos de protección personal.

Este gran despliegue favoreció que a partir del 28 de mayo del 2020 se llevara a cabo el primer operativo DETECTAR en el barrio, desarrollado por la Secretaría de Salud, otras áreas del gobierno Municipal y el acompañamiento del Ministerio de Salud y otras áreas de gobierno de PBA. El DETECTAR permaneció de manera diaria e itinerante en diversos lugares del barrio, hasta el descenso de los contagios.

En estos operativos se realizaba una búsqueda activa puerta a puerta de personas con síntomas, el acompañamiento al dispositivo móvil que garantizaba el acceso al estudio de detección del virus por PCR y se brindaban instrucciones a seguir dependiendo de la disponibilidad de aislamiento en domicilio. Siempre que la situación clínica lo demandara, basándose en los lineamientos de los protocolos emitidos por los Ministerio de Salud de Nación y Provincia de Buenos Aires, los y las vecinas podrían ser trasladados a centros de salud. Los resultados en ese momento tardaban aproximadamente 48 horas. A estos operativos no sólo accedían las personas que vivían en Villa Itatí, sino que incluso se acercaban personas de barrios mucho más

puddientes de Quilmes, incluso con las mejores coberturas de salud, que no lograban acceder al hisopado para la detección del COVID-19 a través de sus coberturas de salud. Para muchas de estas personas esto implicó que conocieran el barrio por dentro por primera vez.

Desde el área de epidemiología de PBA enviaban los resultados de las PCR realizadas, y un equipo de trabajadoras sociales del municipio georreferenciaban los casos positivos. Ellas comenzaban el seguimiento telefónico notificando el resultado a cada persona. También hacían la investigación epidemiológica con la detección de los contactos estrechos. Sin embargo, no siempre era posible la comunicación telefónica, por lo que los equipos territoriales del COE realizaban visitas domiciliarias para notificar los resultados y comenzar el abordaje integral.

Al igual que en otros barrios populares de Quilmes, como el Barrio La Paz en San Francisco Solano y Villa Azul, la consigna “*Quedate en casa*” no era posible, dadas las condiciones habitacionales de hacinamiento y precariedad, o la convivencia con personas de riesgo. La decisión sociopolítica-sanitaria fue entonces el armado de Centros Municipales de Aislamiento extrahospitalarios en distintas instituciones como por ejemplo la Universidad Nacional de Quilmes (UNQ), la Sociedad Italiana Fratelli, la Escuela San Jorge, el Jardín Municipal Nro. 4 del Barrio La Florida y el Sindicato del Plástico. Estos centros garantizaban el aislamiento preventivo y obligatorio a personas positivas para COVID-19 que se encontraban en buen estado clínico, sin factores de riesgo y que requerían cuidados mínimos, pero que no

podían aislarse en sus domicilios. Para el sostenimiento de estos centros, además de la Secretaría de Salud, participó la Secretaría de Seguridad y de Educación, Culturas y Deportes, puestas a disposición por pedido de la Intendencia. También, organizaciones sociales y políticas colaboraron para su armado y sostenimiento.

Cuando las personas tenían comorbilidades, pautas de alarma o estados más críticos, el Sistema de Atención Médico de Emergencia (SAME) trabajaba de forma articulada para trasladar al segundo nivel de atención¹ a quien requerían cuidados de mayor complejidad. Además, desde el Ministerio de Salud de la PBA se creó una plataforma que actuaba como un “tablero de gestión de camas” para conocer el estado de situación de la disponibilidad de camas en hospitales de la PBA y nacionales para que las derivaciones de un centro a otro pudieran realizarse de manera equitativa, con una respuesta pronta en un sistema de salud con alta demanda por la pandemia.

En los primeros tres meses de abordaje se realizaron 393 traslados en total a los centros de aislamiento sanitario y 240 a los hospitales de agudos de la región. Además, en el Hospital de Quilmes se pudo recuperar la fábrica de oxígeno que hacía 20 años estaba en desuso. También amplió su capacidad de camas, y fue uno de los

¹ La mayoría de estas articulaciones se realizaban con el Hospital Municipal de Solano, ex materno infantil “Dr. Eduardo Oller”, hoy hospital general, el Hospital de Quilmes “Dr. Isidoro Iriarte” y la Unidad de Pronta Atención (UPA) Nro. 17 de Bernal Oeste, donde se aumentó la capacidad de camas de internación tanto de cuidados intermedios (50) como de cuidados intensivos (24).

pioneros en tratamiento de casos graves de COVID-19 con plasma de convaleciente.

Todas estas medidas permitieron detectar tempranamente los casos para que recibieran su oportuna atención y cortar la cadena de contagios, evitando que las personas se enfermaran todas a la vez y desbordaran los hospitales, mientras se ganaba tiempo hasta la llegada de la vacunación.

A partir de otras problemáticas trabajadas por el COE, surgieron dos dispositivos que aún perduran: la “mesa de consumos problemáticos de Itatí” y el grupo de “mujeres y diversidades villeras”. También, luego de que el gobierno garantizara su acceso, el COE tuvo un importante rol en la vacunación, ya que en un principio casi nadie se quería vacunar.

La posibilidad de realizar los testeos de manera oportuna, con un dispositivo móvil que permitía llegar a distintos lugares del barrio y detectar tempranamente los casos para cortar la cadena de contagios tuvo como resultado una seroprevalencia del 9% en Villa Itatí. Si bien el objetivo de este capítulo es describir la intervención de COE, también consideramos fundamental contrastar con datos duros que demuestran la eficacia y eficiencia de este tipo de intervención comunitaria, donde con participación social y un Estado presente se pueden obtener mejores resultados. Por ejemplo, se puede comparar con el Barrio Padre Mugica de CABA donde la intervención sanitaria y el modelo de gobierno en salud fue muy diferente, y se obtuvo una seroprevalencia cercana al 54%.

IV - Reflexiones finales

La realidad de Villa Itatí, caracterizada por condiciones de vida precarias y una falta de infraestructura básica, puso en evidencia la necesidad de un abordaje integral y colaborativo para enfrentar la pandemia y otras problemáticas estructurales. La experiencia del COE "Villa Itatí Unida" durante la pandemia de COVID-19 destaca la importancia fundamental de la participación comunitaria y la intervención del Estado en la gestión de crisis sanitarias en barrios populares.

Se gestó una respuesta articulada entre organizaciones sociales, comunitarias, religiosas y educativas, junto con el acompañamiento de un Estado presente, que permitió no solo la implementación efectiva de estrategias sanitarias, sino también la creación de redes de solidaridad y apoyo que trascendieron la emergencia. La conformación del COE y su trabajo en la georreferenciación del barrio, la detección de casos de COVID-19, y la gestión de centros de aislamiento extrahospitalarios demuestran cómo la acción coordinada y la decisión política pueden mejorar los resultados en salud y mejorar la calidad de vida en contextos de alta vulnerabilidad.

Este modelo de intervención comunitaria subraya la eficiencia de un enfoque participativo y descentralizado en la gestión de la salud pública. La construcción de confianza y vínculos con las y los vecinos, la participación activa de personas voluntarias, y la adaptación de recursos según las necesidades locales fueron claves para enfrentar no solo la pandemia, sino también problemas preexistentes y emergentes en el barrio.

Diversas mesas de trabajo surgidas del COE, como la de "consumos problemáticos" y el grupo de "mujeres y diversidades villeras", son testimonio de que la intervención comunitaria puede generar cambios sostenibles y abordar diversas dimensiones de la vida comunitaria. Además, el fortalecimiento del equipo de salud del CAPS Villa Itatí y la implementación de estrategias de vacunación ilustran cómo la experiencia adquirida durante la pandemia puede ser capitalizada para futuras intervenciones.

En conclusión, el COE "Villa Itatí Unida" no solo mitigó los impactos inmediatos de la pandemia, sino que también dejó un legado de organización comunitaria y colaboración estatal que puede servir como modelo para enfrentar otras necesidades sanitarias y sociales. La integración de la comunidad en la toma de decisiones y la presencia activa del Estado son esenciales para abordar las desigualdades y garantizar un acceso equitativo a la salud y a una vida digna. La experiencia de Villa Itatí reafirma que, con participación social comunitaria y un Estado presente, es posible obtener mejores resultados y construir un futuro más justo y saludable para todos.

Referencias bibliográficas

Cariaga, M. E. & Ferreira, M. (2020). La corresponsabilidad ante el COVID 19 en los barrios populares. Relatos de Villa Itatí. *Debate Público*, Año, 10, N° 20, 2020.

Esposito, M., Bustos, S., Cardonetti, L., Pueyo Alvarado, M., Latorre, B., Parrilla, L., Garcia, E., Kreplak, N. y Konfino, J. (2021). Aislamiento comunitario como estrategia para la mitigación de un brote de COVID-19: el caso de Villa Azul. *Global Health Promotion*, Vol. 28, N° 3, abril de 2021, pp. 114-121.

Gallastegui, M., Rosselló, G., Vinuesa, M., Martelli, E., Ojeda Morcos, L., Sánchez Correa, H., Moodie, A., Bustos, S., Cardonetti, L. y Konfino, J. (2022). El rol de un centro de aislamiento sanitario extrahospitalario durante la pandemia de COVID-19: la experiencia de Quilmes. *Rev Argent Salud Pública*. N° 14 Supl COVID-19: e52, julio de 2022.

Iglesias, N. G., Gebhard, L. G., Carballeda, J. M., Aiello, I., Recalde, E., Terny, G., ... Brardinelli, J. I. (2021). SARS-CoV-2 surveillance in untreated wastewater: Detection of viral RNA in a low-resource community in Buenos Aires, Argentina. *Revista Panamericana de Salud Pública*, Vol. 45, N° 1, octubre de 2021.

Konfino, J., Bustos, S., Buey, F., L'Arco, G., Cardonetti, L., Napoli, N., Gallastegui, M., Begue, C. y Lopez, N. (2021). Abordaje comunitario de la pandemia de COVID-19 en Quilmes. A propósito de un caso en Villa Itatí, Gran Buenos Aires, Argentina 2020. *Revista Argentina de Medicina*, Vol. 9, N° 3, 2021, pp. 194-201.

Konfino, J. (2021). *Faros de salud: El COE Villa Itatí Unida frente a la pandemia del Covid19*. Quilmes. Recuperado de https://issuu.com/farosdesalud/docs/fotolibro_version_digital_1.3

Organismo Provincial de Integración Social y Urbana (OPISU) (2019), Gobierno de la Provincia de Buenos Aires. Proyecto de Transformación Urbana del Área Metropolitana de Buenos Aires (AMBA) “Mejora del Hábitat en Barrios Vulnerables del GBA”. Financiamiento Adicional/Fase II”. Proyecto de Integración Social y Urbana Villa Itatí y Villa Azul. Evaluación Social.

Schumacher, A. E., Kyu, H. H.; Kisa, A., Lim, S. S., Kisa, S., Murray, C. J., & Demographics Collaborators. (2024). Request Global age-sex-specific mortality, life expectancy, and population estimates in 204 countries and territories and 811 subnational locations, 1950–2021, and the impact of the COVID-19 pandemic: a comprehensive demographic analysis for the Global Burden of Disease Study 2021. *The Lancet*, Vol. 403, N° 10440, 2024, pp. 1989-2056.

Spadea, A., Begue, C., L. Arco, G.; Calvo, A. y Konfino, J. (2023). Universidad y gestión municipal: la construcción de un trabajo articulado para dar respuesta a la irrupción de la pandemia COVID-19 en el municipio de Quilmes. En: AA. VV. *Pandemia COVID-19 en Quilmes: historias de trabajos colaborativos de la universidad y el municipio*. Pp. 32-45. Quilmes, Universidad Nacional de Quilmes.

Capítulo 2

Salud Comunitaria: Saberes en construcción

Natalia Osella, Diego de Zavaía Dujovne, María Cecilia Scaglia

En este capítulo nos proponemos dar cuenta de la experiencia previa de investigación del equipo¹ y de las reflexiones que contribuyeron a configurar un cuerpo de categorías críticas que nos permitieron abordar la experiencia del Comité Operativo de Emergencia (COE) en Villa Itatí. En el año 2017 se constituye el equipo con el propósito de analizar la construcción de saberes en salud comunitaria a partir de la experiencia de una asignatura de la carrera de medicina de la Universidad Nacional Arturo Jauretche (UNAJ) que implicaba prácticas en territorio. La principal categoría que surgió de esa investigación fue la de saberes en salud entendidos como el resultado de la articulación

¹ Esta investigación fue realizada en el marco proyecto UNAJ Investiga 2017 y el informe final, que sirvió de insumo para la escritura de este capítulo, se encuentra publicado en el n°1 de *Contribuciones en CyT* (2023) disponible en <https://contribucionesencyt.unaj.edu.ar/la-salud-comunitaria-en-construccion-la-experiencia-de-una-asignatura-de-la-carrera-de-medicina-en-una-universidad-del-conurbano>.

dialéctica entre las representaciones sociales y las prácticas en salud. Además, también señalamos los riesgos del uso de una noción romantizada de comunidad en el campo de la salud, ya que entendemos que se trata de una perspectiva homogeneizante y esencializadora de la sociedad civil que no logra capturar los clivajes que se dan en un territorio.

I - Formación del equipo y objetivo de investigación

En el año 2017 docentes de distintas disciplinas que compartíamos la asignatura Conocimiento y Ciencias de la Salud - materia de primer año común a todas las carreras de salud que se dictan en la UNAJ- conformamos un equipo para realizar una investigación sobre otra asignatura del Instituto de Ciencias de la Salud: Articulación Comunitaria 1 dictada en segundo año de la carrera de medicina.

El principal objetivo del proyecto denominado “La salud comunitaria en construcción” fue describir y analizar los procesos de construcción de saberes anclados en la perspectiva de la salud comunitaria e inspirado en los principios de la atención primaria de la salud, a partir del análisis de las diversas modalidades que asume la asignatura mencionada. Para ello partimos de dos grupos de interrogantes. El primero se refería a las características principales del saber en salud comunitaria de docentes que dictaban la asignatura: ¿cómo se representaban estas y estos docentes el proceso de salud – enfermedad - atención - cuidados (PSEAC)?, ¿qué representaciones construían en torno del concepto de salud comunitaria? y ¿qué instancias de aprendizajes diseñaban e implementaban? El segundo grupo de interrogantes

tenía que ver con las características de los saberes en salud de estudiantes que cursaban la asignatura y cómo se modificaban o no a lo largo del proceso de aprendizaje: ¿cuáles son las representaciones que traían las y los estudiantes respecto del PSEAC? ¿qué representaciones tenían respecto de la salud comunitaria? ¿cómo se transformaban estas representaciones en el proceso de enseñanza - aprendizaje? ¿qué prácticas desarrollaban en el marco de la cursada de la materia y qué impacto tenían dichas prácticas en la construcción de ese saber? Las y los estudiantes que formaron parte del trabajo de campo fueron de dos comisiones de la cohorte 2018 dictadas en un Centro de Salud Universitario (CSU).

De esta forma, la unidad de análisis del proyecto fueron las representaciones y prácticas que desarrollaban los actores mencionados en el marco de la asignatura “Articulación Comunitaria 1”. Las dimensiones que tomamos en cuenta fueron: las representaciones respecto de la comunidad, el PSEAC y las prácticas que se daban en el marco de la asignatura. Suscribimos a un enfoque teórico metodológico de tipo etnográfico² y a partir de esta decisión es que utilizamos las técnicas de búsqueda de información privilegiadas por este tipo de metodología. Estas consistieron en: 1) la observación participante durante el primer cuatrimestre del dictado de los seminarios teóricos, de clases prácticas dadas en el centro de salud y de las salidas de

² En el capítulo 3 de este libro se desarrollan las características de este enfoque, las implicancias que tuvo en la conformación del equipo de investigación y qué modalidades asumió en el desarrollo del proceso de investigación.

relevamiento barrial de estudiantes; 2) la realización de entrevistas en profundidad a estudiantes y docentes; 3) el análisis del plan de estudios de la carrera, del programa de la asignatura, de las guías de trabajo y de la producción escrita de estudiantes a través de sus “cuadernos de campo”.

II - Descripción de Articulación Comunitaria 1

La materia se dicta en el segundo año de la carrera de medicina, tiene una carga horaria semanal de 5 horas en un centro de salud y una hora de Seminario teórico que se cursa en un aula cedida por una asociación de profesionales de medicina de la zona. La materia es anual y está ubicada en el plan de estudios después del Ciclo Básico que comparten todas las licenciaturas del Instituto de Ciencias de la Salud.

Las clases prácticas tienen tres momentos: el primero consiste en lecturas dentro del aula; el segundo, en la salida al centro de salud para trabajar en el barrio a partir de las distintas propuestas que realizan los y las docentes; y en el último, ya de vuelta al CSU, se reflexiona acerca de lo que sucedió en la salida.

La instancia de seminario consiste en encuentros semanales de una hora de duración con la totalidad de estudiantes de la asignatura en un espacio situado cerca de la sede de la universidad. Asisten también docentes de todas las comisiones y se abordan temas teóricos con una modalidad expositiva.

La evaluación consiste en dos exámenes parciales domiciliarios, un examen oral para reflexionar sobre un caso al final de la

cursada y una calificación de trabajo de campo. Para construir esa calificación de cursada se utiliza un *cuaderno de campo*, en el que se desarrollan las guías integradas de campo. Se trata de un relato pormenorizado sobre la experiencia de cada estudiante, donde se realiza una articulación entre los conceptos teóricos vistos en las clases y las observaciones, entrevistas e intervenciones realizadas en las salidas a la comunidad. El cuaderno de campo debe destacarse debido a que se refiere a la importancia de la observación para aprehender la totalidad de lo social que se vive en la experiencia. Además, las y los estudiantes deben comprender el contexto (el lugar donde se encuentran los sujetos que participan de la cotidianidad) y las relaciones y situaciones de los sujetos. El registro de la observación en el diario de campo permite sistematizar, transformar, mejorar y enriquecer las prácticas investigativas. Para ello es necesario que el informe no sólo recopile información, sino que además de la descripción incluya argumentación e interpretación.

Es importante mencionar que la asignatura tiene un rol troncal en la formación, es dictada también en el tercer y cuarto año y se convierte en el escenario donde el estudiantado tiene la posibilidad de articular los aprendizajes teóricos abordados en otras asignaturas a través de la experiencia de campo en el territorio.

Su rol fundamental se debe a que la carrera de medicina de la UNAJ se enmarca en un paradigma de enseñanza-aprendizaje que

se opone al flexneriano³. Si bien este último sigue vigente en la actualidad, los documentos de los organismos internacionales (OPS/OMS, 2003 y 2005) cuestionan la escasez de contenidos en la formación de base de profesionales instruidos en el marco de esta paradigma en temas relacionados con una concepción de la salud como proceso social, en la ausencia de herramientas teóricas para abordar la dimensión social del PSEAC, y hacen hincapié en la crítica a la formación orientada desde una concepción casi exclusivamente biologicista.

Partiendo del reconocimiento de la falta de formación de las y los médicos que se desempeñan en el primer nivel de atención en temas relacionados con una perspectiva social de la salud - enfermedad, en los procesos de reforma del sector salud inspirados en los principios de la Declaración de Alma-Ata (ONU, 1978) se ha apostado en gran medida a introducir cambios en la educación médica que estuvieran orientados a transformar los modelos de atención en salud y también a prestigiar la labor profesional que se desarrolla en el primer nivel de atención.

En este sentido, la innovación vino de la mano de los currículos enfocados en el aprendizaje basado en problemas. Esta construcción orienta la formación del egresado hacia una visión integral del proceso salud - enfermedad y una actitud crítica frente a los problemas de salud y de sus determinantes, objetando la

³ Este paradigma se refiere al modelo de enseñanza centrado en la dimensión biológica de la enfermedad y adoptado por universidades occidentales a partir del informe publicado en 1910 por Alexander Flexner.

formación orientada hacia la especialización que privilegia el uso de la aparatología médica y consecuentemente los intereses del complejo médico industrial.

Según Borrell (2005) estos criterios se plasmaron en dos modelos curriculares fundamentados en la orientación hacia la comunidad y la solución de problemas. El currículo basado en la comunidad es considerado como un método educativo novedoso de enseñanza de las ciencias que se pone en práctica enviando al alumnado de primer o segundo año a un centro de salud no hospitalario durante un período breve para que participe en “proyectos” en y con la comunidad.

A partir de la resolución 1314 del Ministerio de Educación de la Nación del año 2007 se crearon y modificaron los planes de estudios de varias universidades nacionales (Tucumán, Rosario, del Sur, La Matanza y Arturo Jauretche) en el sentido del nuevo paradigma. No resulta extraño que la UNAJ haya adoptado este paradigma y lo haya materializado en un plan de estudio donde las asignaturas de articulación comunitaria tienen un rol central, ya que los lineamientos de creación de esta universidad plantean la necesidad de su vinculación constante con los actores del territorio. La UNAJ nunca se pensó como una casa de estudios que podría estar ubicada en cualquier parte de Argentina, sino que desde su concepción se pensó en relación al lugar en que está situada buscando ser una institución que transforma y es transformada por la comunidad de la que forma parte.

III – El concepto de comunidad como categoría central a la investigación

Como vemos, el concepto de comunidad resulta central tanto para la concepción de salud detrás del Instituto de Ciencias de la Salud (ICS) de la UNAJ como del desarrollo de la asignatura estudiada en particular. ¿Pero qué significa comunidad? ¿Qué tensiones atraviesan este concepto? y ¿cómo es recuperado por docentes y profesionales de la salud? Estas preguntas no sólo nos permitieron abordar la investigación sobre Articulación Comunitaria 1, sino que su elaboración nos dio una base teórica para abordar la investigación sobre el COE de Villa Itatí, ya que detrás de la defensa política de la Participación Social en Salud (PSS) está el imperativo de Alma Ata de que la comunidad debe involucrarse en la atención de sus procesos de salud y enfermedad.

El concepto de comunidad surge en el marco de la sociología alemana de finales del siglo XIX en contraposición con el concepto de sociedad que había sido objeto de una profunda elaboración teórica. Respecto al último de estos conceptos, cabe recordar que Hegel (1821) en la *Filosofía del Derecho* utiliza la expresión “sociedad civil” para dar cuenta del espacio en donde se dan relaciones humanas sin referencia directa al Estado moderno, pero gracias a su protección. Aquellos que ocuparán este espacio serán los sujetos modernos, individuos abstractos, iguales entre sí que establecen relaciones impersonales y racionales que adquieren fundamentalmente la forma del intercambio comercial. El sociólogo Ferdinand Tönnies (1947) en su clásica obra *Gemeinschaft und Gesellschaft (Comunidad y Sociedad)*, contrapone al concepto de Sociedad, el concepto de Comunidad que da cuenta de

agrupaciones sociales cuya constitución es natural y orgánica y donde las relaciones entre sus integrantes son personales y afectivas.

Dentro del debate acerca de qué es la salud comunitaria, se reconoce el lugar central que ocupó Tönnies en la elaboración del concepto. Así, por ejemplo, Silberman (2017) señala que el sociólogo alemán construye categorías que pueden considerarse tipos ideales al estilo weberiano. Para este autor, Tönnies construye el concepto de comunidad en oposición a la sociedad moderna industrial y se caracteriza centralmente por erigirse en el fundamento de la vida “en común” que supone la interacción cara a cara, entre comunes, en oposición a las relaciones de entre socios (es decir que los une un interés) propias de las sociedades modernas.

En por lo menos los últimos 30 años el concepto de comunidad ha ocupado nuevamente un lugar central en las humanidades y ciencias sociales con obras como *Communitas* de Roberto Espósito (2003) y *Comunidad. En busca de seguridad en un mundo hostil* de Zygmunt Bauman (2003).

En su estudio estrictamente sociológico sobre el concepto de comunidad, Pablo de Marinis (2005) propone una hipótesis que nos resulta muy productiva para analizar las mutaciones semánticas de esta categoría. Según el autor (de Marinis, 2005) en la invención de esa polaridad sociedad/comunidad los sociólogos clásicos se propusieron varios objetivos a la vez. Primero, se plantearon captar los rasgos más significativos de una mutación histórica de la transición de las formas de sociabilidad

precapitalistas a las de la sociedad moderna; en segundo término, se propusieron construir conceptos que sirvieran para describir formas particulares del lazo social: zonas calientes y próximas (comunidad) y zonas frías y racionalizantes (sociedad). Por último, sugirieron orientaciones normativas y políticas de intervención para conjurar la posibilidad de disolución del lazo social donde la sociedad terminaría devorándose a la comunidad, proponiendo vías para un encauzamiento ordenado.

Lo interesante de esta propuesta sobre la categoría de comunidad es que ese peligro descrito por los sociólogos clásicos hoy se encuentra invertido por la racionalidad política neoliberal:

En la actualidad, aquella polaridad conceptual (y sus correspondientes referentes empíricos) se revuelve y se revuelca, y de esa batalla ya no puede salir igual a como estaba antes. La “sociedad” y “lo social” que ellos inventaron están experimentando actualmente una enorme corrosión de sus fundamentos. Algunas sociologías empiezan a tomar nota de ello, y anuncian la disolución de la sociedad, o su reconfiguración total, o su vaciamiento, o licuefacción. Concomitantemente, la “comunidad” está experimentando actualmente un impresionante revival. La constatación de la exageración tendría lugar contemporáneamente, bajo la racionalidad política del neoliberalismo, donde las cartas se vuelven a mezclar nuevamente, donde uno de los polos parece desvanecerse —la sociedad— y el otro parece reactivarse —la comunidad (de Marinis, 2005:16).

En síntesis, en la agenda pública y en las políticas públicas la presencia de la comunidad se vuelve omnipresente y aparece como un “recurso” cada vez más necesario para activar a la población en la gestión de sí misma y sus condiciones de existencia. Como bien plantea Bauman (2003) frente a una sociedad cada vez más hostil la comunidad no sólo tiene un significado, sino que además produce “una buena sensación”.

Este protagonismo de “la comunidad” en términos de formulación de políticas públicas, a partir de la década del 90, puede asociarse también al auge de las políticas compensatorias propias del modelo de acumulación neoliberal. Esta idea de que son los propios sujetos y colectivos sociales quienes pueden/deben encargarse de su propia reproducción resulta funcional a la retirada del Estado del ámbito de la reproducción de la fuerza de trabajo y de sus funciones en ese sentido. Si bien no podemos decir que el Estado se retira de la esfera pública, sí podemos afirmar que abandona las funciones propias del estado de bienestar en lo que tiene que ver con la reproducción de las y los trabajadores y asume nuevas/otras funciones que tienen que ver con asegurar la reproducción ampliada del capital. El protagonismo de las comunidades en la gestión de su propia supervivencia, se legitima discursivamente en el supuesto fracaso de las estructuras políticas de mediación producto de la corrupción que es parte de su “naturaleza” y el burocratismo en que devinieron sus prácticas. Así, los organismos internacionales de financiamiento de las políticas sociales canalizaron sus recursos a través de las organizaciones no gubernamentales (ONGs), que se erigieron en auténticas representantes de los intereses de las comunidades y en

garantes de transparencia y eficiencia en la gestión de esos recursos.

IV - Resultados y conclusiones pre pandemia

Entre los resultados más significativos, un elemento que pudo observarse fue la similitud que existe entre el barrio en el cual las y los estudiantes hacen la práctica y el lugar donde viven; ambos espacios presentan problemáticas similares. Así, la distancia imaginaria entre la población a atender y ellos mismos parecería borrarse. En cambio, aparece la distancia socioeconómica entre docentes y estudiantes, aspecto que parece no haber sido tenido en cuenta. Este punto coincide con una investigación realizada en la UNPAZ, en donde se encontró esta diferenciación cuando el objetivo original era caracterizar las diferencias socioeconómicas entre estudiantes (Zapata, 2017). Por otra parte, esta similitud entre el territorio estudiado y el territorio habitado obliga al estudiantado a reflexionar críticamente sobre sus condiciones de vida. El trabajo en la asignatura invita a objetivar sus experiencias. Esto resulta importante porque, como Articulación Comunitaria permite a las y los estudiantes la realización de prácticas preprofesionales y tomar contacto con la tarea médica en el momento inicial de la carrera, sus representaciones sociales sufren transformaciones.

Otro de los resultados que arrojó la investigación respecto al concepto de territorio trabajado en la asignatura fue que los y las estudiantes lo entienden como un espacio en donde algo exterior interviene, no pudiendo dar cuenta de que el propio sistema de salud es parte de la comunidad. En este sentido, este último

concepto se piensa asociado al contexto geográfico y a un conjunto de personas. En esta representación notamos una identidad entre las personas que habitan un mismo barrio, se supone que porque comparten un territorio piensan en forma homogénea. No se reconoce la posibilidad de conflictos o contradicciones en el nivel comunitario: lo local aparece romantizado. De esta manera, ese grupo humano comparte un lugar delimitado geográficamente y costumbres atravesado por similares condiciones de vida. Los actores sociales que se identifican en la cursada son las instituciones que se encuentran en el barrio (escuela, sociedad de fomento, iglesia, bomberos, etc.) sin reconocer las relaciones de poder que se dan en los territorios. A su vez, se piensa al Centro de Salud como una institución separada de la comunidad, donde “los y las profesionales” van a “dar” a la comunidad. Esta representación puede pensarse en términos de asimetría, es decir el saber profesional por sobre el saber de la comunidad. No se le reconoce a la comunidad con un saber propio. Esta concepción entra en tensión con el paradigma crítico que reconoce la combinación de diferentes saberes en el PSEAC, como así también los procesos históricos de cada territorio.

De esta forma, uno de los principales resultados de la investigación se refiere a las representaciones en torno de la comunidad que construyen los sujetos, que se piensa como romantizada y homogénea y funciona para el paradigma de la salud comunitaria como un horizonte de utopía contrapuesto al individualismo que caracteriza al saber biomédico. Podemos suponer que en estos escenarios donde transcurre la formación de

los futuros profesionales de la medicina, esta idea romántica de comunidad es más bien un instrumento en la disputa ideológica conceptual con el paradigma hegemónico, que un concepto operativo.

En lo que respecta a la investigación propiamente dicha, surgieron algunas dificultades que tuvieron que ver con evaluar el trabajo de colegas docentes, es decir problematizar, poner en tensión las modalidades de trabajo de nuestros y nuestras compañeras. ¿Desde dónde nos paramos para realizar los juicios? Creemos que nuestros saberes desde las ciencias humanas pueden aportar a la comprensión de los procesos de enseñanza aprendizaje que son innovadores. En este sentido, las críticas que pueden observarse en este trabajo deben ser pensadas como un aporte desde una concepción de la salud y de educación en salud similar que valora positivamente lo hecho en la asignatura. También se debe tener en cuenta que Articulación Comunitaria 1 es sólo la primera de las materias de articulación. Las representaciones y prácticas que tienen al finalizarla no son las mismas que tendrán al completar la carrera, sino una base sobre la que seguirán trabajando.

V - La situación inédita de la pandemia: La puesta en práctica de lo aprendido

La pandemia nos dio ocasión para poder revisar estas representaciones en dos estudiantes avanzadas de medicina. Durante la emergencia del COVID-19 se implementaron numerosas estrategias para evitar la propagación del virus y así prevenir la enfermedad que fueron llevadas adelante de manera

articulada entre diversos actores: Ministerio de Salud de la Nación, Ministerio de Salud de la Provincia de Buenos Aires, municipios y universidades. Así, el Voluntariado “Vicente Ierace”⁴ fue implementado por la UNAJ una semana después de haber sido decretado el aislamiento social, preventivo y obligatorio (ASPO) realizando diversas actividades a lo largo de la pandemia: *triage* en hospitales, teleasistencia en los Centros de Telemedicina desplegados en las instalaciones de distintas universidades (CETEC-UNAJ), Atención en Centros COVID-19, control de temperatura en estaciones de trenes, seguimiento telefónico a personas llegadas del exterior, etc. (Pozzio y Silberman, 2022). Seiscientos estudiantes avanzados de las distintas carreras de salud de la universidad participaron del Voluntariado y nuestro equipo de investigación realizó entrevistas en profundidad, antes de iniciar la investigación sobre Villa Itatí.

Una de las entrevistadas, estudiante de medicina cursando 6to año, cuando se le preguntó por qué eligió la carrera de medicina hizo mención a *“salvar una vida, hoy lo comprendo desde otro lado, querer ayudar, esa llegada a alguien”*. También rescata *“la perspectiva que te da la UNAJ”, “motivación durante todos los años”*. En esta frase se observa a la universidad como un espacio de pertenencia. En relación a las razones por las cuales eligió el voluntariado responde que la principal motivación fue *“poner la salud a disposición, salir afuera”*, entendiendo a la pandemia como un

⁴ El voluntariado tomó el nombre de nuestro colega docente de la UNAJ, Vicente Ierace, reconocido médico sanitarista de larga trayectoria y compromiso en la región de Florencio Varela, fallecido en 2018.

contexto inédito en donde era importante poder aportar lo que sea, *“era una oportunidad para eso”*. En cuanto a las actividades participó de triage en hospitales, testeos en estaciones de tren, hisopados en Villa Azul, atención telefónica. Retomando la importancia de los saberes en salud menciona a las habilidades comunicacionales: *“decir las cosas de manera clara y con respeto, transmitir información”*, *“experiencia en terreno, desde segundo año nos mandan a la calle a recorrer el barrio”*. Además, relata la importancia de la materia infectología en cuanto aporta conocimientos médicos. Si pensamos en la forma de abordaje de la pandemia, la estudiante rescata la idea del trabajo en equipo e interdisciplinariamente: *“trabajar de forma horizontal”*. También se observa cómo se rescata la intersectorialidad: *“articulación entre los distintos sectores de la salud, la articulación es fundamental, la salita, el SAME, el hospital”*, señalando que desde el comienzo de la carrera se busca lograr la competencia del trabajo en equipo.

Cuando se relata las razones que dieron origen a la pandemia, se hace mención a las “desigualdades” y como causas de la pandemia, la estudiante identifica: modos de vida, forma de relacionarnos con el medio ambiente, animales, condiciones de vida.

En relación a las salidas territoriales implementadas por las asignaturas en los primeros años de la carrera, rescata la mirada social: *“...hoy en día te das cuenta que podés tener otra llegada a la gente”*, *“el problema biomédico es lo menos importante cuando tienen otras cuestiones”*.

Otra de las entrevistadas, también estudiante de 6to año de medicina, ante la consulta sobre sus motivos para anotarse en el

voluntariado respondió: *“Porque a mí me gusta el trabajo que hacemos de campo. Nosotros tenemos una materia troncal que es Articulación Comunitaria, que tenemos la 1, 2 y 3, la tenemos tres años seguidos, y, bueno, nos enseñan a trabajar con la gente, en campo, en los barrios, a través de los CAPS, que vamos y cursamos ahí. Y me gusta el trabajo comunitario que hacemos.”* Las actividades que realizó en el voluntariado fueron realizar testeos en estaciones de tren, triage en el Hospital Mi Pueblo de Florencio Varela y también rescata haber participado de los hisopados en Villa Azul durante el aislamiento comunitario. En particular hace referencia a que hizo un hisopado domiciliario acompañada del médico del CAPS y referentes barriales. *“Fue otra vez como antes, cuando cursábamos nuestra materia, que recorríamos los barrios. Eso me gustó, estuvo bueno.”* Finalmente, a la estudiante le preguntamos qué conocimientos y asignaturas de la carrera le sirvieron más para pensar la situación y participar del voluntariado: *“las materias te sirven todas, pero la que la aplicás al barrio, al campo, es la de Articulación Comunitaria. Después Salud y Sociedad, también, que vemos cómo aplicar los determinantes de salud, por cómo viven las personas, cómo se enferman. Ahí entendés todo. Es más humana la carrera en esta universidad. Tenemos una mirada más holística. Entonces, podemos ver desde varios ángulos cómo se enferma la persona y si va a poder llevar a cabo su tratamiento, porque tenés en cuenta varias cosas. (...) Por ejemplo, en esto del COVID, si las personas que viven todos en una sola pieza, por más que vos los trates, tenés que ver si pueden revertir la situación o van a volver a recaer.”*

En las entrevistas se observa que las estudiantes se reconocen dentro del paradigma comunitario que defiende y propone la UNAJ. A la hora de pensar los motivos de la pandemia, no se centran sólo en las causas biológicas, sino que resaltan los determinantes sociales. También hay un fuerte reconocimiento a

la asignatura Articulación Comunitaria. Lo que nos resulta significativo es que más allá de la perspectiva ideológica es que las estudiantes consideran que su formación les dio una serie de herramientas eficaces para poder abordar los PSEAC desde esta perspectiva. Al tener que enfrentarse con una situación concreta, no se encontraron con una serie de conocimientos abstractos, fundados teóricamente, pero inaplicables, sino con un conjunto de saberes (que incluyen los biológicos, pero también las habilidades comunicacionales y la capacidad de trabajo en equipo) que les permitieron participar del voluntariado con seguridad y confianza.

VI – Reflexiones finales

Esta investigación nos resulta significativa porque sentó las bases del equipo y de su modo de trabajo. Aquí comenzamos a trabajar interdisciplinariamente y produjimos nuestras primeras etnografías colectivas, temas que abordamos en detalle en el próximo capítulo.

Pero sobre todo nos dejó una serie de interrogantes y categorías sobre los cuales ahondar. La categoría de saberes en salud entendidos como el resultado de la articulación dialéctica entre las representaciones sociales y las prácticas en salud mostró ser adecuada para aproximarnos a la salud comunitaria en sus dimensiones teóricas, prácticas e ideológicas. En este sentido, la aparición de una idea romantizada de comunidad con una perspectiva homogeneizante y esencializadora de la sociedad civil nos llevó a preguntarnos sobre cómo se llevan a cabo las políticas de salud comunitaria en territorios donde existen pluralidad de

actores sociales con intereses contrapuestos. Por esto, cuando se presentó la posibilidad de analizar el trabajo del COE de Villa Itatí durante la pandemia, lo vimos como una gran oportunidad de investigación. Las categorías, conceptos e interrogantes de los que partíamos fueron lo que nos dejó nuestra investigación sobre Articulación Comunitaria.

Referencias bibliográficas

Bauman, Z. (2003). *Comunidad: En busca de seguridad en un mundo hostil*. Buenos Aires, Siglo XXI.

Borrell, R. (2005), La educación médica en América Latina: debates centrales sobre los paradigmas científicos y epistemológicos. En: Chiara RM. *Proceso de transformación curricular: otro paradigma es posible*. Pp. 11-57. Rosario, Universidad Nacional de Rosario.

Esposito, R. (2003). *Communitas: origen y destino de la comunidad*. Buenos Aires, Amorrortu Editores.

Flexner, A. (1910). Medical Education in the United States and Canada. A Report to the Carnegie Foundation for the advancement of Teaching. *Bulletin* No.4. Boston, Updyke.

Hegel, G. (1821). *Principios de la filosofía del derecho*. Buenos Aires, Editorial Sudamericana, 2004.

de Marinis P. (2005) 16 comentarios sobre la(s) sociología(s) y la(s) comunidad(es). *Papeles del CEIC*, N° 15, marzo de 2015.

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.

OPS/OMS (2003). Atención Primaria de Salud en las Américas: las enseñanzas extraídas a lo largo de 25 años y los retos futuros. 44° Consejo Directivo – 55° Sesión del Comité Regional. EEUU.

OPS/OMS (2005). Renovación de la Atención Primaria de Salud en las Américas. Borrador para la discusión. Documento Oficial.

Pozzio, M.; Silberman, M. (2022). Aprender haciendo durante la pandemia: el caso del voluntariado Vicente Ierace1 de la Universidad Nacional Arturo Jauretche (Argentina 2020-2021). *Revista de Educación*, N° 27.2, 2022, pp. 101-114.

Scaglia, M. C.; Albano, D.; Osella, N.; Percovich, N.; Saraceno, M.; de Zavalía, D. (2023). La salud comunitaria en construcción. La experiencia de una asignatura de la carrera de medicina en una universidad del conurbano. *Contribuciones en CyT*, Vol. 1, N° 1, diciembre de 2023, pp. 1-32.

Silberman, M. (2021). Apuntes para debatir la Salud Comunitaria. En: Silberman, M y Lois, I. (Coord). *La salud comunitaria en debate*. Florencio Varela, Editorial UNAJ, pp. 19-35

Tönnies, F. (1887). *Comunidad y Sociedad*. Buenos Aires, Losada, 1947.

Zapata, L. (2017). La UNPAZ vista por los/as estudiantes: exploraciones en torno a situaciones y actores. En: *Revista de Trabajo Social*, Año 1, N°1, 2017, pp: 91-102.

Capítulo 3

Los desafíos de una etnografía colectiva e interdisciplinaria

María Cecilia Scaglia, María Magalí Turkenich, Florencia Calcagno Collado

Este capítulo propone reflexionar respecto de la conformación interdisciplinaria y del enfoque teórico metodológico asumido por el equipo de investigación, así como de sus implicancias a la hora de sostenerlo en la práctica concreta de producir conocimiento. Se trata de una reflexión que busca dar cuenta de la experiencia y las complejidades propias del intercambio que se produce entre los diversos discursos disciplinares. Construir saberes, reflexionar sobre los métodos de investigación y las categorías analíticas permite resaltar entonces la complejidad del objeto de investigación y la importancia de buscar respuestas integrales, abiertas a nuevas preguntas y la articulación disciplinar dialógica.

Desde la conformación como equipo, y asumiendo los desafíos que supone la construcción interdisciplinaria, acordamos posicionarnos desde una perspectiva etnográfica entendiéndola no solamente como un método sino también como un enfoque teórico epistémico. Gran parte de la bibliografía sobre etnografía

refiere a un sujeto investigador individual: “el antropólogo”, ello supone no solamente el ejercicio de habilidades sino también un saber disciplinar propio de este marco. A ello se agregan una serie de interrogantes y debates surgidos del mismo campo de la antropología referidos al vínculo con los sujetos de nuestros estudios, debates que también se actualizan a la hora de reflexionar acerca de nuestra propia experiencia de investigación. Nos proponemos entonces, dar cuenta de los modos en que llevamos adelante un trabajo de campo y de reflexión no sólo intentando conjugar diferentes disciplinas de origen, sino además haciéndolo de manera colectiva, es decir que no se trató de “el” investigador sino de “el equipo” de investigación. El carácter colectivo de este trabajo de campo obligó también a generar nuevas técnicas de registro y análisis que posibilitaran sostener el enfoque asumido sin resignar la potencia de la interdisciplina.

I - La conformación del equipo y la producción de conocimiento interdisciplinario

El equipo de investigación comenzó a trabajar a partir de la tarea docente en la asignatura Conocimiento y Ciencias de la Salud, dentro del Instituto de Ciencias de la Salud de Universidad Nacional Arturo Jauretche (UNAJ), antecedente central en el abordaje epistemológico de las problemáticas de salud desde una perspectiva integral. Sus inicios en la investigación fueron en el año 2017¹ y su conformación original incluía profesionales e investigadores de las siguientes disciplinas: sociología, psicología,

¹ Ver capítulo 2 de este mismo libro

filosofía, antropología, biología y trabajo social. A este espectro disciplinar con la investigación sobre el Comité Operativo de Emergencia (COE) de Villa Itatí, se agregaron investigadores del campo de la medicina que tenían también un alto grado de involucramiento con el proceso a analizar².

Es decir que todas y todos formamos parte de un espacio de trabajo que no sólo nos vincula laboralmente, sino que ha resultado formativo y performativo en nuestro pensar y hacer sobre el proceso salud-enfermedad-atención-cuidados (PSEAC), en la práctica docente y en la investigación³.

² Esto a su vez fue motivo de vigilancia epistemológica a través de la realización de entrevistas en profundidad a estas personas para poder objetivar y analizar su actuación en el campo de problemas objeto de este estudio. Esta vigilancia fue explicitada ya en la formulación del proyecto cuando señalábamos: "... queremos resaltar las implicancias de la incorporación del profesor Jonatan Konfino en el equipo de investigación. El profesor Konfino, además de docente e investigador de la UNAJ es el secretario de salud del municipio de Quilmes y es quien llevó adelante la creación e implementación del COE en Villa Itatí. Su participación posibilita la interacción con el territorio tan cara a la UNAJ, así como su presencia en el proyecto se funda en un genuino interés de su parte en realizar un análisis crítico del COE. Al incluir al profesor Konfino en el equipo estamos explicitando el lugar desde dónde hacemos la investigación. Pensamos que la producción de conocimiento no debe ni puede estar escindida de la praxis, es decir que nos pensamos como actores situados en un contexto atravesado por múltiples intereses de los que no somos ajenos. (...) Explicitamos nuestro posicionamiento para posibilitar un ejercicio de distanciamiento, para el cual, la etnografía provee herramientas teórico metodológicas de suma importancia. En ese sentido tomaremos una serie de recaudos para asegurar la rigurosidad de la investigación y planificaremos el trabajo de campo sin la participación directa de J. Konfino" (Scaglia et. al: 2020).

³ Desde sus inicios, el proyecto pedagógico del Instituto de Ciencias de la Salud de la UNAJ está enlazado a la concepción sobre la salud como construcción social, la

La concepción integral de la salud es una posición que entendemos contrahegemónica, lo que implica desafíos en el marco de la docencia y también en la investigación. Estos desafíos individuales y colectivos incluyen abrirse a la escucha, aprender y desaprender, incorporar nuevo vocabulario, traducir los propios.

Es así que una de las primeras tareas que se planteó en el equipo fue convertir el diálogo entre los distintos saberes, tradiciones de investigación y campos disciplinarios en un abordaje interdisciplinar y a su vez, adoptar en conjunto una perspectiva teórico-metodológica proveniente de un campo en particular, la etnografía, que para la mayoría del equipo resultaba ajena.

II - Salud -complejidad- perspectiva de la integralidad – interdisciplina

Entendemos que asumir la necesidad del abordaje interdisciplinar implica conceptualizar nuestro objeto de estudio como un objeto complejo. El paradigma de la complejidad nos permite caracterizar la situación de salud colectiva dentro de una problemática compleja, es decir, en la que confluyen múltiples procesos cuyas interrelaciones constituyen la estructura de un sistema que funciona como una totalidad organizada: un sistema complejo (García, 2006).

Los sistemas complejos, siguiendo con el planteo de Rolando García (1990), son aquellos conformados por elementos que

perspectiva comunitaria - colectiva, el necesario abordaje interdisciplinario y el trabajo interprofesional.

pueden identificarse con diferentes disciplinas y que entre ellos interactúan de modo que ninguno es definible de forma independiente. En sus relaciones e interacción los elementos conforman un todo que es distinto a la mera sumatoria de las partes, es decir, son una totalidad específica con su propia dinámica, producto de las relaciones.

En el polo opuesto, la tradición positivista en la ciencia, que aún hoy se mantiene vigorosa en el campo de las ciencias de la salud, ha procurado construir sus explicaciones intentando disipar o simplificar la complejidad de los fenómenos. La idea de complejidad es para cierta mirada de la ciencia y también para el sentido común, sinónimo de confusión, desorden. Sin embargo, el intento por hacer simple lo complejo trajo aparejado el reduccionismo, la mutilación de las dimensiones y los contextos, la no resolución de los problemas (Morin, 1998). En ese sentido trabajar con la complejidad de los fenómenos y objetos implica no parcelarlos, aspirar al conocimiento multidimensional, reconocer la contradicción, la incompletud y la incertidumbre.

Conceptualizar nuestro objeto de estudio como complejo, implicó para todo el equipo de investigación trascender los núcleos profesionales, pensar con otras desde las competencias de cada campo, más allá de los límites de lo específico, es decir, trabajar desde la interdisciplina abordando el análisis con herramientas conceptuales que superaran la fragmentación biologicista.

La interdisciplina propone no sólo utilizar las categorías de análisis propias de cada disciplina para hacer un aporte específico y diferencial, sino una reflexión dialéctica en la que en el

intercambio se produzcan diálogos que cedan conceptualizaciones y, en el mismo movimiento, accedan a modificar el punto de partida inicial con el fin de generar reflexiones superadoras y no fragmentadas.

Es decir que al mismo tiempo que tomábamos los recaudos para asegurar el análisis crítico, reafirmábamos la importancia de la integración en la práctica de la producción de conocimiento y la intervención en los problemas de salud, lo que denominamos “la integralidad de las prácticas universitarias”.

En síntesis, nuestra principal premisa fue la concepción integral de la salud como un campo atravesado por múltiples determinaciones, que involucra lo colectivo y lo individual en una relación dialéctica y que implica además la búsqueda existencial de un proyecto que contribuya a la felicidad compartida. Es decir que tratamos de trascender el paradigma anclado en procesos biológicos sin negarlos, convencidos de que la salud es una construcción social e histórica, y que para abordarla se requieren herramientas conceptuales que superen la repartición positivista del campo de las ciencias que escinde la naturaleza de la sociedad, y separa las ciencias naturales de las ciencias sociales.

Este trabajo colectivo implicó desafíos y la construcción de acuerdos sobre enfoques y perspectivas sobre los que intentaremos dar cuenta en estas páginas. Como ya hemos señalado, uno de ellos se refiere a la adopción de la etnografía como abordaje teórico-metodológico lo que supuso el reto de capacitarnos todos y todas en esta perspectiva y el diseño y

adecuación de las herramientas de recolección de la información y de registro adecuadas a los objetivos propuestos.

III - La etnografía no es solamente un método

Recuperamos la tradición antropológica del enfoque etnográfico, entendiéndolo como un método no escindido de la teoría (Rockwell, 1987); es decir que se trata de un posicionamiento teórico, así como de un conjunto de técnicas y estrategias metodológicas para la obtención de la información.

Suele mencionarse la **historicidad** como una de las principales características de este enfoque, que se vincula con los orígenes de la antropología, ya que su objeto de estudio pretendía ser el de los pueblos “ágrafos”, sin historia. La antropología intentó en sus orígenes dar cuenta de pueblos que estaban siendo arrasados por la expansión colonial capitalista. Por ello se concentró en reconstruir la historia de estos pueblos, pensándolos como pervivencias de un pasado en vías de extinción. En esa reconstrucción histórica, la palabra, la oralidad, adquirió una centralidad para la confección del documento etnográfico, el etnógrafo se convirtió entonces en quien recuperaba, traducía y documentaba la historia de estos pueblos. En consecuencia, una preocupación ha sido recuperar la historia que había sido eliminada de estas sociedades; se estableció entonces una antropología histórica que integra la dimensión temporal en la práctica etnográfica (Rockwell, 2009), reconociendo que “los grupos sociales siempre construyen su historia en interacción con entornos naturales y sociales, frente a grupos dominantes o con grupos aliados, pero jamás en aislamiento” (Rockwell, 2009: 32)

Por ello, hasta el día de hoy, la historicidad es una de las principales características de este enfoque, que en la actualidad se expresa en la recuperación de la voz de aquellos sujetos que no han tenido lugar en los documentos de la historia oficial, la voz de los vencidos, de los subalternos. Se trata entonces de dar cuenta no solamente de los contextos en que se inscribe la investigación etnográfica, sino también de los procesos previos y de las trayectorias de los sujetos inscriptos y atravesados por esos contextos.

Otra de las características de la etnografía es el **análisis relacional**, es decir su capacidad de poner en relieve "la complejidad de los problemas sociales" y articular los contextos cotidianos con la totalidad social. Esos contextos en los que se despliegan las interacciones sociales no son en sí mismos una totalidad, sino que adquieren sentido en relación a una trama mayor de la cual forman parte. La etnografía, al tener en cuenta las diferentes perspectivas de las personas intervinientes, puede realizar una descripción lo suficientemente completa de la complejidad del campo social. Esta construcción es parte de la dialéctica de comprender lo relacional. No se trata de investigar sobre un tema, sino sobre lo que sucede en un contexto determinado (entendido como el cruce de las coordenadas de tiempo y espacio) en el que intervienen distintas personas que se relacionan entre sí, pero que construyen diversas interpretaciones. La particularidad de la investigación con enfoque etnográfico tiene que ver con ese recorte empírico, ya que se trata de la comprensión de lo que ocurre para las personas involucradas. No se trata sólo de estar en el campo y recolectar

testimonios, sino de comprender la relación de los sujetos entre sí en el trabajo de campo.

Para llegar a este nivel de análisis, es necesario incluir la noción de **reflexividad**, que es otra de las características principales del enfoque etnográfico. Ésta implica que es necesario reconocer a quienes investigan como agentes externos al campo de análisis; la comprensión de lo que sucede necesita de un movimiento que reflexione acerca de sus propias nociones y tensionarlas con las categorías que producen y utilizan los sujetos. El acto mismo de la descripción en la labor investigativa produce situaciones, por lo tanto, al introducir la reflexividad, el enfoque etnográfico propone atender o vigilar tres reflexividades: la de las y los investigadores en su rol, la del marco teórico de la investigación y la de las y los diferentes participantes del trabajo de campo. Partimos del reconocimiento extendido en las ciencias sociales que compartimos el mundo social con los sujetos que estudiamos y, por lo tanto, estamos dotadas -al igual que las personas con quienes tomamos contacto- de un ejercicio de reflexividad. Esta noción señala entonces, la condición compartida como sujetos productores de conocimiento y nos habilita la pregunta sobre nuestro lugar -no el rol profesional, sino como personas- ¿Cómo nos colocamos ante aquello que queremos conocer? (Diez y Scaglia, 2023).

Cabe señalar además que la etnografía que desplegamos en este trabajo se encuadra en la tradición latinoamericana y argentina que se caracteriza por la **escritura fragmentada** (Epele, 2001), y que “busca reconocer en los vínculos, las dinámicas, los cuerpos,

las expresiones, los modos de sentir, vivir y de morir; los modos en que los procesos macrosociales, políticos, económicos, se hacen presentes en los sectores populares” (Bourgois, 1995).

En esta instancia cabe también una reflexión sobre el compromiso político con los actores con los que desarrollamos el trabajo de campo. La reflexividad a la que referimos supone un distanciamiento intelectual y un compromiso crítico con las luchas de los sectores subalternos. Esta cuestión resulta de vital importancia a la hora de evitar los relativismos que terminan legitimando determinadas condiciones de vida y de desigualdad. Compromiso y distanciamiento son dos caras de la misma moneda; la producción de conocimiento desde esta posición pasa entonces por una actitud reflexiva, que pone en tela de juicio “el distanciamiento complaciente”, que busca exotizar al “otro”. La alteridad como esencia responde a una perspectiva inscrita en lo que se conoce como modelo antropológico clásico. Desde el posicionamiento al que suscribimos, al mismo tiempo que cuestionamos esas formas del “distanciamiento” exotizantes, impugnamos también el “populismo displicente” que se erige en el portavoz o en el mediador de la palabra de los excluidos. Los gritos y los silencios resistentes de los dominados requieren de una escucha que parta del “compromiso distanciado” de quien participa en la construcción colectiva de modalidades novedosas de organización social (Trincheró, 2007: 87).

A su vez, la etnografía entendida como un método de búsqueda y recolección de información contempla la descripción, análisis e interpretación de la vida cotidiana, mediante un proceso de

trabajo que se propone “documentar lo no documentado” (Rockwell, 1987). En ese afán de documentar lo callado, lo no escrito, es central reconocer lo que sí ha sido dicho, indagando tanto en el material producido desde el mundo académico para echar luz sobre los problemas que queremos investigar, así como en lo que se ha escrito sobre la situación, caso, grupo sobre el que se va a producir conocimiento. El relevamiento documental debe incluir también la información producida por organismos públicos que dé cuenta de dimensiones cuantitativas que describan y mensuren la vida de los sujetos de nuestra indagación.

Para el método etnográfico las estrategias metodológicas centrales son la **observación participante** y la **entrevista en profundidad**. La observación participante permite a las y los investigadores familiarizarse con las lógicas cotidianas observando y registrando los acontecimientos de la vida social “no sólo lo que la gente dice que hace, sino lo que hacen más allá de lo que dicen” (Achilli, 2005). La observación etnográfica se constituye como una de las principales formas de acceso al mundo de las prácticas cotidianas de los sujetos, es la posibilidad de “estar ahí”, observando, escuchando, y registrando. El registro de esas observaciones se vuelca en el “cuaderno de campo”, esta forma de registro es ya una escritura analítica preliminar. En general se toma nota de lo observado y escuchado en el momento, y esas notas son completadas inmediatamente después por el recuerdo de lo vivido, experimentado como investigadores e investigadoras en el campo. En esas notas es frecuente discriminar los pensamientos propios y reflexiones surgidas en el momento de la observación, de las prácticas y discursos observados escuchados de

parte de nuestros sujetos de estudio. La escritura entonces constituye una de las principales herramientas quienes investigan como parte de la observación. Esa escritura permite entonces el primer distanciamiento de los hechos observados, este análisis preliminar que supone el registro va a posibilitar luego cotejar la información relevada con las representaciones que los sujetos tienen de sus propias prácticas.

El carácter participativo de la observación implica que también vamos a estar conversando con las personas e interviniendo en las situaciones que se nos requiera, por ello el registro también supone registrar no solamente esas conversaciones informales sino también poder discriminar nuestras propias intervenciones para ejercitar la reflexividad que mencionáramos.

Por su parte, la entrevista es la que permite profundizar sobre el conocimiento obtenido a partir de los datos observacionales. La entrevista etnográfica es abierta y en profundidad, es decir que si bien suele existir algún tipo de guion que orienta el curso de la conversación, como se trata de una interacción dialógica, es posible que surjan tópicos no esperados y que hagan que se profundicen temas que no estaban previstos en el guion inicial. Estas conversaciones suelen ser rizomáticas, ir y venir por determinados temas, incluso a propuesta de las personas entrevistadas. Es la entrevista fundamentalmente la que permite poner en diálogo las categorías propias con las categorías de los sujetos, es el encuentro con el otro lo que posibilita acceder a lo que comúnmente denominamos “categorías nativas” o “categorías sociales”. El momento de la entrevista se constituye también en

una posibilidad de observación de la situación en la que se encuentra la persona entrevistada, y por eso mientras se lleva a cabo es frecuente que las y los investigadores tomen nota del contexto en el que se desarrolla la interacción. La modalidad más frecuente de registro de la entrevista es la grabación de audio en algún dispositivo electrónico, para su posterior desgrabación. Esta forma de registro requiere del consentimiento de la persona entrevistada, e implica que algunas cuestiones puedan ser “silenciadas”; por ello es indispensable complementar ese registro con notas en el cuaderno de campo. También hay quienes prefieren reconstruir la conversación inmediatamente después que ha finalizado, pero esa modalidad hace que se pierda cierta “textualidad” sumamente relevante.

Vemos entonces que observación, conversación y registro son prácticas discriminadas analíticamente, pero que forman parte de un mismo proceso que es el trabajo de campo etnográfico, en el que permanentemente estamos compartiendo con los sujetos momentos de su vida cotidiana, al mismo tiempo que al registrar, estamos distanciándonos y analizando nuestra propia situacionalidad, en un movimiento dialéctico de proximidad/distanciamiento; participación/objetivación.

El cuaderno de campo adquiere entonces una significación especial en tanto que constituye el primer documento etnográfico, y el principal insumo para el análisis, que luego deberá ser puesto en diálogo con la información obtenida del análisis de fuentes secundarias y de las voces provistas por las entrevistas. Dado que la etnografía procura “documentar lo no documentado” este

primer documento, con todas sus desprolijidades y con toda la percepción subjetiva de quien investiga, constituye un texto fundamental en el proceso de investigación.

El trabajo etnográfico implica entonces un proceso en el que se pueden identificar diferentes momentos. Un primer momento lo constituye la planificación, es decir cuando relevamos el conjunto de información preliminar disponible, las situaciones que pretendemos observar, las personas que queremos entrevistar y qué información esperamos obtener en relación a los objetivos de la investigación. Un aspecto central en la planificación es la selección de actores: se trata de reconocer la trama de relaciones que atraviesan nuestro campo de indagación y poder dar cuenta de las percepciones de los diferentes actores que constituyen el campo. La noción de campo nos remite a un recorte del mundo social accesible a la investigación empírica, pero en el que se expresan las dinámicas y lógicas de la estructura social. Es en este “campo” que reconocemos a “actores” posicionados en función de sus propios intereses, tensionando, transaccionando con otros. Por ello es sumamente importante, desde un enfoque relacional, seleccionar personas a entrevistar que expresen esa diversidad propia del campo. La confección de las guías de observación y los guiones de entrevistas son parte de esta etapa.

Casi conjuntamente con la planificación se inicia lo que llamamos “apertura del campo” es decir la búsqueda concreta de las personas que serán nuestros principales informantes, en simultáneo con el acceso a las situaciones que queremos observar. Esto implica el acceso y el permiso explícito –el consentimiento informado– de la

población para realizar el estudio que la investigación propone, explicitando sus objetivos y asumiendo un compromiso ético de transferir el conocimiento producido y resguardar los intereses de esa población. Dado que la vida social supone una trama de relaciones que se dan en el espacio micro o local, es parte de esa apertura aprovechar las relaciones de las personas que entrevistamos en una técnica que se conoce como “bola de nieve”, es decir que a medida que vamos conversando con las personas, encontramos nuevas personas a entrevistar dada su posición significativa en la trama de relaciones.

Aquí ya estamos en el momento del trabajo de campo propiamente dicho, es en esta etapa en que nos concentramos en la observación, la entrevista y el registro de información y datos empíricos. También se la conoce como “inmersión” en el campo, noción que casi da cuenta que se pierde toda pretensión analítica y las energías están puestas casi totalmente en la búsqueda de información, en la observación de situaciones significativas, en los diálogos con nuestros informantes, y en la revisión de nuestras notas.

El procesamiento de la información es tal vez el momento más árido y a la vez fecundo del trabajo. Se trata de desplegar toda la información obtenida en relación con los objetivos de la investigación, dando cuenta de la posición diferencial de los actores seleccionados. Para ello se trabaja con la noción de matriz, es decir que se seleccionan los fragmentos de entrevistas, los fragmentos del cuaderno de campo, y se los ordena en relación a las dimensiones de la investigación y a los actores, intentando

encontrar discrepancias y tensiones tanto entre representaciones y prácticas, como entre los actores entre sí.

Por último, resta dar cuenta del momento del análisis y la escritura del texto etnográfico. La escritura de este texto es el pasaje del registro o cuaderno de campo al texto analítico. El análisis y la escritura constituyen un todo, ya que se trata de producir un texto que dé cuenta de la polifonía de voces que se han escuchado, poniéndolas en diálogo y a la vez también jugando con las categorías de nuestro análisis y las categorías nativas. El texto etnográfico es un texto descriptivo, pero que implica operaciones analíticas. Lo que Clifford Geertz (1983) denomina “descripción densa”, es decir que al tiempo que se describen situaciones y procesos se los analiza a la luz de nuestros esquemas teóricos. Elsie Rockwell (2009) señala cinco operaciones intelectuales que suelen utilizarse en la construcción del texto etnográfico a saber: la interpretación, la comparación, la reconstrucción, la explicitación y la contextualización. Lo que diferencia fundamentalmente el texto etnográfico de otras producciones en ciencias sociales es que el trabajo de campo no se realiza con la intención de corroborar o refutar hipótesis al estilo positivista, sino que la perspectiva etnográfica lo que posibilita es el cambio de esquemas, la posibilidad del “descubrimiento” en el sentido de ir en la búsqueda de lo “desconocido”, lo que no se conoce. Y ello conlleva un permanente ejercicio de reflexividad, dando cuenta de nuestras propias concepciones tensionándolas con los conceptos y categorías sociales.

Cabe señalar finalmente que de acuerdo con los niveles de compromiso que sostenemos con las personas para/con las que producimos conocimiento es que estos momentos van a estar más claramente diferenciados en el tiempo, o van a ser distinciones analíticas de un mismo proceso de acción y producción compartida de conocimiento.

IV - Los desafíos de una etnografía colectiva e interdisciplinaria en contexto de pandemia

La estrategia teórico-metodológica estuvo clara desde un comienzo, en parte por acuerdo de todas las personas que integramos el equipo de investigación, y además por el hecho de que la formación de base de quien coordina el proyecto es la antropología, y esto suponía un oficio a la hora de abordar el trabajo de campo que podía ser transmitido al conjunto.

Por otra parte, las preguntas que guiaron la investigación también estaban en consonancia con la estrategia metodológica, es decir que no hubiéramos podido dar cuenta de las representaciones y las prácticas que desplegaban los sujetos sin haber estado ahí. No hubiéramos podido comprender cabalmente lo que implicaba una política de aislamiento territorial, sin conocer las características y las dimensiones del barrio. La etnografía resultó entonces, para todo el equipo el camino adecuado para el análisis que nos proponíamos, que se alejaba de la evaluación de políticas públicas, así como del análisis de resultados epidemiológicos de morbilidad, que eran los trabajos que reconocíamos realizados hasta el momento (Esposito, et. al, 2021; Figar, et. al, 2020; Muñoz, et al. 2020).

Partiendo de estas premisas teórico-metodológicas y atendiendo a los objetivos del proyecto de investigación, realizamos una selección de actores intervinientes para el diseño metodológico: las y los trabajadores de la salud, las y los funcionarios municipales y provinciales y las y los referentes de las organizaciones de la sociedad civil (OSC) que motorizaron las actividades de Participación Social en Salud (PSS) objeto de nuestro interés. Además, en este diseño operacionalizamos nuestros objetivos en las siguientes dimensiones de análisis: las representaciones respecto del padecimiento subjetivo y de la PSS, en relación a las prácticas de intervención en el plano de lo territorial, las prácticas de intervención en cuanto a la demanda de padecimiento subjetivo, y las prácticas de participación en los ámbitos de reunión.

Una vez definida la estrategia quedaban por resolver dos grandes desafíos: el primero tenía que ver con el contexto. Iniciamos el trabajo de campo cuando aún estaban vigentes las restricciones por el Distanciamiento Social Preventivo y Obligatorio (DISPO), y debíamos considerar las limitaciones que nos imponía este contexto a la hora de “estar ahí”. Resolvimos que, de todos modos, y con todas las medidas de protección, si esas personas llevaban ya casi un año desarrollando el trabajo territorial, nosotros debíamos acompañar esa experiencia para reconocer los sentidos y los significados de esas prácticas. Nuestra opción entonces tuvo que ver con la presencialidad. El trabajo de campo se inició a mediados del 2021 con la participación en las reuniones del COE en Villa Itatí, para recabar más datos acerca de las intervenciones de ese colectivo, de forma situada, en tiempo real. En ese marco,

realizamos 13 entrevistas en profundidad a los principales actores intervinientes. Casi todas ellas también fueron realizadas de modo presencial y solamente algunas, a través de videollamadas. También participamos de otros espacios comunitarios que fueron generados a partir del COE como eventos, jornadas y campañas de promoción de salud en distintos aspectos: vacunación, esquema de vacunación infantil, salud mental comunitaria, etc. Es preciso señalar que este trabajo fue realizado en muy diferentes contextos ya que, en el 2021, aún existían disposiciones de distanciamiento, y recién se estaba empezando a vacunar a la población mientras que, en el 2022, cuando realizamos las últimas entrevistas, ya se habían levantado casi totalmente las restricciones a la circulación y solamente persistían las medidas de autocuidado.

El segundo desafío tuvo que ver con el carácter colectivo del trabajo de campo. Resultaba de suma importancia la implicación de todas las personas del equipo en el trabajo presencial en el barrio. En gran parte de la literatura sobre etnografía, la referencia más frecuente es a “el investigador”, considerado a partir de su individualidad. No hemos encontrado casi referencias a los resguardos que hay que considerar a la hora de proponerse un trabajo de campo colectivo. Salvo muy escasas referencias (Rockwell, 2009; Jirón e Imilan, 2016) queda implícito que si son una o varias personas quienes realizan el trabajo de campo, el proceso es similar.

En este sentido, decidimos poner especial atención a los instrumentos de registro para que pudieran ser compartidos por

todo el equipo. Nos propusimos asistir a las reuniones del COE y también a todos los demás eventos en los que hicimos observación participante, en parejas. Estas parejas debían llevar su propio diario de campo con sus percepciones y con el registro de las prácticas observadas y las conversaciones sostenidas con las personas. Cuanto más exhaustivo fuera ese registro mejor, no nos importó la duplicación de la información. Una vez terminada la actividad, cada uno debía transcribir, lo más fielmente posible, sus impresiones y la información a un documento compartido. Las entrevistas también fueron realizadas en equipos de dos personas, y fueron grabadas, desgrabadas y subidas también a una carpeta de documentos compartidos.

Ese diseño permitió construir un corpus documental con un cúmulo de información que podía ser leído e interpretado por todo el equipo.

Para el análisis de la información se trabajó con una matriz de datos construida a partir de los objetivos y de la información provista por los registros de campo, las entrevistas desgrabadas y las fuentes secundarias también. A partir de esta matriz, se construyeron recortes de cada documento en unidades de sentido por tópicos o temas, intentando agrupar las partes por sus semejanzas y buscando percibir las relaciones entre ellas. Este trabajo fue sometido posteriormente al proceso de análisis y escritura del informe de investigación, que fue realizado colectivamente.

V - De las miradas particulares a la construcción de un lenguaje común: la interdisciplina en acto.

En todo momento del proceso de investigación se pusieron en juego los desafíos de conformar un abordaje y un análisis que reflejara el trabajo interdisciplinar. En este apartado intentaremos dar cuenta de nuestra propia experiencia como grupo de investigación para asumir esos desafíos.

En los espacios de intercambio desplegamos la reflexividad en tanto investigadores y nuestro rol, así como en relación a nuestros marcos teóricos. En muchas ocasiones nuestros encuentros de trabajo se convirtieron en espacios formativos en donde compartimos tradiciones, resignificamos conceptos y nos los reapropiamos.

La conformación de este equipo dio cuenta de los diferentes puntos de partida y esto contribuyó a la construcción de categorías que nos permitieran dar cuenta de la complejidad de los procesos que abordamos. En este sentido, las y los investigadores formados en el campo de la medicina y la biología aportaron el conocimiento epidemiológico y de las políticas sanitarias necesarias para el abordaje del COVID-19, y las herramientas conceptuales para caracterizar las intervenciones de los trabajadores de la salud; los científicos sociales aportamos las categorías para el análisis de los procesos sociales, tanto en el nivel macro como en su expresión local o territorial, y los desarrollos referidos a la participación social en salud y sus diversos sentidos (Menéndez, 2006), y las psicólogas del equipo contribuyeron a

poner de relieve los problemas referidos a la salud mental y al análisis de las intervenciones específicas.

Sin embargo, el resultado de estos intercambios no fue una propuesta aditiva de diferentes disciplinas, sino que supuso el uso de nociones y traducciones de estos campos para el análisis de situaciones concretas que nos proponía el trabajo de campo, a nivel empírico.

Se hizo explícita la polisemia de los conceptos y sus matices en función de las corrientes teóricas que los sostienen. Así, por ejemplo, el concepto de **demanda**, nodal en nuestro proyecto, es central para el psicoanálisis y al mismo tiempo, adquiere sentidos divergentes para la sociología o para la antropología y en otro nivel de abstracción para la intervención/gestión política. Entonces, ¿se incluye? ¿se descarta? ¿se reformula? ¿cómo encontrar un modo de pensar y decir que abarque los distintos sentidos?

Esas mismas preguntas nos llevaron a la adopción de una mirada territorializada que requirió la explicitación de ejes de análisis que en algunas disciplinas resulta un “sentido común” pero no necesariamente para todas. Así es como conformamos una integración del enfoque, centrado en las y los sujetos y sus representaciones que contemple la mirada estructural y sus marcos de determinación. En la construcción de nuestro lenguaje común se partió del acuerdo en la dialéctica entre sujetos y estructuras y la incorporación del concepto de **territorio** como amalgama y portador de capacidad analítica de nuestro objeto de estudio. El territorio no sólo es un espacio concreto, sino que es

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 y 2020).

Algunas de las categorías disciplinares que fuimos trabajando e incluyendo en el análisis general y en proceso de escritura fueron los conceptos de **salud mental, padecimiento subjetivo, participación social, entramado social, comunidad⁴, la mirada ecológica y sistémica** que fueron el puntapié para nutrir la mirada desde la integralidad en el análisis de una problemática compleja.

Algunos conceptos venían siendo utilizados en procesos de intervención, a partir de marcos normativos de acción, y a la hora de aplicarlos en un proceso de análisis fue preciso someterlos a una revisión crítica de su genealogía y las diferentes connotaciones que adquirirían en contextos diversos.

A modo de ejemplo, el abordaje de la **salud mental desde la perspectiva del padecimiento subjetivo** lleva en sí misma la adopción de una mirada integral en tanto no puede divorciarse del enfoque de los derechos humanos, la contextualización de las y los

⁴ Este concepto se abordó específicamente en un trabajo anterior del equipo que se desarrolla en el capítulo 2 de este libro.

sujetos y sus relaciones. Este recorte teórico cobró otros sentidos en el diálogo con los saberes propios de la sociología, la antropología, la biología y la filosofía. Dejamos de pensar de manera compartimentada y en esta dialéctica empezamos a hacer laxas las estructuras teóricas de origen para construir un lenguaje común que nos implicó aprendizajes y desaprendizajes.

Otras categorías resultaron hallazgos y recuperaciones en el diálogo interdisciplinar, por ejemplo, la noción de “**dispositivo de la ternura**” y de “**numerosidad social**” (Ulloa, 1988) para dar cuenta de los procesos de cuidado colectivo que implicaron algunas prácticas en el contexto del COVID-19⁵. La adopción de estas categorías también implicó la lectura de autores desconocidos para otros campos.

Por otra parte, fue necesario también “construir” nuevas categorías para dar cuenta de situaciones inesperadas con las que nos fuimos encontrando, así surgió la noción de “**disrupción biográfica**” que más allá de los usos que le venían atribuyendo en la literatura de la antropología médica (Bury, 1982 y 2004), adquirió, en el marco de nuestro abordaje, sentidos renovados para dar cuenta de los procesos de inscripción en la biografía de acontecimientos relevantes, pero con un sentido positivo⁶.

⁵ Sobre este tema ahondamos en el capítulo 6 de esta obra.

⁶ Bury (1982, 2004) utiliza esta categoría para dar cuenta del cambio que significa en la vida de las personas recibir un diagnóstico de una enfermedad crónica o terminal, en cambio en nuestro trabajo esta noción fue utilizada para dar cuenta de huellas que cambiaron las vidas positivamente.

En suma, podemos decir que el trabajo interdisciplinario nos ha permitido el enriquecimiento de las cosmovisiones epistémicas de cada integrante, dar cuenta de la complejidad de los fenómenos abordados y superar miradas fragmentadas. Pero más aún, nos ha permitido poner en acto los ideales sobre la construcción de conocimientos desde consensos que reflejan nuestras convicciones éticas acerca del valor y la fuerza de lo colectivo.

Referencias bibliográficas

Achilli, E. (2005). *Investigar en Antropología Social. Los desafíos de transmitir un oficio*. Rosario: Laborde.

Bury, M. (1982). Chronic illness as biographical disruption. *Sociology of Health and Illness*, Vol. 4, N° 2, 1981, pp. 167-182.

Bury, M., Gabe, J. (ed.). (2004). *The sociology of health and illness: A reader*. London, Routledge Student Readers.

Bourgois, P. (1995). En busca de respeto. Vendiendo crack en Harlem. Buenos Aires, Siglo XXI, 2003.

Diez, M.C., Scaglia, M.C. (2023). “Producir conocimiento con (y para) lxs actorxs y no sobre ellxs” ponencia presentada en las Décimas Jornadas sobre Etnografía y Métodos Cualitativos. Posadas, Misiones, Argentina, los días 27, 28 y 29 de septiembre de 2023.

Epele, M. (2001). Etnografías de Riesgo. *Revista del Centro de Estudios etnolingüísticos y antropológico-sociales*; Rosario: Lugar. p. 33 – 42.

Esposito, M., Bustos, S., Cardonetti, L., Pueyo Alvarado, M., Latorre, B., Parrilla, L., Garcia, E., Kreplak, N. y Konfino, J. (2021). Aislamiento comunitario como estrategia para la mitigación de un brote de COVID-19: el caso de Villa Azul. *Global Health Promotion*, Vol. 28, N° 3, abril de 2021, pp. 114-121.

García, R. (1990). Dialéctica de la integración en la investigación interdisciplinaria. En: Cuartas Jornadas de Atención Primaria de la Salud y Primeras de Medicina Social, Argentina: Comisión Argentina de Residentes del Equipo de Salud.

García, R. (2006). *Sistemas complejos. Conceptos, método y fundamentación epistemológica de la investigación interdisciplinaria*. Barcelona, Gedisa.

Geertz, C. (1983). Descripción densa: hacia una teoría interpretativa de la cultura. En: *La interpretación de las culturas*. Barcelona, Gedisa, pp. 19-40.

Jirón, P e Imilan, W. (2016). Observando juntos en movimiento: posibilidades, desafíos o encrucijadas de una etnografía colectiva. *Rev. ALTERIDADES*, Vol. 26, N° 52, 2016, pp. 51-64

Morin, E. (1998). *Introducción al pensamiento complejo*. Barcelona: Gedisa.

Muñoz, L., Pífano, M., Bolzán, A., Varela, T., Comes, Y., Specogna, M., Ceriani, L., Konfino, J., Kreplak, N. & Garcia, E. (2020). Surveillance and Seroprevalence: Evaluation of IgG antibodies for SARS-Cov2 by ELISA in the popular neighborhood Villa Azul, Quilmes, province of Buenos Aires, Argentina. *Scielo Preprints*, agosto 2020.

Rockwell, 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.

Rockwell, E. (2009). *La experiencia etnográfica: historia y cultura en los procesos educativos*. Buenos Aires, Paidós.

Scaglia, M. 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>.

Scaglia, M. C., Rivas, L. (2020). Militando territorios saludables. En: Silberman, M y Lois, I. (Coord). La salud comunitaria en debate. Florencio Varela, Editorial UNAJ, pp. 39-59.

Scaglia, M. C. et. al. (2020) "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" proyecto presentado a la convocatoria UNAJ Investiga 2020.

Trincherero, H. (2007). *Aromas de lo exótico (Retornos del objeto)*. Buenos Aires, Editorial Sb

Ulloa, F. (1988). *La ternura como contraste y denuncia del horror represivo*. Buenos Aires, Eudeba.

Capítulo 4

Vinculación, docencia e investigación: las tramas de nuestras prácticas

Nadia Marina Percovich, María Cecilia Scaglia, Mariana Saraceno, Natalia Vanina Baigorria

Desde la convicción de que los saberes se construyen de modo relacional y situado, el equipo de investigación se propuso implementar además, y en forma articulada, un proyecto de vinculación universitaria¹ denominado “Estrategias de relevamiento y registro del padecimiento subjetivo en la tercera edad en Villa Itatí en el marco de la pandemia por COVID-19”, que se desarrolló entre los meses de septiembre y diciembre del 2021.

Esta experiencia permitió un diálogo entre las organizaciones territoriales y el equipo de trabajo que resultó un insumo de vital importancia para repensar en conjunto las relaciones entre la universidad y el territorio. Puso de relieve y en tensión los

¹ Otorgado y financiado por la Universidad Nacional Arturo Jauretche, a través de la convocatoria UNAJ Vincula, 2021.

distintos saberes, supuestos y expectativas de las y los actores sobre el vínculo en sí.

Este capítulo narra y analiza el trabajo de vinculación haciendo foco en las transformaciones de las y los actores en el proceso y la emergencia de nuevas perspectivas que han abonado a su vez al proyecto de investigación que nuclea al equipo.

I - Universidad y Sociedad

La importancia del vínculo entre la universidad y los territorios en los que está inmersa ya es señalada desde hace más de un siglo. En la Provincia de Buenos Aires, desde 1908, en las propuestas del primer rector de la Universidad Nacional de la Plata (UNLP), Joaquín V. González apoyado por el claustro estudiantil. Y, posteriormente, en el devenir del movimiento reformista de 1918, en el cual cobraron protagonismo las voces estudiantiles que impulsaban el compromiso social y cultural de las Universidades (Marcilese, 2019).

Sin embargo, recién la ley N° 13.031, dictada y promulgada en 1947 durante el primer gobierno de Perón, menciona referencias concretas a la interacción de la universidad con la sociedad, estableciendo que el accionar de la Universidad debe poseer un “sentido social”. Esta normativa también relaciona la función universitaria de acumulación, elaboración y difusión del saber y toda forma de cultura, con el referente último, de lo autóctono y lo espiritual del pueblo argentino. Refiere además que, entre las funciones del Consejo Nacional Universitario se haga especial hincapié en los intereses y problemas del país y de cada región.

(Pérez, et al., 2009). A partir de entonces, las universidades nacionales, tanto de orientación peronista como claramente anti peronistas desarrollaron una innumerable cantidad de actividades de extensión y vinculación con el Estado y la Sociedad Civil.

En la actualidad, la Universidad Nacional Arturo Jauretche (UNAJ), recuperando la historia de compromiso de las universidades nacionales, incentiva el mejoramiento de la articulación entre las funciones de enseñanza, investigación y vinculación, apuntando a que los proyectos y actividades desplegadas puedan ser sostenidos en el tiempo, siendo un punto clave las alianzas con actores comunitarios, tal como se pensó desde la génesis el proyecto del cual damos cuenta en este capítulo. (UNAJ, Agenda estratégica 2022 - 2025)

II - Tensión extensión - vinculación: Praxis y conocimiento.

En los últimos 20 años, y en respuesta al cuestionamiento que se hacía desde el discurso neoliberal acerca del sentido social del financiamiento estatal a la producción científica, las políticas universitarias en la Argentina han estimulado la formulación de proyectos de vinculación y transferencia tecnológica. Esto se vió reflejado en múltiples líneas de política pública y en una revalorización de lo que tradicionalmente se conoció como “extensión universitaria”. Al interior de la comunidad académica esto trajo aparejada una reflexión en torno de la integralidad en las prácticas universitarias (más allá de las prácticas de enseñanza) y de la importancia de la producción de conocimiento situado que pudiera ser apropiado y resignificado por los sujetos destinatarios de estas acciones. Fue así que surgió en el seno de las

universidades una corriente denominada de “extensión crítica” que coloca en pie de igualdad a los saberes locales con la producción de conocimiento científico².

Los proyectos de vinculación³ construyen escenarios que resultan sumamente fecundos de combinar con la práctica de la investigación, en tanto que se vuelve a tensionar la fragmentación entre teoría y práctica, entre producción de conocimiento e intervención social. Estos ámbitos de vinculación abrieron la posibilidad de discutir la pretendida “neutralidad” que proveen las herramientas metodológicas, entendiendo que tanto la problematización de un tema determinado, el diseño teórico metodológico como así también las relaciones intersubjetivas que necesariamente se producen en el trabajo de campo, no pueden ser desligadas del enfoque teórico que las articula y les otorgan sentido. Entonces, uno de los requisitos para la producción de conocimiento reflexivo, crítico e implicado es transparentar los puntos de partida teóricos, hacerlos visibles para el análisis y el debate (Scaglia y Diez, 2023).

Esta praxis reflexiva no puede obviar los procesos de agudización de la desigualdad social que continúan atravesando a nuestro país. Es preciso mencionar los contextos de desigualdad en que se inscribe la labor de las y los docentes universitarios ya que supone

² También vale señalar los esfuerzos de varias universidades por curricularizar prácticas de intervención en los territorios en los que se inscriben, en el convencimiento de que esas prácticas territorializadas de intervención constituyen escenarios tan importantes como el aula en los procesos de enseñanza-aprendizaje.

³ La vinculación fue la nueva denominación que halló la “extensión”.

un compromiso con las luchas de los sectores que intentan construir una alternativa a los procesos de dominación que despliegan los sectores que concentran el capital. Y así lo reconocen las representaciones de las y los trabajadores universitarios: “La crisis permanece abierta en todos los órdenes, y representa el marco dentro del cual se desarrolla actualmente la disputa entre los sectores históricamente dominantes, que procuran recuperar terreno recomponiendo su hegemonía y los sectores populares, que intentan construir una alternativa consolidando los signos del cambio” (IEC-CONADU, 2007).

Resulta imprescindible hacer mención a estos contextos ya que atraviesan y determinan nuestras propias prácticas de vinculación e investigación en los territorios signados a su vez por procesos de desigualdad.

III - La dialéctica teoría y praxis en la producción de conocimiento situado

La posibilidad de acompañar la investigación realizando una actividad que pudiera fortalecer las actividades del Comité Operativo de Emergencia (COE) de Villa Itatí fue lo que nos motivó a presentar un proyecto de vinculación a fines de 2020. Era también la posibilidad de estar allí en el campo de investigación y tener una observancia privilegiada acerca del funcionamiento del COE en una etapa posterior a la de mayor emergencia.

El equipo se conformó a partir de uno de los objetivos específicos de la investigación, el padecimiento subjetivo, y un pequeño

grupo de investigadoras redactamos un proyecto de vinculación con el objetivo de contribuir realizando un relevamiento del padecimiento subjetivo en personas mayores, las que creíamos más afectadas por la pandemia en ese momento. El objetivo de ese relevamiento era poder pensar acciones conjuntas con las organizaciones interesadas en la temática a modo de planificación estratégica, dejando una capacidad instalada - un plan de acción - en el barrio.

Sabíamos que las primeras medidas de la política pública nacional, provincial e incluso municipal, se ordenaban desde un eje más tradicional y hegemónico ligado al modelo biomédico, pero que a partir de la experiencia del COE, desde la Secretaría de Salud del Municipio de Quilmes comenzaron a complementar, reformular y complejizar la política local. Esto se observaba en el Programa Cuidarnos, propio del distrito, que tenía el objetivo de promover medidas de prevención y evitar situaciones de discriminación a pacientes con COVID-19 (Gallastegui *et al.* 2022). Estas acciones sumaban la dimensión del cuidado, insertando en estas propuestas lo subjetivo y singular del sufrimiento, considerando la heterogeneidad de la población y territorios que quedaba plasmada en las reuniones del COE.

A causa de la situación epidemiológica recién a partir de septiembre de 2021, casi un año después de formular el proyecto de vinculación, logramos implementarlo. Las acciones llevadas a cabo nos sirvieron para conocer mejor al barrio, sus organizaciones y sus dinámicas de trabajo y aportaron material valioso al trabajo de campo de investigación. Sin embargo, es

importante señalar que al haber diseñado el proyecto en el propio devenir del DISPO (Distanciamiento Social Preventivo y Obligatorio) y antes de la presencia de la vacuna contra el COVID-19 en el territorio, no logramos planificar ese proyecto de Vinculación junto con las organizaciones del barrio, lo que implicó que luego emergieran muchas dificultades para su implementación. Cuando llegamos al barrio nos encontramos con una realidad diferente de la que habíamos imaginado, por ejemplo, respecto de la vacunación, en el momento de la elaboración del proyecto era una posibilidad que aún parecía lejana; y cuando finalmente pudimos comenzar el trabajo territorial, casi todas las personas de la franja etaria objetivo habían sido vacunadas, algunas incluso con dos dosis. Esto hizo que uno de los objetivos del relevamiento que consistía en identificar y geolocalizar a las personas mayores para poder ser vacunadas, ya no era necesario. Además, el período en el que logramos acercarnos al barrio estuvo marcado por las elecciones legislativas de octubre de 2021, lo que sumó complejidad a un escenario con múltiples tensiones entre organizaciones, sociales, políticas y el propio Estado, a través del Gobierno Municipal y la presencia de otras organizaciones pertenecientes a otras jurisdicciones.

Al inicio de la implementación del proyecto, nos acercamos a una reunión del COE a plantear la propuesta junto con algunas estudiantes avanzadas de la Licenciatura en Kinesiología de la UNAJ. Desde allí nos contactaron con las organizaciones que participaban de una de las mesas de trabajo específicas para diferentes problemas conformada dentro del COE, la de personas

mayores, que se encontraba inactiva. Las organizaciones de la sociedad civil (OSC), en ese momento no tenían especial interés por la población destinataria, mientras que dos organismos estatales a través de sus oficinas descentralizadas, PAMI⁴ y OPISU⁵ que ya habían realizado relevamientos, estaban interesadas en recabar otros datos utilizando esos trabajos como base.

En el caso del PAMI, se pensó en que el relevamiento sirviera para detectar necesidades en la población a la que no habían podido acceder: personas en condiciones de afiliarse a PAMI pero no afiliadas aún. La utilidad del relevamiento sería entonces la de acompañar una campaña de afiliación impulsada desde el nivel central de PAMI. La propuesta era la de trabajar estratégicamente en conjunto para la realización de un nuevo relevamiento comunitario en el territorio de Villa Itatí. Por su parte, OPISU, puso a disposición una base de datos con la que estaban trabajando

⁴ Se conoce así al Instituto Nacional de Servicios Sociales para Jubilados y Pensionados (INSSJP), creado en 1971 con el objetivo de brindar asistencia médica integral a las personas mayores. Se lo nomina de este modo, debido a su principal programa de cobertura, el Programa de Asistencia Médica Integral (PAMI). Se trata de la obra social más grande de Latinoamérica, con alrededor de 5 millones de afiliados. Cuenta con oficinas descentralizadas en varios lugares del país. Fuente: <https://www.pami.org.ar/historia> (consultada 22 de julio de 2024).

⁵ El Organismo Provincial de Integración Social y Urbana (OPISU), es una entidad autárquica de derecho público en la órbita del Ministerio de Hábitat y Desarrollo Urbano. Creado en 2017 tiene como función el diseño y la ejecución de planes, proyectos, programas y obras para la integración social y urbana de villas y asentamientos de la Provincia de Buenos Aires. Cuenta con sedes propias en los diferentes barrios de la provincia incluyendo Villa Itatí. Fuente página web de OPISU <https://www.gba.gob.ar/opisu/mision> (consultada 22 julio de 2024).

promotoras de salud nucleadas en dicho organismo, que si bien evaluamos tenía poca información acerca del estado de salud de esas personas – pues se centraba especialmente en cuestiones de la vivienda, infraestructura y algunos datos generales socioeconómicos - permitiría detectar a mayores de 65 años sin cobertura de PAMI en el barrio.

A partir de esta información y necesidades, se planificó realizar un relevamiento focalizado para entrevistar en profundidad a las personas mayores detectadas por OPISU, informar acerca de cómo afiliarse a PAMI y administrar un instrumento de relevamiento de datos propuesto por nuestro proyecto de vinculación, insumo que pensamos y diagramamos para que aportara a los intereses y objetivos comunes que pudimos acordar entre Municipio Quilmes, COE, OPISU, PAMI y nuestro grupo desde UNAJ.

En una de las reuniones, en la que participaron además de las organizaciones mencionadas, trabajadores de salud, fue necesario encuadrar el trabajo dentro de las posibilidades reales del proyecto de vinculación. La expectativa de los principales actores era la realización de un relevamiento de todo el barrio por parte del equipo de la UNAJ, a modo de barrido general, que nuestro pequeño equipo no podía llevar adelante. Esto generó cierta tensión sobre el rol de la universidad en el barrio, entre nuestras posibilidades concretas de acción y las perspectivas respecto del trabajo de otras organizaciones participantes. Lo que esta situación reveló además fue una gran divergencia respecto de los sentidos implicados en el concepto de salud comunitaria entre

quienes participamos, lo que pone en evidencia la importancia del trabajo reflexivo, entendiendo a la reflexividad⁶, en tanto reconocimiento y la comprensión de los sentidos que operan como constructores de realidad desde cada una y uno de las y los sujetos involucrados (Guber, 2001).

La propuesta del relevamiento no fue bien recibida en tanto resonaba el problema de “levantar demanda”. *“Si detecto una persona con hipertensión que no está tomando medicación, tengo que ir y comprar enalapril de mi bolsillo”*, ejemplificó una promotora de salud para argumentar su negativa al relevamiento. Para el equipo de investigación, por el contrario, relevar necesidades y realizar un diagnóstico es esencial para planificar en salud. Y para poder realizar prácticas de promoción y prevención, es necesario planificar estratégicamente, sin responder automáticamente a la demanda.

Esta situación se puede analizar a partir de la tensión Estado/sociedad civil. Solemos dicotomizar estas categorías, y en el nivel territorial, lo que vemos es una trama compleja de relaciones, en la que el Estado se materializa en diferentes instituciones descentralizadas, que por momentos confluyen sus tareas con las OSC, pero que sin embargo sostiene, en ocasiones, intereses divergentes. Es decir que la estatalidad no puede quedar por fuera del análisis de este tipo de experiencias de participación, y de las relaciones que establecen las diferentes agencias con las OSC.

⁶ Desarrollamos la aplicación de este concepto en profundidad en el capítulo 3 de este libro.

¿Qué implica hacer un relevamiento? ¿Para qué sirve esa información? En el caso de la universidad, para comprender y analizar algunas variables de un territorio y pensar propuestas, el objetivo último es producir conocimiento situado. Debemos ser conscientes que, desde nuestro lugar, aún siendo una universidad pública, la población no nos pide respuestas o soluciones directas. Una posible explicación es que la universidad no tiene una presencia sostenida en el tiempo, aparece para proyectos puntuales, algo que entendemos debería revertirse. En cambio, el lugar frente al cual se articulan las demandas son las instituciones históricamente asociadas con la asistencia: el gobierno municipal en general y el centro de salud en particular. En un tiempo marcado por las elecciones legislativas de 2021, tanto los representantes del municipio como las organizaciones políticas afines, tenían no poder responder a esa demanda que podría surgir con el relevamiento. Podríamos pensar que las otras organizaciones estatales que acompañaron la tarea tenían otra relación de cercanía con el barrio, otra historia y por lo tanto otro modo de relacionarse con nuestra propuesta. La posta sanitaria del PAMI era relativamente nueva en Villa Itatí y el relevamiento podía servir para difundir su tarea y poder sumar personas para una campaña de afiliación promovida por el gobierno nacional. OPISU, por su parte, si bien contaba con promotoras de salud, focaliza su tarea en cuestiones de infraestructura, y por lo tanto, las preguntas sobre padecimiento subjetivo no comprometían directamente lo que las personas del barrio esperaban de esa organización. Otros miembros del COE, las OSC, manifestaron que tenían otras prioridades y urgencias en ese momento, sin embargo, creemos que en caso de haberse comprometido con el

relevamiento ellos hubieran ocupado el rol de intermediarios entre las personas y los organismos del Estado, insistiendo para que esa demanda fuera resuelta o al menos contemplada en las políticas. Esta cuestión central fue considerada para pensar las dinámicas, los intercambios y los acuerdos entre todas las organizaciones, ya que se trata de una participación con distintos niveles de compromiso y responsabilidad.

Retomando el desarrollo del proyecto, ante estos obstáculos, el equipo de vinculación intentó reponer los acuerdos previos, en los que se había explicitado el objetivo, el alcance del trabajo, las posibilidades concretas en relación a la cantidad de estudiantes incluidas. Además, se planteó que este relevamiento menor podía ser la prueba piloto para realizar otro de mayor alcance, utilizando el mismo instrumento o uno similar. Se acordó finalmente hacer una jornada de relevamiento única, con presencia de actores de PAMI, OPISU, trabajadores del Centro de Salud y de la Secretaría de Salud del Municipio. Una vez finalizada, el equipo de la universidad procesó los datos y compartió con las organizaciones, pero no fue posible concretar la actividad de planificación estratégica. De todas formas, fue posible sumar otro tipo de acciones no planificadas. Concretamente, al participar de reuniones con diferentes referentes de la Oficina de PAMI descentralizada, se estableció contacto con una médica que presta servicio allí. Ella accedió a que las estudiantes que formaron parte del proyecto participaran de la puesta en marcha de un nuevo dispositivo comunitario de atención individual de pacientes con cobertura de PAMI, y también de instancias grupales de

promoción de la salud, aunque sin el foco puesto en la salud mental.

Por lo tanto, si bien las acciones planificadas no pudieron llevarse a cabo del modo en que se pensaron inicialmente, se desplegaron prácticas valiosas para poner en tensión categorías y supuestos trabajados en la investigación, y a la vez, logramos insertar a las estudiantes participantes en un espacio significativo para su formación.

IV - Universidad y sociedad: una trama de desencuentros y algunos encuentros

Esta experiencia nos permitió reflexionar sobre el vínculo entre la universidad y la sociedad, con sus encuentros y desencuentros. Para este proyecto en particular, es necesario mencionar que el problema en el que se intentó intervenir no era prioridad para las organizaciones del COE. Independientemente que, en este caso, el contexto de la pandemia favoreció a que el proyecto quede desligado de la necesidad del barrio, lo que podemos ver es que la distancia entre universidad y sociedad existe y es oportuno reflexionar sobre ella.

A partir de este proyecto, destacamos e identificamos una “sobre intervención” en Villa Itatí, dada por la pluralidad de actores sociales que inciden en la misma. Esto significa que lo que no se resuelve por parte de los grupos y organizaciones que plantean trabajo en el barrio, genera frustración y resistencias para nuevas propuestas o proyectos. En este sentido, también es importante mencionar las consecuencias políticas que tiene no poder dar

respuestas a aquello que plantean como necesidad las personas. Se trata de un barrio que tiene una tradición de trabajo comunitario y que demostró recientemente, en el pico de contagios de la primera ola de la pandemia, que tiene la capacidad de organizarse. ¿Para qué necesita de una institución como la universidad? ¿Cómo podemos desde nuestro lugar contribuir en esta trama con diferentes actores e intereses?

Así como Menéndez (2006) se pregunta y hasta titula un libro “Participación Social, ¿para qué?”, nos surge la inquietud respecto de la vinculación. ¿Para qué? ¿Para quiénes? El autor dice sobre la participación social que no es ni buena ni mala en sí misma, si no que constituye un medio que se orienta a diferentes objetivos. Por lo tanto, la participación no puede ser un fin en sí mismo, y volviendo a nuestro interés aquí, la vinculación tampoco. El foco tiene que estar puesto en el objetivo de esa vinculación, que deberá ser doble: por un lado, realizar una contribución al territorio, algo que realmente tenga sentido para los actores de ese lugar y que no se vea como una maniobra para extraer saberes por parte de la universidad, y por otro, producir un conocimiento colectivo, situado, dialéctico, en el marco del diálogo y el hacer. Por lo tanto, planificar en conjunto y adaptar los proyectos a lo que las personas interlocutoras de los barrios requieran, resulta fundamental. Y a su vez, ser claros en el aporte que puede brindar la universidad, para que no sea sólo que el barrio colabore para que docentes y estudiantes puedan hacer un trabajo y acreditarlo.

A la luz de lo ocurrido, otra cuestión que queremos destacar y encontramos fundamental como paso previo a realizar una vinculación, es construir un mapa de actores en el territorio. Esta tarea, que suele ser incorporada al inicio de casi todas las actividades de salud comunitaria⁷, no debe ser simplemente georreferenciar instituciones, sino analizar críticamente los vínculos de poder, las redes, los objetivos y las agendas de cada actor que interviene en ese territorio. Poder diferenciar los intereses que persiguen, responsabilidades y demandas que cubren instituciones estatales de diferentes jurisdicciones, más aún si llevan diferente signo político, de aquellas demandas que cubren las OSC, resulta central para comprender el territorio.

En este sentido, creemos que conocer un territorio y poder aportar en relación a cómo pensar sus demandas en salud desde una perspectiva comunitaria, lleva un tiempo considerable, mayor al que hemos tenido en este proyecto, o al que suele tenerse en este tipo de intervenciones. Esto, sin embargo, no significa abandonar este horizonte, sino poder re pensar nuevas instancias y formas de acercamiento para continuar con este proceso.

⁷ De hecho, era una de las primeras actividades de la asignatura Articulación Comunitaria 1, sobre la cual algunos miembros de este equipo de trabajo investigaron entre 2017 y 2020, cuya experiencia se analiza en el capítulo 2 de este libro.

Referencias bibliográficas

Diez, M.C. y Scaglia, M.C. (2023). “Producir conocimiento con (y para) lxs actorxs y no sobre ellxs” en las Décimas Jornadas sobre Etnografía y Métodos Cualitativos. Posadas, Misiones, Argentina, los días 27, 28 y 29 de septiembre de 2023. EJE 9 Métodos cualitativos y etnográficos en tareas de extensión, gestión e intervención en organizaciones e instituciones privadas y estatales.

Gallastegui, M., Rosselló, G., Vinuesa, M., Martelli, E., Ojeda Morcos, L., Sánchez Correa, H., Moodie, A., Bustos, S., Cardonetti, L. y Konfino, J. (2022). El rol de un centro de aislamiento sanitario extrahospitalario durante la pandemia de COVID-19: la experiencia de Quilmes. *Rev Argent Salud Pública*. N° 14 Supl COVID-19: e52, julio de 2022.

Guber, R. (2001). *La Etnografía: método, campo y reflexividad*. Buenos Aires: Editorial Norma.

IEC - CONADU, 2007 - HACIA UNA NUEVA LEY DE EDUCACION SUPERIOR - Documento elaborado por el IEC-CONADU y aprobado para el debate por el Congreso Extraordinario. Disponible en: <https://conadu.org.ar/hacia-una-nueva-ley-de-educacion-superior/>

Marcilese, J. (2019). Orígenes y evolución de la extensión universitaria. En: *La extensión en la Universidad Nacional del Sur: orígenes y extensión 1948- 2018*. Bahía Blanca: Universidad Nacional del Sur, pp. 29-36.

Menéndez, E. (2006). *Participación Social ¿para qué?* Buenos Aires, Lugar Editorial.

Perez, D., Lakonich, J., Cecchi, N. y Rotstein, A. (2009). *El compromiso social de la universidad latinoamericana del siglo XXI: Entre el debate y la acción*. IEC-CONADU. Disponible en: <https://biblioteca.clacso.edu.ar/Argentina/iec-conadu/20100317010331/2.pdf>

UNAJ, Agenda estratégica 2022 - 2025. Disponible en: <https://planestrategico.unaj.edu.ar/wp-content/uploads/sites/29/2023/10/AGENDA-ESTRATEGICA-UNAJ-2022-2025-V20231010vic-1.pdf>

Capítulo 5

Los sentidos de la participación social en salud desde una perspectiva situada

Mariana Inés Saraceno, Diego de Zavaía Dujovne, María Magalí Turkenich, María Cecilia Scaglia

Uno de los ejes de nuestra investigación se centró en el análisis del Comité Operativo de Emergencia (COE) de Villa Itatí como una experiencia de Participación Social en Salud (PSS). Llevamos adelante una investigación etnográfica e interdisciplinaria desde una perspectiva relacional para dar cuenta de los saberes en relación a la PSS y las tensiones entre las representaciones y las prácticas de los actores involucrados en la experiencia del COE. Los sujetos de este estudio fueron los trabajadores de la salud del Centro de Atención Primaria de la Salud (CAPS), los funcionarios de salud y referentes de las Organizaciones de la Sociedad Civil (OSC) que sostuvieron esta construcción.

Las preguntas iniciales que nos guiaron fueron: ¿Cómo se significó esta experiencia para las y los referentes de las OSC, y para las y los trabajadores de la salud? ¿Cómo influyeron las características del territorio y su historia en la estrategia de abordaje y su resultado? ¿Qué prácticas de participación

desplegaron las y los actores? ¿Esta experiencia implicó un cambio en la cosmovisión de la salud para sus protagonistas? Para responderlas realizamos un trabajo de campo que incluyó la observación de reuniones del COE y las actividades desplegadas en el territorio entre mediados del 2021 y julio del 2022, así como la realización de entrevistas en profundidad a los diversos actores involucrados.¹

Para el desarrollo de este capítulo nos proponemos, en primer lugar, definir las aristas que presenta el concepto de PSS. Posteriormente, vamos a historizar las particularidades del territorio y enmarcarlas en el contexto político y social en el que irrumpe la emergencia sanitaria por COVID-19. De esta forma buscamos facilitar la comprensión del entramado de relaciones entre los actores intervinientes que diera lugar a la creación del COE y que moldeara todo el proceso de abordaje. Por último, presentamos un análisis de las prácticas y representaciones de PSS de los diferentes actores durante el transcurso de la experiencia.

I - Sobre el concepto de Participación Social en Salud

La PSS surge como un imperativo asociado a la estrategia de la Atención Primaria de la Salud (APS) en la Conferencia de Alma Ata en 1978 (OMS/UNICEF, 1978) donde se manifestó la necesidad de involucrar a la comunidad en el abordaje de los problemas vinculados a la salud, la enfermedad y el cuidado. Sin embargo, este concepto adquiere distintos significados según el

¹ Los aspectos metodológicos de la investigación fueron desarrollados en detalle en el capítulo 3 de este libro.

marco en el que se lo inscriba y posee una carga de presupuestos ideológicos y técnicos que generalmente no están explicitados pero que influyen en la praxis. La PSS aparece simultáneamente como instrumento para mitigar los daños a la salud y como un objetivo en sí mismo en tanto asume un rol democratizador de la comunidad. Desde esta última perspectiva se la ve como una forma de involucrar a los conjuntos sociales en la toma de decisiones que afectan su propia vida, se ha apelado a ella para romper con el individualismo propio de la sociedad capitalista, y se la ha significado como una forma de empoderamiento. Sin embargo, lo que ha primado en la efectivización de políticas sanitarias 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” con el objetivo de reducir los costos de la atención de la salud y/o como un modo de legitimar y reproducir las estructuras de dominación (Menéndez, 2006).

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, y se apoya en el trabajo con comunidades. También se asocia a la PSS con otras nociones como desarrollo social, desarrollo comunitario, capital social y educación para la salud (Sapag y Kawachi, 2007). 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 al análisis de la efectividad de las políticas diseñadas desde este paradigma (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 todas y todos los autores enmarcan sus análisis en los procesos de reforma de los sistemas de salud iniciados en los años 90 en todo el continente, y evalúan si estas reformas significaron cambios sustantivos en el modelo de atención. Todos los trabajos 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.

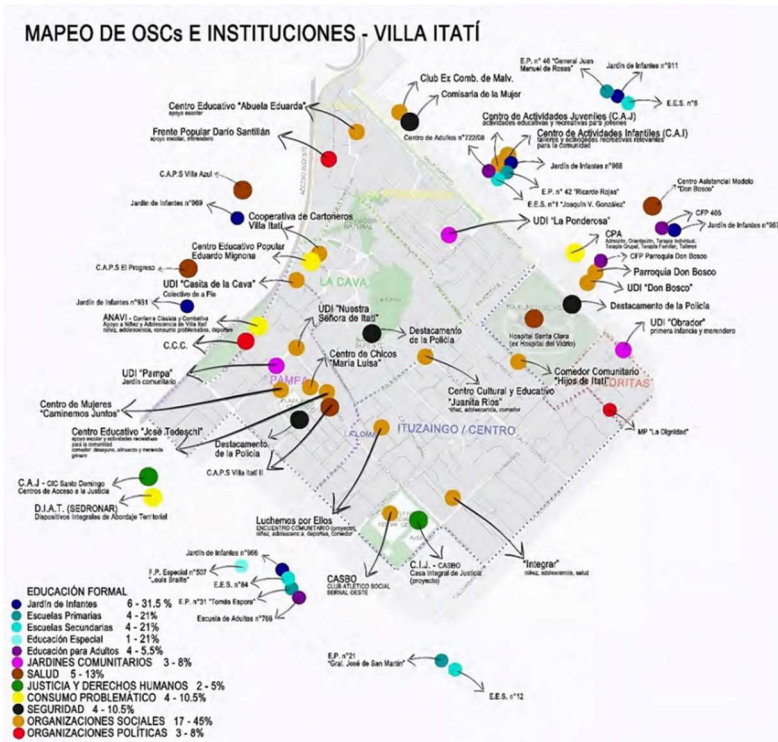
Consideramos imprescindible contextualizar el análisis de las políticas de salud situándolas en el momento histórico del desarrollo social y político del que forman parte y que las atraviesa, dando cuenta de lo que concretamente hacen los sujetos y los saberes que ponen en juego (Scaglia, 2012; Scaglia et al., 2018). Recuperamos desde aquí, la necesidad de incluir dicha dimensión para poder reconocer las experiencias previas de participación de las que se nutrieron los conjuntos sociales. También es preciso reconocer que, en las experiencias concretas de participación, éstos no limitan su accionar al campo estrictamente sanitario, sino que la participación suele implicar acciones intersectoriales que refuerzan la concepción integral de la salud.

II - El COE: un entramado de relaciones con múltiples sentidos. Tensiones y confluencias para repensar la PSS.

Analizar la dimensión histórica nos permitió recuperar no sólo la importancia de las experiencias previas de participación comunitaria, sino también capturar las tensiones existentes entre las mismas OSC y para con el Estado antes, durante, y después de la pandemia. En ese sentido, cabe destacar que Villa Itatí tiene una larga historia de participación de las organizaciones sociales en su vida comunitaria. Existen más de veinte OSC en el barrio que incluyen jardines de infantes, organizaciones de apoyo escolar, comedores, centros de actividades recreativas y culturales, y organizaciones vinculadas al trabajo. Entre las instituciones comunitarias podemos mencionar a: Capilla Nuestra Señora de Itatí; Pampa y Falucho; ANAVI; Asociación Civil Ángel Antonio; Centro Comunitario La Casita de la Cava; Comisión Padres de Guardería; ETIS (Equipo de Trabajo e Investigación Social); Institución Salesiana Nuestra Señora de Lujan; Parroquia San Juan Bosco; Itatí Azul Unidos, Abuela Eduarda, etc. Como institución productiva de autogestión se destaca la Cooperativa de Cartoneros que se formó en el 2001 en el marco de la crisis económica y que emplea a más de 200 personas.

En relación a la pertenencia, se reconoce un abanico heterogéneo siendo que algunas de estas organizaciones sociales están vinculadas a la Iglesia Católica, otras a movimientos sociales y partidos políticos (cabe destacar la presencia de la Corriente Clasista y Combativa, del Frente Darío Santillán y de las agrupaciones peronistas Primero La Patria y Movimiento Evita) y otras son independientes. La importancia de este tejido social

para el desarrollo del barrio y la vida en comunidad no sólo ha sido señalada por los diversos entrevistados, sino también por otros trabajos académicos sobre Villa Itatí (Cariaga y Ferreira, 2020; Althabé y Van Olphen, 2003; Binstock y Khalil, 2020; Bonazzi, 2021; OPISU, 2019).



Fuente: OPISU (OPISU, 2019)

El vínculo del barrio y sus diversos actores sociales con el Estado municipal, provincial y nacional fue variando según los cambios de signo político. El Municipio de Quilmes, al igual que la Provincia de Buenos Aires, fue gobernado hasta 2015 por el

peronismo (bajo el sello partidario Frente para la Victoria) y a partir de ese año por Cambiemos². El gobierno provincial y municipal de Cambiemos le dio relevancia a Itatí con diversas obras públicas incluyendo la construcción de un nuevo edificio para el CAPS y la creación del Organismo Provincial de Integración Social y Urbano (OPISU) (Bonazzi, 2021). La construcción del nuevo CAPS y la designación de un director que estuviera presente todos los días de la semana permitieron desarrollar prácticas de salud comunitaria con la participación activa de algunas OSC. Sin embargo, estas prácticas, sostenidas por algunas y algunos trabajadores de la salud, no se enmarcaron en una política fomentada desde la Secretaría de Salud municipal. El inicio de la pandemia fue coincidente a un cambio de signo político en la gestión del gobierno nacional, provincial y municipal – esta vez con la coalición peronista Frente de Todos - por lo que aún no se habían construido vínculos entre los actores de la sociedad civil y la nueva conducción política.

² Cambiemos fue una coalición de partidos de centro derecha que gobernó el país entre los años 2015-2019. En el mismo período gobernó la Provincia de Buenos Aires y el Municipio de Quilmes.

Un hito importante para la conformación del COE³ fue el corte del Acceso Sudeste⁴ el 22 de mayo de 2020 en que las OSC de Villa Itatí reclamaron por la realización de testeos masivos. Como se observa, en este caso la participación de las OSC se centra en plantear al Estado una demanda que debe satisfacer con asistencia. Esta demanda es recalanzada por el Estado a través de la conformación del COE incluyendo la participación activa de la sociedad civil para el abordaje integral de la pandemia. Detrás de esta propuesta estaban las representaciones sobre la salud comunitaria de las y los funcionarios a cargo que se enmarcan dentro de la corriente de Salud Colectiva que, entre otras cuestiones, considera nuclear al trabajo multi actoral e intersectorial para la gestión pública de la salud, pero también fue una respuesta ante las dificultades específicas que planteaba el contexto sanitario: "(...) en realidad la idea del COE vino más por una necesidad nuestra de tener que buscar aliados, que por una planificación estratégica, porque sabíamos que solos no podíamos" (funcionario

³ En el capítulo 1 de este libro describimos el funcionamiento del COE. Existen distintos trabajos escritos sobre la estrategia epidemiológica desarrollada en la pandemia en Villa Itatí. En primer lugar, los publicados por el equipo vinculado a la Secretaría de Salud de Quilmes (Bustos et al, 2020; Muñoz et al, 2020, Esposito et al. 2021; Konfino et al., 2021, Gallastegui et al., 2022) incluyendo el corto documental *Faros de Salud* (Konfino y Igolnikow, 2021), Trabajadores de salud del CAPS también publicaron sobre la experiencia (Carriaga y Ferreira 2020). También están los trabajos previos publicados por nuestro equipo de investigación (Scaglia, Baigorria et al., 2022; Scaglia, Saraceno y Turkenich, 2022; Scaglia et al., 2023; Percovich et. al., 2023) Desde una perspectiva antropológica, encontramos Ramacciotti et al. (2022) que se centra en el cierre total de Villa Azul y aborda tangencialmente Villa Itatí.

⁴ Corredor que vincula la Provincia de Buenos Aires con la Ciudad Autónoma de Buenos Aires y que a su vez marca uno de los límites geográficos de Villa Itatí.

provincial). De esta forma, en el surgimiento del COE se tensiona la oposición de la PSS entendida como práctica democratizante o práctica instrumental.

Ahora bien, la conformación del COE supuso un desafío tanto en lo que respecta a los vínculos entre el Estado y las organizaciones, como para el vínculo de las organizaciones entre sí. Las y los funcionarios de salud han expresado la importancia de la preexistencia de las OSC para poder llevar adelante una estrategia epidemiológica comunitaria⁵, pero, por otro lado, cuando se comenzó a organizar el COE surgió la dificultad de lidiar con las diferencias y disputas que existían entre éstas. *“Y ahí íbamos como rompiendo prejuicios, de hecho, anteriormente con algunas organizaciones nos habíamos peleado a muerte y esas cosas pudimos saldar ante la emergencia...”* (referente de OSC). Las entrevistas dan cuenta también de la desconfianza inicial de varios referentes de las organizaciones respecto a que las y los funcionarios cumplieran sus compromisos.

“(..). 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 nobleza de principios, ideas y otros que realmente tienen su mente

⁵ Concebida como una hipótesis práctica de investigación y generación de conocimiento de y por las comunidades, entendidas no como individuos agrupados, sino como conjunto social que se define por el entramado de vínculos forjados y la historia que los atraviesa En: Ministerio de Salud de la Provincia de Buenos Aires. Abordaje territorial en respuesta al covid en los barrios (Konfino et al., 2021).

muy chica del objetivo de poder, (...), en estos lugares no pueden fingir, acá, se sabe.” (referente de OSC).

Una de las primeras decisiones que se tomó fue que el COE no funcionara en el Centro de Atención Vecinal (perteneciente al Estado) sino que lo hiciera en la parroquia para asegurar un debate horizontal.

Tanto las tensiones con el Estado como entre las OSC se manifestaron en un comienzo, en la discusión sobre qué rol iba a asumir la concejala del barrio. Éstas se debieron fundamentalmente al doble rol que cumplía: por un lado, era representante del Estado municipal en el barrio, pero a su vez, ejercía la conducción de una organización territorial que arrastraba conflictos con otras OSC. Surgió la necesidad de construir una conducción política del proceso que estuviera alejada de las viejas disputas y esa figura terminó decantando en el Secretario de Salud municipal, mientras que la concejala asumió el rol de coordinación de las reuniones de trabajo del COE.

III - La construcción de la confianza desde la praxis

La magnitud de la emergencia y el mismo funcionamiento del COE permitió apaciguar las tensiones mencionadas y sobre todo generar vínculos de confianza entre las y los diversos participantes. Se puede entrever cómo la dedicación y el compromiso de las y los funcionarios de salud durante la pandemia fueron decisivos a la hora de derribar prejuicios de las OSC para con el Estado:

“Antes de la pandemia era muy difícil saber quién era el director o directora del centro de salud porque no los veías, no caminaban por el barrio... y menos saber quién era el secretario o los subsecretarios” (referente de OSC).

El trabajo del COE era muy intenso. El barrio se dividió en tres zonas, cada una con un equipo asignado (compuesto por trabajadores de la salud y personas voluntarias de la sociedad civil) y una base operativa que era en un jardín de infantes comunitario del barrio. El equipo se encontraba a la mañana en la base operativa, desayunaba, se ponía todos los elementos de protección personal y salía a hacer búsqueda activa de casos sospechosos puerta a puerta. Al mediodía volvía al punto de donde habían salido y almorzaban ahí. Luego salía a visitar a las familias aisladas en el barrio.

Los almuerzos, encuentros cotidianos de cierta tranquilidad, fueron fundamentales para la construcción de lazos de confianza entre los distintos actores y para desactivar las tensiones preexistentes entre las diversas OSC. Eran las organizaciones de la sociedad civil, las encargadas de prepararlos y lo hacían bajo el lema “cuidar a los que cuidan”.

“Creo que de alguna manera facilitó, por ejemplo, en el caso mío que yo no podía salir, tengo enfermedades crónicas, pero por lo menos decíamos acoger a los que están cuidando, cuidar a los que cuidan, que también es una responsabilidad” (referente de OSC).

En las entrevistas este cuidado es muy reconocido por las y los trabajadores de salud, los y las funcionarias y los miembros de la OSC que formaban parte de las salidas:

“..había actos de amor, que creo fueron muy importantes, ¿viste?, llegar muertos de frío y que el comedor hubiera preparado el almuerzo para todos, y comer todos juntos, era reparador, era reparador porque era un momento donde uno trataba, hacía el esfuerzo de despegarse 20 minutos de la locura...” (trabajadora de la Salud).

Como señalamos en el segundo capítulo de este libro, una de las conclusiones a las que arribó este equipo en el trabajo de investigación sobre salud comunitaria llevada a cabo previamente, fue que la no pertenencia de docentes y estudiantes al barrio en el que desarrollaban sus tareas en el centro de salud los ubicaba en el imaginario en un lugar “externo”. En este sentido, el centro de salud aparecía como un actor diferenciado de la comunidad pero que contaba con el conocimiento de cuáles eran sus problemas y necesidades. Es decir, de un lado el centro de salud que conoce los problemas, las necesidades y su resolución y de otro la comunidad como un sujeto homogéneo que debía ser atendido. Esta escisión de algún modo revitaliza el vínculo asimétrico médico/ paciente propio de un modelo de atención basado en el paradigma positivista. En cambio, en el caso de la PSS en Villa Itatí esta distancia parece borrarse. En primer lugar, porque las demandas surgen realmente de los habitantes del barrio a partir de las reuniones del COE desde un debate horizontal y libre. En segundo lugar, porque en la inmersión que demandó y supuso la pandemia para los y las trabajadoras de salud, se terminaron incorporando a

la comunidad. “(...) *era como que mi vida era todo Itatí, era el abordaje, llegaba a mi casa seguía llamando, imagináte que estaba en el grupo de redes, y me podían llamar, mandar mensaje a las doce de la noche ‘acá está fulanito que le dio positivo, acá está el resultado de fulanito’(...) digo la vida mía pasaba por ahí*” (trabajadora de la salud).

Los dispositivos de cuidados desarrollados por el COE no sólo se aplican sobre las y los habitantes del barrio, sino también sobre las y los trabajadores de salud y esto es posible porque estos trabajadores se dejan cuidar por las OSC, dando cuenta de una democratización del saber y el cuidado que, exista o no en la representación de los actores, se encuentra en las prácticas efectivamente desarrolladas.

De todas formas, lo señalado no significa que en el COE no se reconocieran las diferencias de saberes y, en consecuencia, de funciones. Las decisiones se tomaban en función del saber médico de los y las trabajadoras y de los y las funcionarias municipales. En varias entrevistas se señala que estos actores compartían los últimos conocimientos sobre el COVID-19, su propagación, tratamiento y prevención, actualizando los protocolos y que las OSC servían como canales de información para transmitir las medidas a la población del Barrio Itatí. La información oficial no sólo servía para adoptar medidas, sino que “...*era un espacio donde se cortaba con los rumores, se decía cuánta gente tiene COVID, cuántos se murieron, cuántos hisopados...*” (funcionario de Salud). Este saber también era reconocido por las OSC, el rol del profesional médico era fundamental para que los habitantes adopten las medidas de prevención:

Me arriesgo a decir que el 85% o 90% de las personas que íbamos a buscar al domicilio se aislaban. Primero que nada, porque tenían la figura de un médico (...) que podía explicar un montón de cosas... Pero además estaba yo y dos compañeros más que también son del barrio, entonces también les daba alguna confianza si se quiere... No eran gente que no conocía su casa. Además, nos tocaban las zonas que estaban cerca de las organizaciones donde nosotros trabajamos, entonces veían caras conocidas (referente de OSC).

IV - Representaciones de PSS

Cuando le preguntamos a los y las trabajadoras de salud sobre si estas experiencias cambiaron sus representaciones sobre la salud comunitaria la respuesta es que sus ideas se vieron reforzadas. En varias entrevistas aparece la idea de la concreción práctica de estas propuestas,

“Básicamente antes era una expresión de deseo, era una frase, era una idea, y después del COVID y todo, fue nuestra propia realidad” (trabajador de salud); “Entonces creo que lo que sí me cambió para bien, es poder ver que se puede hacer, que es posible, o sea que es posible pensar una salud comunitaria en la práctica..” (funcionario municipal).

Distintas ideas confluyen en las representaciones de PSS de los y las trabajadoras de salud. Por una parte, la postura de que la comunidad puede plantear la demanda y participar en la formulación y aplicación de estrategias para satisfacerla. Aquí es fundamental la concepción de que la salud se construye de forma

colectiva y que este modo de abordaje permite sentirse acompañado. En este sentido, no sólo aparece la importancia del trabajo intersectorial, sino del trabajo interdisciplinario del sector salud. También surge la idea de que, en el trabajo conjunto, las OSC van adquiriendo conocimientos propios de la medicina y ayudan a difundir información relevante para la comunidad. Por otra parte, está muy presente la importancia de salir al territorio, de realizar operativos puerta a puerta (para buscar casos de alguna enfermedad, buscar a la gente para realizar controles, buscar que los niños se vacunen, etc.), y actividades específicas con distintas OSC (dar charlas de prevención, ayudar a los comedores a diseñar menús saludables etc.) Sin embargo, en ningún momento se cuestiona el lugar del saber médico que se considera como el conocimiento adecuado y legítimo que permite articular y organizar estas actividades.

“La gente también empezó a entender temas de salud, léxico de medicina o de cuidados o de pautas, entonces eso también cambió y esta prueba, este fue toda una prueba, desafío que lo hicimos en conjunto...” (trabajador de salud)

“cuando vos pensabas, comprendías la salud de manera integral, y tienen estas líneas de laburo, no te cuesta, estas feliz, porque abris el espacio, porque das, articulas, das intervención a otros actores del barrio, uno siente, me parece importante, lo que uno siente es que está acompañada...” (trabajadora de salud)

En cuanto a los referentes de las OSC, sus representaciones de salud sí cambiaron fuertemente a partir de la pandemia y de la experiencia del COE:

“Lo que el COE permitió es que todes podamos hablar de salud, que era algo que no sé si lo teníamos negado, pero no era parte de nuestra cotidianidad” (referente de OSC).

“Mirá, para mí la salud ahora lo comprendo como parte del hábitat, lo entiendo de una manera más integral, la salud nos atraviesa en todo, vivir bien no tiene que ver con los remedios, tiene que ver con una mejor calidad de vida proporcionada a como vivís en el barrio a cómo los trabajadores de las salitas se relacionan con la comunidad, con como las orgas del barrio tienen una conducta en cómo se relacionan, porque la gente que va ahí también consume esa cotidianeidad, esa formas y las reproducen entonces la salud es como la columna vertebral en una comunidad, porque es la que atraviesa todo.” (referente de OSC).

Observamos cómo con la pandemia, la salud deja de estar representada sólo como la ausencia de enfermedad, pasible de ser medicalizada, y pasa a verse como un aspecto transversal de la vida, pero también de la comunidad. Estos actores no dudan de la necesidad de un abordaje participativo comunitario pensado desde la relación entre las OSC y el Estado:

“Lo bueno de esto es que en un momento tan difícil como la pandemia hayamos creado unas condiciones para poder construir una, esto de grupo comunitario, una cosa más desde la visión, desde la experiencia comunitaria de las instituciones del barrio, el Estado al estar así reunidos con las comunidades, porque en realidad, yo creo que lo más torpe de los políticos, es negar que somos una historia, siempre parece que la gestión empieza ... hay otras mujeres

y hombres que estuvieron 30, 40 años, somos parte de una historia que vamos haciendo, entonces me parece que ese aprendizaje es como base de salud comunitaria como algo que podemos ir haciendo, y otras hay que seguir mejorando ¿no?” (referentes de OSC).

Se reclama que las OSC sean escuchadas y que se reconozca su historia y sus lugares en el barrio, pero también se reconoce el carácter central del Estado. En términos de saberes las organizaciones defienden su conocimiento sobre el barrio y sus necesidades, pero aquí tampoco se cuestiona la legitimidad del saber médico. Más allá del aspecto específico de salud, la experiencia marca un punto de inflexión en la relación con el Estado. Hace referencia a un Estado presente, donde los funcionarios aparecieron en el barrio y de esta forma había a quién elevar la demanda.

En las entrevistas, el COE aparece como una experiencia sumamente significativa en sus vidas y con una alta valoración positiva. En este sentido, en el próximo capítulo trataremos de analizar el quiebre que se produjo en la subjetividad de los participantes bajo la categoría de *disrupción biográfica*. Pero este quiebre también lo podemos observar en términos políticos y de organización barrial. Como se observa en los fragmentos citados más arriba las OSC piensan el COE como un modelo para abordar diversas problemáticas que van más allá de la salud (educación, seguridad, infraestructura, etc.). En términos simbólicos este cambio se observa en que ahora las OSC se reconocen y se presentan en diversos foros bajo el nombre COE- Villa Itatí Unida.

V - La transformación de las prácticas de salud comunitaria del CAPS

Mencionamos que antes de la pandemia en este municipio gobernado por la coalición Cambiemos, el CAPS ya tenía prácticas de salud comunitaria y de PSS. Esas prácticas fueron un insumo para la constitución de COE ya que algunos de las y los trabajadores más relevantes del centro tenían una perspectiva integral de la salud. En este sentido, un elemento que aparece en las entrevistas realizadas es la importancia de la trayectoria de vida y de la formación de los y las trabajadoras de salud para lograr la PSS. La participación no es un protocolo que se puede aplicar con independencia del lugar y de los profesionales, sino que sólo es posible a partir de los vínculos humanos que se construyen colectivamente en el territorio. Esto refuerza la importancia de la formación de equipos interprofesionales para este tipo de abordaje.

Cabe destacar, en este punto que varios trabajadores de salud del CAPS, incluyendo personal médico, se tomaron licencias por motivos de salud y no participaron de la experiencia por lo que, la participación del CAPS en los operativos fue sostenida por personal administrativo, enfermería, trabajo social y medicina. Además, fue necesario recurrir a directores de otros CAPS con diversas formaciones profesionales.

En términos de la importancia de la dimensión personal, la totalidad de las personas entrevistadas de las OSC valoraron la capacidad del Secretario de Salud Municipal para articular el COE. Su intervención explica, entre otras razones, las significativas

diferencias, en términos cualitativos y cuantitativos, de las prácticas de PPS llevadas a cabo en el territorio. Antes de la pandemia, las prácticas de PSS se circunscribían a la realización de actividades de prevención, promoción y control desarrolladas en conjunto con las OSC. En cambio, en el nuevo escenario, el Secretario de Salud impulsa la conformación del COE como una organización política, deliberativa y horizontal con capacidad de decisión y acción. Es justamente esta dimensión política lo que permite que el COE a diferencia del CAPS, aborde todas las problemáticas barriales y no sólo las vinculadas con la salud. Es también esta perspectiva política de la Participación Social en Salud la que permitió tomar la confluencia de las diversas OSC en el corte del Acceso Sudeste, articularla y reconducirla hacia un abordaje comunitario de la pandemia. Tal vez el principal signo del carácter político del COE sea el nombre que finalmente se daría a sí mismo, el nombre que ya tenía cuando realizamos nuestros primeros trabajos de campo y que persiste hasta hoy: COE – Villa Itatí Unida.

En los diversos testimonios también se resalta que durante la pandemia siempre se contó con los recursos e insumos necesarios para llevar adelante los operativos: test, bolsones de alimentos, barbijos, camas en los centros de aislamiento, etc. Aquí observamos otra diferencia respecto a cómo se daban las PSS antes de la pandemia. Durante la gestión anterior, la PSS no era una política impulsada por el municipio ni por la provincia, y en ese sentido no había canales aceitados a partir de los cuales las y los trabajadores del CAPS pudieran satisfacer la demanda que surgía en el territorio (por ejemplo, acceso a medicamentos).

“Todo esto que te digo lo pude construir en el año de pandemia, cuando cambia la gestión. Anteriormente era poner un montón el cuerpo y no conseguíamos ni un paracetamol. No había esa articulación con los programas sanitarios. Nosotros teníamos ahí un organismo provincial, con quienes también tratábamos de poder conseguir algo, conseguir medicamentos. No había una guía, un circuito formal para solicitar nada. (...) Nosotros hoy podemos asegurar de manera regular la medicación porque tenemos circuitos formales que funcionan. (...) En la gestión anterior era mucho poner el cuerpo, mucha escucha activa, mucho ir pensando, pero la verdad es que se necesitaba la articulación con las otras áreas.”
(trabajadora de salud).

Aquí se nos abren dos interrogantes, uno de índole práctica y otro teórico. El primero se refiere a la potencia del COE para encontrar soluciones adecuadas a otros problemas barriales cuando los distintos sectores del Estado no tienen la capacidad de respuesta que tuvo el sector Salud durante la pandemia. En el marco de la investigación presenciamos una reunión de la que participó un representante del Ministerio de Seguridad de Provincia y las respuestas que ofrecía no eran consideradas válidas ni efectivas por parte de las OSC. Lo que observamos fue que el espacio de intercambio fue importante para que el funcionario explicara las acciones desarrolladas y que las OSC pudieran plantear sus demandas, pero que no se logró articular acciones conjuntas que realmente atacaran el problema.

El segundo interrogante se refiere a la salud comunitaria. Itatí es un barrio con límites geográficos evidentes que con claridad se

diferencia de los barrios que la rodean. Así parece cuadrar perfectamente en la concepción de comunidad que encontramos en nuestra investigación anterior⁶: como un todo homogéneo aislado del exterior. Sin embargo, tanto la pandemia como el modo en que se abordó en Itatí, nos reafirman que esta concepción es errónea y que el abordaje comunitario no puede construirse desde una perspectiva que oculte las relaciones y las tramas que se dan en los territorios. Siempre existen relaciones dialécticas entre lo global y lo local, por lo que el análisis situado implica reconocer la especificidad y las dinámicas propias de los territorios comprendiendo que esa especificidad es también la resultante de condiciones estructurales más amplias. En el caso de nuestro estudio esas condiciones estructurales están dadas por la pandemia y las políticas sanitarias y adoptan formas particulares en Villa Itatí. En consecuencia, la PSS pensada como una estrategia localizada en una comunidad aislada pierde efectividad y potencia. La PSS depende no sólo del vínculo con el territorio, sino también de las condiciones de posibilidad y de la articulación con políticas sanitarias más amplias.

VI - Conclusiones

A partir de este estudio es que podemos reconocer el rol crucial de un entramado territorial entre efectores del Estado y las OSC para lograr un abordaje integral de la salud y una estrategia exitosa frente al COVID-19. En el caso específico de Villa Itatí, este entramado fue configurado por la conjunción de un colectivo

⁶ Descripta en el capítulo 2 de esta publicación

diverso con historia preexistente de participación social en el territorio que, no sin conflictos, se presentó 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. La magnitud de la emergencia sanitaria logró reunir a las OSC y al Estado que, con un trabajo articulado y localizado lograron superar las desconfianzas preexistentes. En este sentido resultó de suma importancia la construcción de vínculos personales y las trayectorias individuales de las y los protagonistas para sostener este tipo de abordaje.

Esta experiencia reconfiguró en quienes formaron parte, sus representaciones sobre la PSS. Trabajadores de la salud comprobaron que era posible llevar a la práctica este abordaje, reforzando sus representaciones previas, mientras que los miembros de las OSC modificaron su concepción de salud que ahora es entendida como algo colectivo y transversal a la vida.

La conformación del COE se produce en una situación concreta donde los habitantes de Itatí demandaban la intervención estatal. No cabe duda de que en este contexto el COE tuvo un sentido instrumental para resolver una problemática que escapaba a las capacidades operativas del Estado. Sin embargo, detrás de la solución propuesta se encontraba la convicción política de que es posible una construcción colectiva de la atención en salud. Tanto la promoción de la participación ciudadana desde un marco de debate horizontal como la construcción de la confianza a partir de la praxis y no sólo del discurso hicieron que esta experiencia fuera

profundamente democratizante. En este caso la contraposición entre una PSS instrumental y un PSS democratizante no parece existir. Esta lógica horizontal, sin embargo, no implicó el cuestionamiento de la preponderancia del saber médico y su rol organizador.

Por último, en las entrevistas a trabajadores de salud apareció el contraste entre la PSS implementada como una estrategia puramente local, llevada adelante, por estos y estas trabajadoras en su vínculo con los habitantes del barrio, y la PSS como una política de salud impulsada desde el Estado. Este contraste nos permitió reforzar nuestras críticas a concebir la comunidad como un todo homogéneo aislado del exterior. Observamos que la efectividad de una estrategia de PSS no se limita a la construcción de los vínculos con la comunidad, sino a su articulación con políticas sanitarias más amplias que deben ser llevadas adelante por un Estado que pueda articular la mirada local y general.

Referencias bibliográficas

Althabé, M., Herrera, S., Van Olphen, M. M. (2003). Asociación de Cartoneros de Villa Itatí. *III Jornadas de Sociología de la UNLP (La Plata, 10 al 12 de diciembre de 2003)*.

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, N° 46, mayo de 2013, PP. 123 - 143.

Binstock, G. y Khalil, E. (2019). “Perpetuación de las Desventajas Sociales y Económicas: El Caso de las y los Adolescentes y Jóvenes de Villa Itatí, Quilmes - Informe de Investigación (Spanish). Washington, D.C.: World Bank Group. <http://documents.worldbank.org/curated/en/731211593600729450/Perpetuación-de-las-Desventajas-Sociales-y-Económicas-El-Caso-de-las-y-los-Adolescentes-y-Jóvenes-de-Villa-Itatí-Quilmes-Informe-de-Investigación>

Bonazzi, M. A. (2021). “Bola y obras”: la construcción de gobernabilidad de Cambiemos en una villa bonaerense. In *XII Congreso Argentino de Antropología Social (CAAS) (La Plata, junio, julio y septiembre de 2021)*. Recuperado de: <https://sedici.unlp.edu.ar/handle/10915/134123>

Bustos, S., Buey, F., L’Arco, G., Napoli, N., Cardonetti, L., Gallastegui, M., Begue, C., Lopez, N. & Konfino, J. (2020). Abordaje comunitario de la pandemia de COVID en Quilmes: la experiencia de Villa Itatí. *SciELO Preprints*, junio de 2020. DOI: 10.1590/scielopreprints.1294.

Cariaga, M. E. & Ferreira, M. (2020). La corresponsabilidad ante el COVID 19 en los barrios populares. Relatos de Villa Itatí. *Debate Público*, Año, 10, N° 20, 2020.

Esposito, M., Bustos, S., Cardonetti, L., Pueyo Alvarado, M., Latorre, B., Parrilla, L., Garcia, E., Kreplak, N. y Konfino, J. (2021). Aislamiento comunitario como estrategia para la mitigación de un brote de COVID-19: el caso de Villa Azul. *Global Health Promotion*, Vol. 28, N° 3, abril de 2021, pp. 114-121.

Gallastegui, M., Rosselló, G., Vinuesa, M., Martelli, E., Ojeda Morcos, L., Sánchez Correa, H., Moodie, A., Bustos, S., Cardonetti, L. y Konfino, J. (2022). El rol de un centro de aislamiento sanitario extrahospitalario durante la pandemia de COVID-19: la experiencia de Quilmes. *Rev Argent Salud Pública*. N° 14 Supl COVID-19: e52, julio de 2022.

Konfino, J., Bustos, S., Buey, F., L´Arco, G., Cardonetti, L., Napoli, N., Gallastegui, M., Begue, C. y Lopez, N. (2021). Abordaje comunitario de la pandemia de COVID-19 en Quilmes. A propósito de un caso en Villa Itatí, Gran Buenos Aires, Argentina 2020. *Revista Argentina de Medicina*, Vol. 9, N° 3, 2021, pp. 194-201.

Konfino, J. y Igolnikow, E. (2021). *Faros de salud (Health Lighthouse): el COE Villa Itatí Unida frente a la pandemia del Covid19*. Documental disponible en: https://www.youtube.com/watch?v=D6Cnt_YWQPM

Menéndez, E. (2006). *Participación Social ¿para qué?* Buenos Aires, Lugar Editorial.

Muñoz, L., Pífano, M., Bolzán, A., Varela, T., Comes, Y., Specogna, M., Ceriani, L., Konfino, J., Kreplak, N. & Garcia, E. (2020). Surveillance and Seroprevalence: Evaluation of IgG antibodies for SARS-Cov2 by ELISA in the popular neighborhood Villa Azul, Quilmes, province of Buenos Aires, Argentina. *Scielo Preprints*, agosto 2020.

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.

Organismo Provincial de Integración Social y Urbana (OPISU). (2019). Gobierno de la Provincia de Buenos Aires. Proyecto de Transformación Urbana del Área Metropolitana de Buenos Aires (AMBA) “Mejora del Hábitat en Barrios Vulnerables del GBA”. Financiamiento Adicional/Fase II”. Proyecto de Integración Social y Urbana Villa Itatí y Villa Azul. Evaluación Social.

Pagani, M. L. (2019). Balances de la participación ciudadana en la Argentina. Análisis de las trayectorias, supuestos y desafíos. *Revista Estado y Política Pública*, N°12. Mayo-septiembre 2019, pp. 191-210.

Percovich, N., Calcagno Collado, F., Baigorria, N., Osella, N., Saraceno, M. y Bustos, S. (2023). “Pandemia, Padecimiento Subjetivo y Participación Social”. Categoría: Póster Científico. Congreso Provincial de Salud. COSAPRO.

Ramacciotti, K., Guerrero, G., Gilligan, C. (2022). Aprender al calor de una crisis sanitaria. El aislamiento comunitario en Villa Itatí y Villa Azul. *Revista de Educación*, N° 27.2, 2022, pp. 115-136.

Salazar, L. D., Vélez, J. A. (2004). Hacia la búsqueda de efectividad en promoción de la salud en América Latina. *Ciência & Saúde Coletiva*, Vol. 9, N° 3, 2004, pp. 725-730.

Sapag, J. C., y Kawachi, I. (2007). Capital social y promoción de la salud en América Latina. *Rev. de Saúde Pública*, Vol. 41, N° 1, 2007, pp.139-149.

Scaglia, M. 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>.

Scaglia, M. C., Albano, D., Percovich, N., de Zavalía, D., Saraceno, M. (2018). ¿De qué hablamos cuando hablamos de salud comunitaria? La experiencia de una asignatura en una universidad del conurbano” en *XIII Jornadas Nacionales de Debate Interdisciplinario en Salud y Población: Investigación e intervención en salud: demandas históricas, derechos pendientes y desigualdades emergentes*. IGG.

Scaglia, M. C., Baigorria, N., Calcagno, F., de Zavalía, D., Saraceno, M. I. y Turkenich, M. (2022). Construyendo salud comunitaria a partir de una experiencia de participación social en salud. El caso del COE de Villa Itatí creado a partir del COVID - 19. *Actas de las X Jornadas de Investigación en Antropología Social Santiago Wallace, 2022*, pp. 423-442.

Scaglia, M. C., Saraceno, M., Turkenich, M. (2022). 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. *XI Jornadas de Sociología de la UNLP, 5- 7 de diciembre de 2022*. Recuperado de https://www.memoria.fahce.unlp.edu.ar/trab_eventos/ev.16461/ev.16461.pdf

Scaglia, M. C., Saraceno, M. I., Turkenich, M., de Zavalía, D., Calcagno, F., Konfino, J., Baigorria, N., Bustos, S. (2023) “La Participación Social en Salud: un mosaico de sentidos” Categoría: Póster Científico. Congreso Provincial de Salud. COSAPRO.

Sícolo, J. L., Nascimento, P. R. (2003): Promoção de saúde: concepções, princípios e operacionalização. *Interface (Botucatu)*, Vol.7, N° 12, 2003, pp.101-122.

Ussher, M. (2008). Complejidad de los procesos de participación comunitaria. *XV Jornadas de Investigación y Cuarto encuentro de Investigadores en Psicología del Mercosur*. Facultad de Psicología - Universidad de Buenos Aires, Buenos Aires. Disponible en: <https://www.academica.org/000-032/488.pdf>

Capítulo 6

La numerosidad social y los dispositivos de la ternura: la inclusión del padecimiento subjetivo

Florencia Calcagno Collado, Nadia Marina Percovich, Natalia Osella, Natalia Vanina Baigorria

En este capítulo abordaremos cómo las representaciones y prácticas se despliegan para el abordaje del padecimiento subjetivo desde la perspectiva de diferentes actores presentes en la comunidad que conforma el Comité Operativo de Emergencia (COE) de Villa Itatí. Se analizan los resultados de la investigación sobre esta categoría, observando que persiste una idea parcializada de la salud mental, identificándola con la asistencia especializada pero que sin embargo en el quehacer cotidiano -en la esfera de las prácticas. supera esta mirada, inscribiéndose en modelos más amplios y diversos, cercanos a -por un lado- un modelo denominado de diálogo abierto (Johnstone y Boyle, 2018), y -por otro lado- principalmente a los denominados dispositivos de la ternura (Ulloa, 1988).

Se pone de relieve una perspectiva crítica que incluye al padecimiento dentro de la salud integral. Para ello, se retoma la

dimensión del cuidado, dentro de la conceptualización de la ternura como la categoría que permite analizar la actividad comunitaria dentro de una producción empática, en una práctica de numerosidad social que produce vinculación y diálogo situado.

I - ¿De qué hablamos cuando hablamos de salud mental? Las representaciones

Algo que recogemos de nuestro diario de trabajo de campo, es que al hacer las entrevistas la pregunta por temas de salud mental en general y de padecimiento subjetivo en particular, se vivía como sorpresiva, salvo en el caso de las y los trabajadores de los Centro de Atención Primaria de la Salud (CAPS) y las y los funcionarios. La mayoría de las y los trabajadores de salud entrevistados no tienen una noción dicotómica que excluye a lo mental de sus prácticas. En la misma línea, desde el equipo de investigación consideramos a la salud mental desde una perspectiva de salud integral, pero que tiene sus particularidades que hacen que se mantenga al margen, tal como aportan Stolkiner y Ardila Gómez (2012: 3):

...el campo de la Salud Mental es un subcampo dentro del de la Salud en general, pero que se ha configurado como el espacio paradigmático del límite a la concepción biologista-individual de la enfermedad y se ha diferenciado como tal por mantener formas institucionales específicas que develan, más claramente la imbricación entre mandatos sociales de orden y propuestas curativas.

Comenzaremos hablando de las **representaciones** para problematizarlas con los sentidos que como equipo de investigación le damos a la categoría de padecimiento subjetivo.

Lo más mencionado como problemática presente en el barrio en relación a esta temática son los consumos problemáticos, “(...) *la droga se está comiendo todo (...) ya no sabemos qué hacer con los pibes*”. Respecto de ese no saber hacer se mencionan intervenciones ligadas a seguridad, con el énfasis en venta y distribución de sustancias ilegales y legales - también se habla de consumo de psicofármacos en jóvenes. “*Tenemos muchos enemigos adentro del barrio*” dice un referente de una organización social. Otro referente en su respuesta menciona directamente al narcotráfico. Respecto de los consumos, además de esta respuesta centrada en la seguridad aparece la ligada a la internación. Estas representaciones no llaman la atención, en la medida en que forman parte de un debate aún no saldado. Por un lado, la Ley Nacional de Salud Mental N° 26.657 (República Argentina, 2010), en su artículo 4 menciona a las adicciones como parte de las problemáticas que se deben abordar desde la salud mental. Por otra parte, el marco normativo no es claro, en tanto la Ley Nacional de Estupefacientes N°23373/89 (República Argentina, 1989), que penaliza la tenencia de drogas para el consumo, continúa vigente. La lógica punitiva estigmatiza y castiga a los consumidores, y se ubica como obstáculo de abordajes clínicos, socio comunitarios y de reducción de daños (Inchaurraga, 2020)

Otra cuestión que también se menciona es la creciente violencia, “*la pandemia agudizó las violencias de género*” dice una profesional

de salud y agrega que aparecen ataques de pánico en mujeres como respuesta a violencias intrafamiliares, estrés y ser sostén de familia. Al respecto, según datos de la línea 144 (especializada y gratuita en materia de Violencia por Motivos de género VMG) que funciona y cubre todo el país, en marzo 2020 se recibieron 1.152 comunicaciones menos por violencias de género que durante el mismo mes de 2019 (-20%). Pero, a partir de la irrupción de la pandemia de COVID-19 y la implementación del Aislamiento Social Preventivo y Obligatorio (ASPO) en ese mismo mes, los totales de comunicaciones mensuales de 2020 siempre superaron a los de 2019. En abril de 2020, ya durante el aislamiento, se recibieron un 23% más de llamadas que en abril de 2019. En mayo, junio y julio, los aumentos fueron de 27, 18 y 25% respectivamente. Es importante destacar que desde la vigencia del ASPO, la Línea 144 sede Nación incorporó nuevos canales de atención, incluyendo el mail y WhatsApp (Ministerio de las Mujeres, Géneros y Diversidad, 2021).

Consideramos que otro núcleo a analizar son las barreras de acceso a los tratamientos en salud mental. Algunas de las personas entrevistadas detectan una mayor frecuencia, luego de la pandemia, de casos de autoagresiones e ideas de suicidio en jóvenes. Ante esto, se menciona que las profesionales de salud mental, dos psicólogas a tiempo parcial en el CAPS “no dan abasto”.

Se subraya la discontinuidad de tratamientos en la pandemia para personas ya diagnosticadas tanto con trastornos de salud mental como discapacidades. Los tratamientos en algunos casos pasaron a modalidad virtual, pero esto finalmente constituía una barrera

más en el acceso: *“(...) los psicólogos y las psicólogas atendían de manera virtual y las personas no podíamos acceder, no todas tenemos el privilegio.”* Otra persona menciona que hay mucha demora en establecer diagnósticos, por ejemplo, de autismo y *“esas personas quedan mucho tiempo boyando”*.

Estas representaciones que encontramos refuerzan la idea de que persiste en los diferentes actores de la comunidad una idea parcializada de la Salud Mental, que remite y demanda un tratamiento especializado.

Por el contrario, desde el equipo de investigación, recuperamos la dimensión del sufrimiento humano, apelando al marco construido por Augsburguer (2008) quien realiza una crítica a la noción de enfermedad psiquiátrica, en tanto biologicista y ahistórica, y recupera la categoría de sufrimiento psíquico, en tanto recorre todos los momentos de la vida y el paso por las diferentes instituciones. Esta idea coincide con lo postulado en la Ley Nacional de Salud Mental 26.657, que adopta la perspectiva de los derechos humanos, y que toma al padecimiento subjetivo como un proceso multideterminado e inherente a la existencia humana y social.

II - La potencia de las prácticas

Esa extrañeza con la que recibían la pregunta por la salud mental y el padecimiento subjetivo no coincidía con la pasión con la que relataban las prácticas llevadas adelante en tiempos de pandemia en el contexto del COE. En virtud de uno de los objetivos del proyecto de investigación del que formamos parte, llevamos

adelante la reconstrucción y valorización de las prácticas y es ahí donde encontramos una potencia del cuidado colectivo que nos parece importante resaltar.

Como ya se ha mencionado, una de las problemáticas en el barrio fue el aumento de la violencia. En este sentido, en una entrevista se menciona la implementación de espacios grupales con mujeres en situación de violencia porque *“no dan abasto las psicólogas para la atención individual”*. Se entiende de esta manera, a los grupos como una solución más eficaz ante el colapso o la imposibilidad de la atención individual, pero no se rescata la propia potencia del trabajo grupal.

Una de las entrevistadas, trabajadora de un CAPS, menciona que no contaron con un espacio institucional específico para cuidarse entre trabajadores: *“no hay otra propuesta más que la que sale de nosotros”*. Esta frase nos abre la puerta a poner en valor lo que se hizo para la contención entre las y los trabajadores, voluntarias y voluntarios que recorrían el barrio en el momento más difícil de la pandemia. El espacio de planificación más formal y su continuación a un espacio de intercambio, charla y compartir una comida, se rescata como un espacio estratégico para el cuidado propio¹. *“No era llevar insumos e información, era encontrarte con el dolor”*. Uno de los funcionarios menciona que ante lo que vivían los y las voluntarias, se generó un espacio de salud mental específico para ellos y ellas. Aparecen aquí, percepciones

¹ Sobre este espacio se ahonda en el capítulo 5 y también en el Anexo: Las Voces

contrapuestas según el ámbito que ocupó cada persona dentro del COE.

Con relación a la tarea específica en las recorridas barriales que se realizaban diariamente durante el período de ASPO, plantean que brindar información era muy importante para que las personas se sintieran tranquilas. En caso de detección de contagio de COVID-19 se solicitaba a las personas que abandonen su hogar y pasaran a un centro de aislamiento. La tarea de convencer a las personas a dejar su vivienda es para este equipo, una intervención sanitaria respecto del virus, pero también una intervención relacionada al padecimiento subjetivo que generaba el temor a irse de la casa, alejarse de la familia y trasladarse a un lugar nuevo. Allí en las entrevistas a referentes de las organizaciones aparece reforzada la idea de que las casas y las familias iban a ser cuidadas y se destaca que los y las voluntarias debían construir un vínculo con la gente del barrio para poder hacerlo.

Dentro de los Centros de Aislamiento, fundamentalmente el que funcionaba en la Universidad Nacional de Quilmes (UNQ) se desarrollaron prácticas propuestas por funcionarios y funcionarias y por los equipos del área de salud mental que incluían: grupos, seguimiento telefónico individual de cada persona aislada, cine - debate, charlas con la Secretaría de Mujeres.

La cuestión de la información, que al inicio de la pandemia parecía confusa y contradictoria, fue central en la organización del COE, para poder generar menos incertidumbre. Un profesional del CAPS menciona que su teléfono estaba disponible a cualquier

hora del día para poder brindar ayuda e información, desmitificar lo que se decía de síntomas y contagios. Mencionan también que una vez pasado el pico de contagios, y hacia principios de 2021, la información y el vínculo entre las personas voluntarias, las y los profesionales y la comunidad sirvió para convencer de la importancia de vacunarse.

En las recorridas, además de detectar casos de COVID-19, se pudieron visibilizar consumos problemáticos y violencias. Para estas últimas se hacía un trabajo en conjunto con el área de género del municipio. En relación a consumos y otros problemas de salud mental identificables desde los manuales diagnósticos, se creó una mesa sobre salud mental para acompañar a las organizaciones y a las familias que vivían situaciones de consumo de algún miembro. Se trataba de una mesa en la que participaban diferentes espacios del COE y efectores específicos de salud/ salud mental y que actuaba en casos puntuales. Esto generó que los y las psicólogas que trabajaban en “el Dispensario” (un centro específico de salud mental en el centro de Quilmes) pudieran estar en contacto telefónico con gente y profesionales del barrio y ese vínculo de trabajo articulado favoreció a la descentralización que se propuso desde el área de Salud Mental municipal una vez concluida la emergencia sanitaria. Se mencionan en este sentido como prácticas de la pospandemia, la creación de espacios de primera escucha.

Una lectura que hace el equipo en relación a esto es la posibilidad de cambiar las prácticas y representaciones, luego de vivir una situación inédita como fue la pandemia. Estos cambios, que dan

cuenta de la plasticidad y creatividad de todos los actores que formaron parte del COE, repercutieron no sólo en las prácticas profesionales y de trabajo en las organizaciones, sino en la propia subjetividad: la identidad, los vínculos, la relación con el trabajo y con los pares. Retomamos y reformulamos el aporte de Bury (2011) que enuncia estos cambios subjetivos en las personas luego de un suceso traumático, por lo general un problema de salud, como disrupción biográfica. En este caso, los cambios profundos ocurridos en los participantes del COE no devienen del trauma de la pandemia, sino de la transformación a partir de lo que significó trabajar juntos en esa experiencia.

III - Discusión: El COE como dispositivo grupal de ternura

Por lo anteriormente descrito, comenzamos a repensar los conceptos que podían auxiliarnos para poder reflexionar y renombrar los dispositivos que consideramos se pusieron en juego en la experiencia inédita de Villa Itatí. Así, arribamos a discutir acerca de si lo que se llamó COE respondía en la experiencia a los dispositivos así nominados, ceñidos a los manuales de procedimiento existentes en el marco de organismos multilaterales en materia sanitaria a nivel global; o si implicó además un plus diferencial, innovador, desde lo local que permitió desde sus aportes sumar la inclusión de otros marcos y contenidos que tuvo que ver con los resultados exitosos.

La noción de COE surge, al igual que una gran mayoría de los términos aplicados en la Salud Pública tradicional, de ámbitos que se ubican por fuera de la vida civil y se sitúan mayoritariamente en el campo de lo bélico, constituyéndose incluso como metáforas

de guerra. Susan Sontag, analizando la historia de las ideas y las prácticas sanitarias, afirma que:

La medicina se volvió verdaderamente eficaz y las metáforas militares cobraron nueva credibilidad y precisión sólo cuando se consideró que el invasor no era la enfermedad sino el microorganismo que la produce. Desde entonces las metáforas militares han permeado cada vez más todos los aspectos de la descripción de una situación médica dada. La enfermedad es vista como una invasión de organismos extraños, ante la que el cuerpo responde con sus propias operaciones militares, como la movilización de las «defensas» inmunológicas; mientras que la medicina, como en la jerga de la mayor parte de las quimioterapias, es «agresiva». Más grosera es la metáfora que sobrevive aún en los cursos de sanidad pública, donde habitualmente se describe la enfermedad como una invasora de la sociedad, y a los esfuerzos por reducir la mortalidad de una determinada enfermedad se los denomina pelea, lucha, guerra. Las metáforas militares cobraron auge a principios del siglo XX, con las campañas educativas contra las sífilis organizadas durante la Primera Guerra Mundial y, después de la guerra, contra la tuberculosis... (Sontag, 1988: 47-48).

En esa línea, la definición de COE de la Organización Panamericana de la Salud (OPS), implica una ubicación centralizada que permite *“la movilización eficaz de los recursos, la gestión de la información y la coordinación y el control de las operaciones y actividades de emergencia relacionadas con la salud”* (OPS, 2024).

Esto marca un funcionamiento en base a un modelo enlatado, es decir pensado para cualquier contexto desde una organización internacional, con pautas cuasi militares, sobre los cuales sin dudas es necesario reflexionar y analizar críticamente, incluso muchos de ellos son “comandados” por referentes responsables de alguna de las fuerzas de seguridad e incluso de fuerzas armadas.

En este sentido, la experiencia de Villa Itatí demostró que, si bien el COE se nominó y constituyó identidad desde la emergencia concreta del COVID-19, su legitimidad fue generada por la práctica singular que allí se desarrolló, la cual consideramos resulta pertinente analizar a la luz de otros marcos teóricos, que provienen de diversas fuentes y latitudes. Por un lado, desde el marco Poder, Amenaza, Significado (PAS) de la Sociedad Psicológica Británica (Johnstone y Boyle, 2018) y en particular de una de las modalidades allí descritas, el diálogo abierto proveniente de Finlandia, que puede sumar algunas coordenadas interesantes para resignificar desde nuestros saberes y territorios; y por otro, los aportes de Fernando Ulloa (1988) en nuestro país.

El Marco PAS plantea que las experiencias del sufrimiento humano son inseparables de los contextos en los que las personas viven. Así, no existe un trastorno o problema de salud aislado en el que el contexto es una influencia adicional, sino que se centra en describir los mecanismos de supervivencia y afrontamiento incluyendo a la comunidad como lugar en el que emergen las problemáticas y como recurso para atenderlas. El dispositivo de diálogo abierto propone la reunión de toda la comunidad, en igualdad de condiciones y poniendo en valor la palabra de todos

los integrantes, para pensar estrategias para resolver los problemas de salud mental severos.

En el caso del COE de Villa Itatí, consideramos que las reuniones sostenidas en el tiempo y el hacer cotidiano, la comunicación y circulación de la palabra en igualdad de condiciones tanto dentro de las reuniones, como luego, a través de los dispositivos celulares personales de cada participante (grupo de WhatsApp) y el aporte de todas las personas y organizaciones para pensar en grupo cómo afrontar la pandemia, constituyó un dispositivo similar al de diálogo abierto. Existen ideas fuerza de este abordaje que consideramos fueron precisamente los que se configuraron como distintivos en el caso de Villa Itatí: atención y respuesta inmediata, participación plena y activa, implicación de la red social, responsabilidad interdisciplinaria profesional, flexibilidad y adaptabilidad a las necesidades de los diferentes sujetos individuales y sociales y tolerancia a la incertidumbre.

Por otra parte, desde el psicoanálisis, podemos abordar aspectos claves respecto al alcance de estos dispositivos en la constitución subjetiva y el modo de abordar el temor tanático que presentaba la emergencia de la pandemia. La estrategia del COE conformó un espacio físico, delimitado en tiempo y espacio, con la participación de diversos ámbitos y grupos comunitarios, en los que se manifestaba, planificaba y se organizaban las estrategias de acciones a seguir según la evaluación continua de la situación del barrio.

Este espacio de encuentro lo entendemos como una experiencia que, en término de Fernando Ulloa, lo conceptualizamos como de

numerosidad social en dónde se suscita un acto de hablar mirando. “...el término viene del derecho romano; eran palabras habladas ante testigos que acreditaban su valor de compromiso. En esa escena formada por 20, 40, 200 personas, el peso de las palabras se multiplica, pero también aparecen ocurrencias, inventivas” (Lipovich, 2007). Este es el efecto *per*, algo que Freud (1914) mencionó como “memoria perlaborativa”. El prefijo remite a aquello que se extiende en el tiempo: perdura, pervive. Una memoria que estaba perdida hasta que algo la vuelve a hacer presente, “a propósito de...”. En la numerosidad social, el *efecto per* estimula a que lo reprimido, en forma de ocurrencia, surja, y entonces empieza el pensamiento crítico: empiezan a debatirse esas cosas que todos veían cada día sin advertirlo.

El concepto de numerosidad social es un concepto situado, profundamente ligado a la necesidad de conformar categorías de análisis, desde el psicoanálisis, que permitieran conformar un marco teórico a los padecimientos subjetivos de las víctimas del terrorismo de Estado. Ante las consecuencias psíquicas de sobrevivientes, familiares e hijos e hijas de personas detenidas y desaparecidas del último golpe de Estado cívico militar, fue necesario generar estrategias, conceptos y marcos teóricos para la asistencia integral de las víctimas. Es allí donde surgen las diversas organizaciones de salud mental y Derechos Humanos.

La experiencia fundante de dispositivos comunitarios se remonta al trabajo con hijos e hijas de personas detenidas-desaparecidas. Ésta -que luego se conformó en la agrupación HIJOS- consistió en espacios de encuentro, con propuestas lúdicas y culturales, para esos niños y niñas que volvían de exilios (internos o externos) y

que tenían algún familiar cercano desaparecido. Es en base a esta experiencia que Fernando Ulloa reflexiona sobre el *efecto per* en la numerosidad social. En ese acto de compromiso, de hablar mirando -por lo tanto, ser mirado y escuchado- los significantes que se situaban en el ámbito de lo desconocido, temeroso o prohibido, comienzan a circular encontrando sentidos y significaciones comunes. Así, significados como desaparecido, militancia, guerrilla, terror, silencio, comienzan a poder ser dichos, enlazando experiencias traumáticas que quedaban en el ámbito de la individual para pasar a ser parte de un común sentir, de significados conformados con otros y otras.

La numerosidad social es entendida como un tercero de apelación. Es decir, un espacio que rompe con la diada víctima-victimario que ejercía el terrorismo de Estado en diversas formas y expresiones de la crueldad. Al ser el propio Estado el que ejerce esas prácticas, los sujetos no contaban con la posibilidad de apelar a un tercero que mediara en esa relación, a la que Ulloa denomina *encerrona trágica*. El mecanismo psíquico de la crueldad es entonces contrapuesto con el mecanismo psíquico de la ternura. En tal sentido, requiere contar con sujetos que contemplan la otredad: el otro no me pertenece, no es un objeto de intervención.

La ternura requiere de dos aspectos sustanciales, la empatía y el miramiento. La primera entendida como la garantía de suministro adecuado de palabra y escucha; la segunda manifestando la capacidad del reconocimiento del otro. Los vínculos instalados a partir de la ternura generan la posibilidad de discernimiento de aquello que daña y aquello que cuida. En la

diada madre-niño, cómo vínculo primario en dónde se observa claramente el estado de indefensión del niño o niña, las fuentes de abrigo, alimentación y arrullo serán dispensados a través de un suministro adecuado en tanto el mecanismo psíquico operante sea el de la ternura.

Consideramos entonces que el COE operó para la comunidad de Itatí como una experiencia de numerosidad social. Habilitó un espacio simbólico que sostuvo, contuvo y habilitó la metáfora y la vehiculización de la ternura. En las entrevistas realizadas y en las observaciones no participantes que realizamos en las reuniones del COE, operaba la posibilidad de *efecto per*, en dónde los diversos actores ponían en palabras las acciones que estaban realizando, los límites que encontraban y los recursos que necesitaban a partir de situaciones emergentes y novedosas que traía la situación de aislamiento.

En tal sentido es que observamos que más allá de la legalidad “enlatada” en la conformación del COE, la repercusión subjetiva, en tanto comunidad parlante, que dice y es escuchada, permitió una resignificación de los cuidados. Una reconstrucción del temor disipado en la posibilidad de los cuidados comunes, en un entorno protector, en donde circularon mecanismos psíquicos contrarios a la crueldad y el imperio tanático. Podríamos afirmar que se posibilitó entonces una mediación tierna, qué, en contraposición a la crueldad, puso a disposición el COE como un tercero de apelación entre el sujeto y su temor a la enfermedad y la muerte. Un espacio colectivo en el que

...estar el otro en uno como ocupando mi lugar y yo el suyo, y sentir el sufrimiento ajeno como propio, que duele como si mi propio cuerpo sufriera por el de él; y este haber abierto las entrañas para que el otro sea reconocido, sentido como un lugar humano de partida de la propia vida que incluya la suya como necesaria... (Rozitchner, 2012: 35).

Referencias bibliográficas:

Ausburger, A. C. (2002). De la epidemiología psiquiátrica a la epidemiología en salud mental: el sufrimiento psíquico como categoría clave. *Cuadernos médicos sociales*, N° 81, 2002, pp. 61-75.

Bury, M. (2011). Doença crônica como ruptura biográfica. *Tempus-Actas de Saúde Coletiva*, Vol. 5, N° 2, 2011.

Freud, S. (1914). "Recordar, repetir y reelaborar". Tomo XII, Buenos Aires: Amorrortu Ed.

Inchaurraga, S. (2020). Prólogo. En Pavlosky, F. *El dispositivo Pavlovsky para el tratamiento de los consumos problemáticos*. Noveduc.

Johnstone, L. & Boyle, M. with Cromby, J., Dillon, J., Harper, D., Kinderman, P., Longden, E., Pilgrim, D., Read, J. (2018). *The Power Threat Meaning Framework: Overview*. Leicester, British Psychological Society.

Lipovich, P. (2007). “La ética del deseo debe balancearse con la ética del compromiso”. Página/12. Recuperado de: <https://www.pagina12.com.ar/diario/dialogos/21-83921-2007-04-23.html>

Ministerio de las Mujeres, Géneros y Diversidad (2021). Dirección Técnica de Registros y Bases de Datos. *Datos Públicos, Línea 144*.

Organización Panamericana de la Salud, OPS (2024). *Centro de Operaciones de Emergencia*. Disponible en: <https://www.paho.org/es/emergencias-salud/centro-operaciones-emergencia-coe>

Rozitchner, L. (2012). *Filosofía y emancipación: Simón Rodríguez, el triunfo ejemplar*. Buenos Aires, Biblioteca Nacional.

Stolkiner, A. I., Ardila Gómez, S. E. (2012). Conceptualizando la Salud Mental en las prácticas: consideraciones desde el pensamiento de la medicina social/salud colectiva latinoamericanas. *Vertex. Revista argentina de psiquiatría*, Vol. XXIII, N° 101, enero-febrero de 2012, pp. 57-67.

Sontag, S. (1988). *La enfermedad y sus metáforas. El sida y sus metáforas*. Madrid, Taurus pensamiento, 1997.

Ulloa, F. (1988). *La ternura como contraste y denuncia del horror represivo*. Buenos Aires, Eudeba.

Capítulo 7

Atención y participación en salud pospandemia

Diego de Zavalía Dujovne, Soledad Bustos, Jorge Bouzali

En los capítulos precedentes intentamos reconstruir y analizar teóricamente la experiencia de Participación Social en Salud (PSS) que resultó de la construcción de un Comité Operativo de Emergencia (COE) para abordar la propagación del COVID-19 en Villa Itatí. En este capítulo nos proponemos trabajar sobre los efectos que persisten hoy de esta experiencia. En el propio nombre del COE parece estar inscripta su defunción: si el comité se organizó para enfrentar una emergencia, ¿por qué habría de perdurar cuando ésta se superara? Así en la primera parte del capítulo nos dedicaremos a dar cuenta de la suerte del COE en la pospandemia. La segunda parte está dedicada al Centro de Atención Primaria de la Salud de Villa Itatí y si su funcionamiento se vio transformado a partir de esta experiencia, puesto que el aspecto central de nuestra investigación son las representaciones y prácticas sobre salud. La tercera parte del capítulo aborda la influencia del COE en el sistema de atención primaria de Quilmes. Esto se debe a que cuando se produjo el primer brote en Itatí y se

conformó el COE, la Municipalidad convocó a directores de salud de otros CAPS para colaborar con los operativos¹.

I - El COE tras la emergencia

El nacimiento del COE, como fue narrado en el primer capítulo, se produjo en la primera ola de COVID-19 ante el cerramiento de Villa Azul en mayo de 2020. En ese momento, la pandemia era el problema prioritario para un número significativo de personas que debido al Aislamiento Social Preventivo Obligatorio (ASPO) tenía muchas de sus obligaciones suspendidas. Esto permitía que dedicaran su tiempo a las diversas actividades organizadas por el COE incluyendo la asistencia a las reuniones que eran masivas. El equipo de investigación de la Universidad Nacional Arturo

¹ El desarrollo de este capítulo está basado en una investigación financiada por las “Becas Lanteri” (convocatoria 2022) del Ministerio de Salud de la Provincia de Buenos Aires. La investigación titulada “A propósito de una experiencia de participación social en salud en el Municipio de Quilmes, estudiamos su potencia transformadora” fue dirigida por Jonatan Konfino (entonces Secretario de Salud de Quilmes y llevada a cabo por los becarios Jorge Bouzali (entonces director del CAPS de Villa Itatí), Soledad Bustos (entonces Subsecretaria de Salud de Quilmes) y Diego de Zavalía. El desarrollo de esta beca se enmarca en la investigación más amplia que recopila este libro. Para las becas se entrevistaron trabajadoras del CAPS que no se habían entrevistado previamente (3), personas usuarias del CAPS (8) y directores de otros CAPS de Quilmes que participaron del COE de Villa Itatí (6). Es importante señalar que en las entrevistas a trabajadores del CAPS no participó ni el director del CAPS, ni la Subsecretaria de Salud de Quilmes y que en las entrevistas a directores de CAPS no participó la Subsecretaria de Salud (sobre las implicancias de que personas que forman parte de la gestión participen de la investigación ver el capítulo 3 de este libro). Además, se recurrió a información generada por el propio CAPS acerca de las consultas realizadas por personas usuarias. La redacción del capítulo es nueva, pero se utilizaron algunos fragmentos del Informe Final de la Beca.

Jauretche (UNAJ) comenzó a observar las reuniones de COE en julio de 2021. Para ese momento, ya había comenzado la vacunación, el ASPO había sido reemplazado por el Distanciamiento Social Preventivo Obligatorio (DISPO) -lo que permitía entre otras cosas que el equipo de investigación pudiera hacer trabajo de campo-, pero el COVID-19 seguía siendo una amenaza latente con la propagación de la variante delta. En ese contexto, las reuniones a las que asistimos eran numerosas (entre 20 y 30 personas) pero bastante menos que cuando comenzó a funcionar el COE. El COVID-19 todavía era el principal tema que se abordaba, pero ya aparecían nuevas problemáticas. Algunas circunstanciales como el reciente incendio del galpón de la Cooperativa de Cartoneros y otras estructurales como los problemas de seguridad y consumos problemáticos. A partir de la flexibilización de las medidas de aislamiento, la disminución de la participación en el COE resultaba esperable. Existen y existían muchas urgencias y obligaciones además de la pandemia. Así, para principios de 2022 los dos elementos que permitieron la formación del COE ya no existían: 1) una emergencia que resultaba absolutamente prioritaria (el COVID) y 2) una población con mucha disponibilidad de tiempo para ocuparse de ésta. Jorge Dotti (1994: 142) da cuenta de que esta dinámica es estructural a la concepción del Estado como un artificio. Los teóricos del contrato social (Hobbes, Locke, etc.) al distinguir entre un estado de naturaleza y un estado civil generan que el ser humano devenga miembro de un doble sistema de obligaciones. Las naturales que se centran en el trabajo y la satisfacción del interés resultan prioritarias. Por eso, las y los ciudadanos delegan sus obligaciones artificiales (las políticas) en representantes. Esta

dinámica resulta un problema cardinal cuando se intenta construir cualquier política de participación ciudadana. ¿Cómo lograr una participación efectiva y constante de personas cuyo tiempo se ve consumido por sus obligaciones naturales (prioridades económicas)? Sin embargo, el COE no desapareció, y pudo sobrevivir a la emergencia que le da nombre.

Con el fin de la pandemia el funcionamiento del COE fue mutando a lo que era cuando finalizamos la investigación, en diciembre de 2023. Hay reuniones de COE todos los meses de las cuales participan alrededor de 10 personas. Los y las trabajadoras del municipio, en tanto representantes del Estado en ese territorio, desarrollan una tarea de comunicación en salud y las organizaciones plantean temas específicos. En caso de ser necesario se realizan reuniones extraordinarias. Pero además hay un trabajo cotidiano a través de grupos de WhatsApp donde la comunicación es constante y dónde tanto las organizaciones como el personal del CAPS permanentemente están resolviendo la demanda que surge:

“Nosotros tenemos un grupo que se llama área sanitaria Itatí, dónde también se comparten muchas novedades, pero también se comparte que, por ejemplo, una vecina está buscando este medicamento, o una vecina tiene esta enfermedad, o un pibe de tal organización le duele la muela ...” (Referente social).

El grupo de WhatsApp permite que los y las vecinas se comuniquen sus problemas y se asistan. También es fundamentalmente un medio para que la demanda llegue a

agentes estatales y puedan intervenir. En las entrevistas aparecieron varios relatos de como a partir de mensajes en el grupo, el personal del CAPS se ocupó, fuera de su horario laboral, de conseguir que entraran ambulancias en el barrio ante una emergencia. El grupo, centrado en la urgencia y en las necesidades cotidianas constituye un mecanismo de participación social meramente instrumental.

En cambio, las reuniones mensuales sí son un espacio de participación democrática donde se articulan políticas entre las organizaciones de la sociedad civil (OSC) y la Municipalidad de Quilmes. Pero se podrá objetar que frente a la que fueron originariamente las reuniones, el actual COE no constituye un verdadero espacio de participación social, sino una mesa de trabajo entre los y las referentes de algunas OSC y el Estado municipal, otro espacio de representación política sin la presencia de las y los ciudadanos. Sin embargo, este espacio no puede ser asimilado a la representación política formal propia de los sistemas electivos de las democracias occidentales. La legitimidad de las OSC está dada por su trabajo en el barrio y su capacidad real de articular con las y los ciudadanos. Como se pudo observar en el capítulo 5, ninguna OSC puede arrogarse la representación del barrio y muchas veces sus posturas son contrapuestas. Pero a lo largo de la pandemia mostraron su capacidad de funcionar como canales de la participación vecinal. Justamente, por esto, el grupo de WhatsApp es eficaz. Los miembros de las OSC son conocidos en el barrio y las personas les comunican sus dificultades para que puedan trasmitirlas en el grupo.

Hay tres características del COE que son producto de lo hecho en la pandemia que nos interesa destacar:

1. En el capítulo 5 analizamos como la rica historia de trabajo de OSC contribuyó para que el COE fuera posible. También señalamos que el vínculo entre estas organizaciones no siempre era bueno y que arrastraban viejos conflictos. Si bien las OSC tuvieron intentos de trabajar en conjunto (en una de las entrevistas realizadas se hace referencia al grupo de los 8²), estos no pudieron perdurar en el tiempo. En cambio, en la pandemia aprendieron a trabajar mancomunadamente y superar esas desconfianzas, trabajo que perdura en el COE actual.
2. Los otros vínculos que se construyeron en pandemia, como también analizamos en el capítulo 5, fue el de los representantes estatales con las OSC. Se logró armar un método de trabajo entre el Estado y las OSC basado en la confianza mutua. También esa articulación perdura en el COE actual.
3. Otro elemento que aparece tanto en las entrevistas como en el trabajo de campo es la alta valoración social que tiene el COE. Ésta se manifiesta en su nombre, “Villa Itatí Unida”. Si ninguna de las OSC puede arrogarse la representación del barrio, el COE pareciera que sí. Este

² Se trataba de representantes de 8 organizaciones históricas de Villa Itatí que se reunían por problemáticas puntuales, años antes de la conformación del COE.

valor simbólico les da un peso específico a sus decisiones que es independiente de cuántas personas participaron de la reunión. Por lo que representa, el COE siempre es más que la suma de sus partes.

Se puede observar que estas tres características son producto de la construcción de vínculos entre los diversos actores y de una historia y una tarea compartida, en un momento particularmente inédito. En este sentido, la importancia simbólica del COE está vinculada a la disrupción biográfica (Bury, 1982), las marcas que deja haber participado de una experiencia significativa en cada persona, producida a partir del trabajo en pandemia. La posibilidad de conformarse como grupo, a partir de lo que hemos nombrado “numerosidad social” en el capítulo anterior, es condición de posibilidad del trabajo presente del COE y ha sido producida por ese trabajo en común.

II - El CAPS pospandemia

El CAPS de Villa Itatí fue un actor fundamental en el abordaje comunitario de la pandemia. Las tareas de las personas que allí trabajaban y se encontraban disponibles –parte del personal no participó debido a pedidos de licencias por motivos de salud– incluyeron participación de las reuniones de COE, las recorridas casas por casa, triage, seguimiento telefónico de las personas contagiadas y sus contactos estrechos, testeos, organización de los traslados a los centros de aislamiento o a hospitales, carga de los datos en el sistema SISA, vacunación, etcétera. Una de las hipótesis de nuestra investigación es que esta experiencia modificó las prácticas de las y los trabajadores del CAPS y de las

organizaciones sociales del barrio, de manera tal que varios aspectos fundamentales de la PSS han sido incorporados al modo de trabajo cotidiano del CAPS.

Cuando analizamos en el capítulo 5, los cambios en las representaciones sobre salud de los trabajadores de salud, señalamos que vieron sus ideas ratificadas y reafirmadas a partir de que aquello que antes sólo se pensaba teóricamente podía ser una realidad concreta. Para muchos, el trabajo del COE en pandemia fue la concreción de su representación sobre lo que debía ser la salud comunitaria. Ahora bien, este proceso de materialización de la teoría implicó el aprendizaje y la construcción de nuevas prácticas y metodologías de trabajo. Toda una serie de técnicas de trabajo en el territorio (y no sólo dentro del centro de salud) fueron incorporadas y utilizadas por el CAPS para hacer trabajo de prevención, promoción y seguimiento. Por supuesto, este trabajo territorial se basa en el vínculo con las OSC que ya fue analizado en el apartado anterior. El CAPS es parte del COE, y esto implica la discusión y trabajo conjunto para llevar adelante las diversas políticas sanitarias.

En este sentido, un aspecto fundamental del trabajo en tanto Centro de **Atención Primaria** es su inserción en la comunidad. Los miembros de las OSC entrevistadas valoraron muy positivamente el trabajo del CAPS durante la pandemia “*La verdad estuvo súper comprometido el CAPS*” (Referente social). Esta valoración la pudimos corroborar en el trabajo de campo cuando observamos la interacción de los y las trabajadoras del CAPS con otros integrantes del COE.

Respecto al vínculo con los y las usuarias del centro, el personal se siente reconocido por ellos. Algunos que no viven en el barrio y lo caminaron durante la pandemia señalan que ahora los reconocen cuando van por la calle. Otros encuentran el reconocimiento en el trato que les dan muchos usuarios en el día a día, que incluye a veces la entrega de obsequios. Además, los y las trabajadoras entrevistadas perciben un significativo aumento de las consultas:

“Vienen más pacientes. (...) Incluso, no solo abarcamos a Itatí, porque hay gente que viene de Solano, que vos le decís, ‘¿pero no tenés una unidad sanitaria cerca?’ ‘Pero no, pero a mí me gusta cómo atiende la ginecóloga. Y me gusta la clínica de acá.’ Es como que le presta más atención a la gente. Son más humanos. O sea, el trato acá es distinto, te dicen” (trabajadora del Caps).

En septiembre de 2023 entrevistamos a ocho personas usuarias que esperaban para ser atendidos. Ninguna de las personas entrevistadas se atendía en el CAPS con anterioridad a la pandemia, por lo que no pudimos preguntarles si había cambiado el modo de trabajo. Aquellas personas que viven en el barrio desde hace varios años sí señalaron como un cambio significativo la construcción del nuevo edificio. En cambio, al referirse al trabajo actual del centro resaltaron la atención humana por parte de las y los trabajadores del centro. Tal como había aparecido en las entrevistas a las trabajadoras, una de las entrevistadas no vivía en el barrio, pero se atendía en el CAPS debido a la calidad del trato.

Ahora, este modo de trabajar del Centro con su trato humano ¿surge con la pandemia o es preexistente? Varias de las trabajadoras entrevistadas encuentran una continuidad en el modo de trabajar pre y pospandemia. Rescatan que se trabaja en equipo y el trabajo de seguimiento a los y las usuarias del centro. Una de las diferencias que aparecen es: “... *que hacemos más preguntas de las que deberíamos hacer a la persona. (...) O sea, que investigamos un poquito más.*” (trabajadora del CAPS) Otra entrevistada, sí nota cambios en el modo de trabajo:

“Antes era como que estaba muy hegemónico todo. Todo era así, *sá, sá, sá.* Ahora es más humano. Es como que se aprendió a trabajar en grupo. (...) Pero ahora es como que nos consultamos a nosotros mismos. (...) Y antes tratábamos de acercarnos a uno su trabajo. Estábamos muy metidos en lo que hacíamos. Y hoy en día, como que se abrió el espacio. Nos damos tiempo a preguntar, a pedir una opinión. Y está buenísimo trabajar así.” (trabajadora del CAPS).

En concordancia con lo que desarrollamos en el capítulo anterior, consideramos que antes de la pandemia el CAPS tenía una propuesta de trabajo basada en el trabajo en equipo, el seguimiento de las personas usuarias y el trato humano, pero que la pandemia consolidó esta propuesta: el equipo se vio fortalecido, se acentuó la preocupación por el seguimiento de las y los usuarios incorporando por ejemplo la búsqueda activa en sus domicilios si no asistían a las consultas.

Resulta importante destacar también el aumento de la demanda de atención en el centro, que como señalamos además de percibida

por las y los trabajadores, se corrobora en las estadísticas. Según los datos estadísticos de los abordajes del CAPS, entre 2019 y 2022, aumentaron en un 61%. Fundamentalmente a expensas de actividades preventivo-promocionales, consultorios docentes y odontología.

Variabilidad de consultas en el CAPS Villa Itatí “Nair Abad” (Fuente: elaboración propia a partir de las estadísticas del CAPS).

Especialidad/ año	2019	2020	2021	2022
clínica	1039	712	829	897
nutrición	1132	574	1042	927
ginecología	1385	1746	2106	1364
pediatría	1653	1379	1537	1386
CPS	3330	3946	4981	6260
MAC	1583	5162	5757	4183
psicología	289	660	212	567
TS	609	685	764	365
obstetricia	978	1476	1071	940
odontología	332	355	1497	2755
consultorios docentes	0	1382	2475	757
total de consultas (*)	13164	18587	22836	21189

(*) El total de consultas incluye el resto de las disciplinas (enfermería, psicopedagogía, etc).

III - La influencia del COE en otros CAPS de Quilmes.

Para describir el impacto del COE en el sistema de Salud de Quilmes se entrevistó a 6 directores y directoras de CAPS de otras áreas programáticas que formaron parte de los operativos en Villa Itatí. Señalaron que la experiencia fue transformadora. En lo que se refiere a sus representaciones, la situación es similar a lo observado en el capítulo 5 respecto a los y las trabajadoras de salud: las ideas previas sobre la atención primaria, la salud comunitaria y la participación social en salud fueron aplicadas, reforzadas y adquirieron nuevos sentidos. En las entrevistas señalaron la importancia de la preexistencia de las organizaciones sociales en Itatí, y remarcaron las características propias de cada área programática donde están emplazados los CAPS que hacen más dificultoso reproducir la experiencia del COE. Se comprueba que la Salud Comunitaria no consiste en una serie de protocolos o estrategias a realizar, sino que su construcción es siempre singular y situada en su contexto. Para que haya Participación Social en Salud (PSS) es necesario un Estado que la promueva, conformación de equipos de salud comprometidos con este enfoque y también organizaciones que se apropien de ella y participen. En este sentido, aun cuando no se logre reproducir, la experiencia fue muy enriquecedora para los y las directoras de otros CAPS. En primer lugar, porque muestra que lo que habían estudiado como un ideal teórico fue posible llevarlo a su práctica profesional, que la PSS puede ser realizada. En segundo lugar, porque si bien todas las prácticas no son reproducibles, la experiencia les otorgó elementos para pensar cómo desarrollar experiencias en el mismo sentido en sus propios CAPS. Distintas

estrategias que refieren haber utilizado para integrar a sus respectivos CAPS al barrio son el trabajo con los principales actores sociales del barrio o con algunas agrupaciones políticas, la articulación con otras instituciones y los operativos en la comunidad³. Otro aspecto que apareció en la pandemia y perdura ahora es el trabajo horizontal e interdisciplinario:

“Me parece que si hay algo que se fortaleció mucho durante la pandemia fue la posibilidad de trabajar interdisciplinariamente, donde todos nos vimos haciendo cosas para los cuales no estábamos preparados y fue de mucho apoyo” (Director de CAPS).

En el mismo sentido otro Director afirma que:

“lo que terminó demostrando la pandemia es que a veces daban más respuestas profesionales de la salud no médicos,(...) médicos no accedieron a ese cuidado porque no consideraban que fuera parte de su labor. Y en ese punto, hubo un movimiento de desdibujar los roles de cada profesión específica,” (Director de CAPS).

En la descripción de la experiencia de la pandemia, en todos los relatos aparece la importancia de la contención que daba trabajar con otras personas:

³ En Maneiro (2022) se puede encontrar una descripción de las estrategias utilizadas en el CAPS de La Matera, otro barrio del distrito de Quilmes. El director de este CAPS participó de los operativos en Villa Itatí y fue entrevistado para el presente trabajo.

“segundo es que la realidad es que formábamos un equipo piola, uno estaba cansado, también estaba con miedo, entrabas a tu casa, te tenías que limpiar porque por ahí había alguien ahí y no querías exponerlo, a mí Itatí más allá del laburo que se hacía era una manera de sentirme acompañada en ese momento” (Directora de CAPS).

Por lo investigado no sólo podemos decir que la experiencia de la pandemia fortaleció a los distintos equipos; sino que el trabajo conjunto para abordar el brote en Itatí permitió fortalecer los vínculos entre los CAPS no sólo a nivel institucional, sino sobre todo a nivel personal. Estos vínculos persisten en el trabajo cotidiano pospandemia y tiene el doble efecto de fortalecer el trabajo de los directores tanto a nivel objetivo como subjetivo. Objetivo porque tienen una red más a la que acudir para resolver problemas cotidianos (falta de algún medicamento, hacer una derivación, recomendar una sala para un estudio, sumar profesionales para realizar un operativo, etc.) a nivel subjetivo porque estos vínculos proveen una contención que la pandemia demostró fundamental para poder trabajar en salud de manera eficiente, cuidada y humana.

IV - Conclusión

A lo largo del libro intentamos mostrar que el COE no puede ser reducido a una experiencia eficaz para evitar el contagio masivo y disminuir la letalidad en pandemia, como atestiguan los estudios publicados del abordaje, sino que también fue una experiencia muy significativa que generó una disrupción biográfica (Bury, 1982) en sus participantes.

A partir del COE se transformaron las prácticas de atención y cuidados comunitarios en Villa Itatí, y en otros barrios de Quilmes. Es claro el aumento de actividades preventivas y promocionales en las estadísticas del CAPS. Las organizaciones sociales incorporaron a la salud como uno de sus ejes de trabajo y además construyeron un trabajo en conjunto que no existía previamente. La integración del CAPS al barrio se observa tanto en el trabajo con las organizaciones sociales, como también en el reconocimiento de las personas usuarias que es percibido por las y los trabajadores. Además, la experiencia permitió consolidar el trabajo en equipo en el CAPS.

Cabe destacar que la conformación de un COE no aseguraba el resultado. Como analizamos en el capítulo 5, la preexistencia de las de organizaciones sociales y su experiencia histórica realizando trabajo comunitario en el territorio fue necesaria para poder desarrollar el abordaje comunitario, pero por otra parte suponía una serie de desafíos especiales. Hasta ese momento, las organizaciones no trabajaban colaborativamente e incluso existía desconfianza entre algunos actores sociales relevantes. Por otra parte, existía un fuerte desconocimiento que a veces se transformaba también en desconfianza sobre la nueva gestión municipal que apenas asumía cuando comenzó la pandemia. Así se debió construir una confianza que permitiera el trabajo en conjunto, y en esta construcción jugó un rol central la conducción política de la secretaría de salud. Para lograrlo, además de su saber técnico fue fundamental la capacidad de escucha y sobre todo la presencia y el trabajo en el barrio.

En este sentido, a lo largo del libro resaltamos la importancia de la construcción de vínculo para el sostenimiento del COE. En el capítulo 6 recurrimos al concepto de numerosidad social para dar cuenta de cómo la construcción colectiva permitió afrontar la pandemia. Señalamos la importancia que tuvo en este proceso el COE como dispositivo de ternura, entendida como empatía y como mirar a la persona que se tiene delante. Así, la investigación reafirmó nuestra convicción de que la atención en salud siempre es una práctica social que se construye en el vínculo entre las personas. En este sentido la PSS se basa en la construcción de la confianza, trabajo conjunto y atención a las especificidades de cada comunidad. Justamente por esto la PSS no puede ser pensada como una serie de protocolos a ser aplicados en diversos territorios sin atender sus particularidades y porque, además, los procesos históricos configuran territorialidades diferenciales. Esta situación resulta evidente en el trabajo de las y los directores de otros CAPS que participaron del COE de Villa Itatí, que a la hora de diseñar un abordaje comunitario debieron hacerlo de forma distinta y en ninguno de los casos se pudo construir un Comité Operativo similar a Villa Itatí Unida.

Esta variedad de sentidos y significados que implicó la experiencia del COE pudo ser capturada no solamente porque el trabajo de investigación fue realizado a partir de una metodología y una perspectiva etnográfica que puso luz en los significados que le atribuyeron los actores; sino porque también esas voces fueron analizadas con categorías de diversas disciplinas, que hacen de la interdisciplina una práctica.

La Secretaría de Salud de Quilmes utiliza frecuentemente la imagen del faro para referirse a la experiencia del COE (Konfino, 2021; Konfino y Igolnikow, 2021). Después de nuestra investigación cabe preguntarse si la metáfora es adecuada y en qué sentido. Esta experiencia es un faro que muestra que la salud comunitaria es una práctica posible que puede ser eficaz, cuando no se la piensa como una estrategia aislada sino como parte de una política de salud que articule el nivel local con el resto del sistema sanitario. El COE es también un faro que ilumina a la propia Itatí: sirve de guía para el trabajo conjunto de las organizaciones y el CAPS y además ya forma parte de la identidad del barrio bajo la consigna “Villa Itatí Unida”.

Referencias bibliográficas

- Bury, M. (1982). “Chronic illness as biographical disruption”. *Sociology of Health and Illness*. 1982;4(2):167-182.
- Dotti, J. E., (1994). “Pensamiento político moderno”. En: *Lo cóncavo y lo convexo: Escritos filosófico-políticos*. Pp. 193-211. Madrid, Guillermo Escolar editor, 2021.
- Konfino, J. (2021). *Faros de salud: El COE Villa Itatí Unida frente a la pandemia del Covid19*. Quilmes. Recuperado de https://issuu.com/farosdesalud/docs/fotolibro_version_digital_1.3
- Konfino, J. y Igolnikow, E. (2021). *Faros de salud (Health Lighthouse): el COE Villa Itatí Unida frente a la pandemia del Covid19*.

Documental disponible en: https://www.youtube.com/watch?v=D6Cnt_YWQPM

Maneiro, M. (2022). *El Centro de Integración Comunitaria como actor local relevante en la atención de la salud en pandemia: El caso de La Madera (San Francisco Solano, Quilmes)*. Recuperado de <https://ri.conicet.gov.ar/handle/11336/202603>

Anexo: Las Voces

Las entrevistas que se transcriben a continuación fueron realizadas en el marco del trabajo de campo realizado entre los años 2021 y 2022. Ambas fueron editadas con el fin de hacer más amigable la lectura, sin embargo, aún conservan la textura de encuentros informales y conversaciones realizadas desde un conocimiento previo, y que corresponden a la etapa de profundización de la tarea de observación participante. Además, en virtud del enfoque etnográfico, se había acordado el carácter anónimo de los dos registros, sin embargo, como se trató de entrevistas con un gran poder testimonial, consideramos importante hacerlas públicas. Para ello se solicitó el permiso de las y los participantes y se resguardó el anonimato de las demás personas que se mencionan. Aún así, vale resaltar que estas entrevistas sirvieron para arrojar luz sobre varios aspectos novedosos que, a nuestro criterio, tiene la investigación realizada.

I - “Yo me llamo Iara Yael Nair” “¿Cuántas Naires hay? las que sean necesarias”

Entrevistamos a Nair Abad en septiembre de 2022, nos contó su historia, sus deseos, sus convicciones. En Villa Itatí militó, trabajó, caminó, cuidó, creció, maternó desde los años 90.

Nair falleció el 16 de mayo de 2023 luego de un incendio en su hogar. Sin dudas, su nombre siempre estará presente en su comunidad, en sus compañeras y compañeros, en sus seres queridos y en quienes transitaron a su lado.

Transcribimos su relato a modo de homenaje, por su relevancia e impronta y para que su voz y su recuerdo permanezcan vivos.

Entrevista realizada por María Cecilia Scaglia y Diego de Zavalía Dujovne

Edición de María Magalí Turkenich, María Cecilia Scaglia y Nadia Marina Percovich

- Historia militante

Entrevistadora: Queríamos que nos cuentes un poco sobre tu historia. ¿Cómo empezaste a militar, cómo llegaste a Itatí, cómo llegaste a ser concejal y cómo llegaste al COE?

Nair: ¿De todo eso?... la realidad es que fue causa y efecto. Me crié en Don Bosco, fuera de Itatí, y me mudé a este barrio en el 2000, pero mi novio en ese momento, hoy mi marido, era del barrio. Empezamos a ser novios en el 94', éramos compañeros de secundaria, y yo vivía en Don Bosco en la parte urbanizada del barrio y él en Villa Itatí. Nos conocimos en una escuela intermedia que es la Joaquín V. González, así que desde 1994 hasta la fecha seguimos siendo pareja, somos abuelos, y él vivía acá en el barrio... y a mí hubo algo, en ese momento, que me enamoró de Villa Itatí, ni siquiera sé qué es. En el 98 nos casamos y nos mudamos a Itatí, mi suegra se enfermó, mi suegro falleció y nos vinimos a vivir acá. A partir de ahí la comparación con el barrio

donde yo vivía era casi imposible no hacerla, yo tenía todos los servicios, mi familia tenía laburo, una vida como la que denominamos “normal”. Y de repente, llegar a Itatí donde había garrafa, donde el agua escaseaba, donde el barro, las cloacas... acá conocí lo que era un camión atmosférico, por ejemplo.

E: ¿Y el agua?

Nair: Nada, la red informal que hay en un barrio popular, que a veces tenés agua y a veces no. Peleando con el vecino a ver quién tiene agua y quién no, y eso hizo que me pudiera vincular mucho más con los problemas del barrio, antes de militar era una vecina metida. Se cortaba la luz...

E: Encima qué época...

Nair: Aparte...y encima estaba embarazada de Maitén en ese momento.

E: ¿Tenían trabajo?

Nair: No teníamos laburo, ¿viste cuando te vienen las malas? bueno, si hubo malas fue en esos años, de hecho, yo siempre digo que a Néstor¹ casi no lo pudimos disfrutar en vida, porque nosotros recién estábamos levantando la cabeza, te hablo del año 2006, mirá, del 98' al 2006...

E: ¿Cómo transitaron el 2001 con toda la crisis?

¹ Néstor Kirchner, presidente entre los años 2003 y 2007

Nair: Durísimo, y acá particularmente en el barrio muy duro porque había esta incertidumbre de que venían de otros barrios a querer saquearnos y, aparte, muy lejos de la política. Las lecturas que ahora tengo la posibilidad de tener, no las tenía, por la edad, por el contexto, por la desinformación, por la falta de credibilidad de la política.

E: ¿Y cómo se arreglaban sin laburo?

Nair: Bueno, hacíamos changas. Mi compañero trabajaba de delivery y yo de telefonista en una remisería; pero cuando estaba embarazada era mucho más complicado, era una vida más real acorde al barrio en el que vivía, que la que tenía anteriormente. Así fue durante muchos años, que se cortara la luz e ir a la esquina a comprar los fusibles, rogar que venga el alumbrado; eso que se termina normalizando y naturalizando en la vida de los vecinos y yo no era la excepción.

Empecé a estudiar; yo en los noventa había dejado de estudiar, en el 98'. Por la crisis económica era trabajar o estudiar, después un poco más grande, ya con Néstor, ya con Cristina² sin militar empecé a estudiar en el plan Fines³.

E: ¿Dónde?

² Cristina Fernandez de Kirchner fue presidente del país entre los años 2007 y 2015

³ Programa para la finalización de la escuela media orientado a personas mayores de 18 años que no habían concluido los estudios secundarios

Nair: Se hizo en la UNQui⁴; primero en la Mariano Moreno⁵, en la biblioteca, y después se pasó a la sede a la UNQui.

E: ¿Ibas al trueque de la Mariano Moreno?

Nair: No, yo nunca fui al trueque, mi mamá iba en esa época. No iba porque había Manzaneras⁶ en esa época y nosotros no teníamos hijos, estaba embarazada.

E: No te tocaron ni el Plan Vida ni el Comadres. ¿A tu mamá sí?

Nair: Mi mamá sí, viste que había una parte de la sociedad que estaba vinculada con los patacones, aunque no quisieras y trabajaras; entonces por ende también estabas vinculado a la crisis económica, y ahí...nada. Empecé en el Fines y fue empezar a comprender un montón de cuestiones, cosas que tenían que ver con otra vida. Hay una canción de Viejas Locas⁷ que es "Homero" y habla mucho de las realidades que se sufrían en ese momento, habla de Lugano pero es muy acorde a todos los barrios. La realidad es que, si vos me preguntás en qué momento comencé a militar, el Fines fue como una puerta para entender un montón

⁴ Universidad Nacional de Quilmes

⁵ Se refiere a la Biblioteca Mariano Moreno de Bernal que en el año 1997 organizó el primer Club del Trueque, Era un ámbito en el que las personas se reunían para intercambiar objetos y productos elaborados por ellos mismos, y entregaban un bono que funcionaba como moneda de intercambio.

⁶ Las manzaneras y las comadres eran mujeres de los barrios que colaboraban en forma voluntaria en la implementación de un plan alimentario, el Plan Vida orientado a brindar soporte nutricional a niños y niñas de entre 0 a 5 años y a mujeres embarazadas.

⁷ Banda de rock

de cuestiones y luego la posibilidad de seguir estudiando en la universidad, yo estudio en la UNDAV⁸, pero previo a eso...

E: ¿Estudiaste con la chica que es promotora de salud?

Nair: No, yo estudio abogacía en la UNDAV. Estudiamos el curso de promotoras de salud durante la pandemia, en ese contexto nos relacionamos más con la salud. En 2015, que se pierden las elecciones, ya había un grado de madurez política...

E: En ese momento vos no militabas todavía, ¿no?

Nair: Nada, no. Íbamos a la plaza con nuestros tres hijos y con amigas a ver a Cristina, pero como autoconvocados, los sueltos. Íbamos a Tecnópolis⁹, la ex ESMA¹⁰, pero hubo un momento en que no alcanzaba, no alcanzaba ser adherente, había que organizarse.

E: ¿Y laboralmente venían mejor?

Nair: Sí, laboraba en la agencia de lotería, pero sí, con los años habíamos mejorado un montón. Siempre dentro de la clase de los trabajadores, asalariados, pichuleando para llegar, pero sí, definitivamente era otra vida. En el 2015 decidimos hacer algo

⁸ Universidad Nacional de Avellaneda

⁹ Exposición orientada a la divulgación de la ciencia y de la técnica

¹⁰ En la Ex ESMA (Escuela de Mecánica de la Armada) funcionó durante la dictadura militar un Centro Clandestino de Detención, que durante el gobierno de Néstor Kirchner fue sacado a la Armada y recuperado como Sitio de la Memoria. Allí funciona la secretaría de DDHH de la nación y el predio es gestionado conjuntamente con varios organismos de DDHH

más que solamente ir a ver a Cristina a la plaza, y nos empezamos a organizar en el barrio, yo cero vinculación con las organizaciones del barrio, nunca había ido a ninguna de las instituciones, a ningún comedor.

E: No habías ido ni a un comedor...

Nair: No. Más que lo que hacíamos en la cuadra de organizarnos si se cortaba la luz, si no pasaba el camión de recolección de basura... eso que te decía de vecina metida. Ya en 2015 perdemos las elecciones, después de las PASO¹¹ con Scioli¹² se veía que la cosa era imposible de remontar, y nos empezamos a organizar: armamos un comedorcito con algunas de las vecinas del barrio y poníamos de nuestro sueldo y dábamos apoyo escolar, y así empezamos.

E: ¿Qué las motivó?

Nair: Recordar lo mal que la habíamos pasado y no querer volver ahí. Y de alguna forma empezamos a crecer y a madurar políticamente, cuando hablo de madurar es porque éramos muy infantiles en cuanto a la política, no entendíamos la necesidad de la organización, la importancia que tiene, no habíamos llegado a ese grado de conciencia. Luego sí, después de perder las elecciones, eso nos pegó de lleno, nos organizamos y empezamos a tomar algunas medidas que estaban en línea de la organización.

¹¹ Elecciones Primarias Abiertas Simultáneas y Obligatorias

¹² Se refiere a Daniel Scioli, candidato a presidente por el Frente para la Victoria en las elecciones del 2015

E: ¿Armaron de una la Unidad Básica “Primero la Patria”¹³?

Nair: Teníamos un comedor...en mi casa no había lugar, mi casa ahora es la unidad básica, pero en ese momento el comedor era en casa de un vecino que está a mitad de cuadra, nos había prestado el patio, porque nos conocía.

E: ¿Tu casa siempre estuvo en la calle Misiones?

Nair: Siempre estuvo en Misiones, hace más de veinte años que vivo en la misma casa, que ahora es la unidad básica. Y ese vecino nos prestó el lugar, compramos chapas, todo entre nosotras. Ponele que serían tres varones y el resto éramos mujeres, todas de la cuadra; y empezamos a caminar, no conocíamos a ningún político, no es que vino alguien y nos dijo tienen que hacerlo, sí, hubo alguien: Cristina. Y recuerdo que el 9 de diciembre¹⁴ cuando fuimos a la plaza, yo había ido con mi hermana y mi sobrina, fue tan importante ese mensaje que dejó “no vienen por mí, vienen por ustedes” y yo siempre digo, debía estar tan vulnerable en ese momento que me entró algo en la cabeza después de lo que dijo que salimos re empoderadas a armar nuestra organización.

E: ¿Y acá había algún otro dirigente peronista en el barrio?

Nair: La verdad que ni sabíamos.

¹³ Unidades básicas es el nombre que se les da a las sedes de casi todas las agrupaciones de raíz peronista en el país. Primero la Patria es la organización en la que militaba Nair

¹⁴ El 9 de diciembre del año 2015, un día antes de la asunción de Macri como presidente, Cristina F. de Kirchner dio un histórico discurso de despedida en la Plaza de Mayo frente a una multitud.

E: Pero había, seguro que había alguno...

Nair: No, no sabíamos, no es que la política era de todos. Lo cuento porque yo pasé más años siendo una vecina común que siendo una vecina militante, que son dos cuestiones diferentes.

E: Claro, pero tampoco era que participaban de ninguna actividad comunitaria...

Nair: Mirá, la vecina de enfrente que trabajaba en la municipalidad nos había dado el Jefas y Jefes¹⁵ allá por el 2003, pero era eso, la trabajaba en la municipalidad, a veces nos llamaba a alguna reunión si venía el Barba¹⁶, pero era eso y ya, super desvinculado de la política.

E: Recién vi la básica del Barba...

Nair: Bueno, pero eso yo no lo conocía, yo sé que hay cosas que los vecinos que no se enteran, a mí me pasaba, viviendo 20 años acá. Entonces, ahora se labura mucho en llegar al vecino, como éramos nosotras antes y no sabíamos. Creo que eso sí marca una diferencia respecto de cuál es la metodología de trabajo que nosotros y nosotras tenemos de la que existía previo.

E: ¿Cómo era?

¹⁵ El plan Jefas y Jefas de Hogar fue un programa nacional que se implementó a partir del 2002 destinado a subsidiar a las personas desocupadas.

¹⁶ Francisco "Barba" Gutiérrez fue intendente de Quilmes entre los años 2007 al 2015 por el peronismo

Nair: Era esto, trabajar en organizaciones cerradas, con una comunidad limitada, propia, el concepto de “*mi gente*”, y yo no era gente de nadie, como algunas de estas compañeras, entonces hicimos la nuestra. Me acuerdo que me llama una vecina y me dice - yo me llamo Iara Yael Nair, y siempre me dijeron Iara - me dice “*Iara, así no se hace la política, vos no podés hacer estas cosas*”. Nosotros no necesitamos hacer una política con aspiraciones, necesitamos hacer algo aquí y ahora, a ellos les parecía una boludez. Para ese momento ya estaba Martiniano¹⁷, los que estaban se habían cruzado de vereda, y nosotras “puras”, con nuestra banderita de Cristina. El 13 de abril, cuando Cristina habla en Comodoro Py nosotros fuimos, ella hablaba del Frente Ciudadano y decía, “*lo único que ustedes se tienen que preguntar es cómo estaban antes y después*”, esa fue nuestra línea de construcción. Empezó la crisis económica nuevamente a resurgir, los vecinos, aunque hubiesen votado o no a Macri empezaron a sumarse, y así empezamos a crecer, por mucho tiempo nos llamamos “Frente Ciudadano Villa Itatí”

E: ¿Y así empezaron a conocer al resto de las orgas¹⁸?

Nair: Fue en una marcha puntual ¿Te acordás cuando a las madres¹⁹ las quieren meter presas? Bueno, ahí fuimos todos a CABA y conocimos a Mayra²⁰. La que era su secretaria en la

¹⁷ Martiniano Molina fue intendente de Quilmes entre los años 2015 a 2019 por el PRO

¹⁸ Nombre con el que las y los vecinos de Itatí denominan a las organizaciones de la sociedad civil (OSC)

¹⁹ Se refiere a las Madres de Plaza de Mayo.

²⁰ Mayra Mendoza, actual intendenta de Quilmes desde el 2019 por el Frente de Todos

Cámara de Diputados en ese momento nos seguía en las redes, nosotras no sabíamos, entonces ella le dice “*May, ella es Nair de Villa Itaí, viste que tienen el Frente Ciudadano*”. Yo no sabía quién era Mayra Mendoza, ni enterada de lo que hacían los diputados, ni hablar de los concejales, lo más próximo al vecino era el Delegado Municipal, ese era el concepto que nosotros teníamos de la política. Bueno, ahí nos pusimos a hablar, y ponele que a los veinte días era el día del niño y ella vino y se quedó toda la tarde con su hija Cata que era bebé, pero era una diputada más, lejísimos estábamos de ver lo que iba a ser en el presente. Empezamos a laburar con Mayra. Por ejemplo, cuando nos convocaban a alguna actividad en la UNQUI íbamos a escuchar, como nunca fuimos de La Cámpora²¹, era a partir de convocatorias abiertas. Después empezamos a vincularnos mucho más..

E: La Cámpora no estaba en el barrio.

Nair: No. Y si estaba, tampoco la conocíamos. Transcurrió el tiempo, me acuerdo que allá por el 2017, ya mucho más ordenados en la política, tuvimos un compañero que se había sumado, un viejo peroncho que me decía vos tenés que ir al PJ²², él era como un asesor para nosotras.

E: ¿Él tenía una historia militante?

²¹ Agrupación a la que pertenece la intendenta en el espacio político del Frente de Todos

²² Partido Justicialista

Nair: Claro. Él había estado con Herminio Iglesias²³, otra historia, otra militancia también.

E: La de los ochenta...

Nair: Sí, era otra militancia y no tenía que ver con la militancia del barrio.

E: No, no. Él militaba en los sindicatos y en los aparatos.

Nair: Claro, entonces él nos enseñaba eso.

E: El aparato.

Nair: Cómo era la construcción, cómo era la organización, sin pensar en ese momento que nos estaba formando políticamente, era el viejo que nos contaba las historias del peronismo.

E: ¿Él acá, con quién había militado?

Nair: Con nadie, era de Avellaneda. Lo trajimos nosotras, él vivía a la vuelta de la agencia de lotería en la que trabajaba, ¿Viste esos viejos peronchos? iba a jugar a la quiniela y decía “*porque Perón...*” Cuando empezamos a militar en un momento se empezó a vincular más y empezó a venir por nosotras. Y la verdad, creo que nos enseñó la construcción política desde la militancia más genuina. En el 2017, todavía no sabíamos si Mayra iba a ser candidata o no, ya había pasado la elección de concejales pero nosotros estábamos lejos, vos pensá que realmente en ese

²³ Dirigente peronista y candidato a gobernador de la provincia de Buenos Aires en el año 1983

momento hacía dos años que militábamos más en el territorio que en otro lado, empezamos a frecuentarnos mucho más con Mayra y empezamos a ver que había algo en ella diferente. Recuerdo que otro concejal nos había ofrecido trabajar con él, pero como si fuera esta cosa del puntero en el barrio, nosotros no queríamos eso. Y recuerdo que May cuando nos convoca, ni siquiera nos convocó, nunca nos vio como las que estábamos en la olla, y respetaba las ideas, entendía que nosotras veníamos a discutir ideas, no veníamos por la copa de leche o discutir mercadería, no me preguntes por qué, eso siempre estuvo claro entre nuestras compañeras y compañeros.

E: ¿Y por qué nunca se sumaron a La Cámpora Quilmes? si estaba todo tan bien con Mayra

Nair: Porque también entendíamos que estaba todo muy viciado, era todo lo que nosotros no queríamos, no por La Cámpora en especial, sino porque perdimos las elecciones en el 2015 y era necesario hacer otra cosa, lo que estaba no había funcionado, sino no hubiéramos perdido. Esto lo teníamos como vecinas, no desde lo político.

E: En términos de construcción política, porque ustedes venían del mismo barrio y me imagino que ya conocían todo el laburo de la iglesia, y ustedes tienen una perspectiva autocrítica del peronismo, ¿Qué es lo que creían que había que cambiar?

Nair: Mirá, un día me voy a tomar el remís, y el remisero a media cuadra, yo recién empezaba a militar y a él le gustaba, nos decía “qué bueno que hagan algo”. Me dice, “¿sabes por qué perdimos Iara? porque los que estaban acá a la vuelta en la Unidad Básica tomaban

cerveza a la mañana, escuchaban música todo el día” y ese no era el mensaje que los vecinos querían. Eso es lo que hizo que el 70% votó a Martiniano Molina. Dijimos, eso es lo que no vamos a hacer, nada de todo eso es lo que vamos a repetir, aunque seguramente cometimos otros errores.

E: ¿Y cómo les fue en el 2017?

Nair: Ganamos. Igual nosotros éramos la única oposición. Pero en el barrio todas las organizaciones trabajaban con el oficialismo, entonces, éramos oposición, éramos los únicos opositores y ganamos. Estábamos felices y Mayra comprendió que estábamos acá, que éramos kirchneristas y que éramos otra cosa. No sé, en algún momento mágico Mayra tuvo la iluminación de decir vamos a darle la oportunidad a esta chica que vive en Villa Itatí, con estas características, haber terminado el secundario de grande, haber pasado toda la crisis económica dentro del barrio, con hijos. Esto adentro del concejo deliberante.

E: ¿Y acá qué orgas había del peronismo? del 2015 en adelante, ¿Qué quedó?

Nair: Las organizaciones sociales.

E: La ETIS²⁴, la parroquia...

E2: Y no peronista pero tampoco macrista, la CCC²⁵.

²⁴ ETIS es una Asociación Civil orientada a la implementación de programas socioeducativos.

²⁵ Corriente Clasista y Combativa

Nair: Claro, pero en este tono. Acá estaba María Eugenia Vidal²⁶, acá está OPISU²⁷, a partir de ese organismo manejaban todo.

E: ¿Y tenían estructura política propia o le bajaban recursos a las orgas nomás?

Nair: Con las orgas. Y nosotros vecinos, ya militantes, ya empoderadas, y me acuerdo que en un momento yo mandé un mail a la UTT²⁸ porque lo habíamos visto en la tele y lo convocamos para hacer acá un *verdurazo*²⁹, imaginate, todo el barrio yendo al *verdurazo* fue como una cuestión política, un zarandeo importante. La invitamos a Mayra, Mayra todavía era diputada, la invitamos a participar y los vecinos la empezaron a conocer. Ahí sí ya empezamos a trabajar más orgánicamente.

E: Eso iba a preguntar, ¿Cuándo empezaron a hacer “Primero La Patria”?

Nair: A partir de ese momento, que dejamos de ser Frente Ciudadano. Frente Ciudadano era muy amplio, empezamos como a ordenarnos en el encuadre político. Fuimos Primero Quilmes...

E: Pero sin ninguna referencia externa, Primero Quilmes era Mayra y ustedes, punto.

Nair: Punto. Y Mayra, ni siquiera La Cámpora, Mayra. No porque hubiera nada con La Cámpora, pero el vínculo era con ella, de

²⁶ Gobernadora de la Provincia de Buenos Aires por el PRO entre 2015 y 2019

²⁷ Organismo Provincial de Integración Social y Urbana

²⁸ Unión de trabajadores de la Tierra

²⁹ Se refiere a regalar verduras a los vecinos como forma de protesta frente a la crisis económica que afectaba al sector

hecho, sigue siendo el mismo vínculo. No sé, hubo una movilización en CABA, no recuerdo qué, y un compañero, de Primero La Patria³⁰, nos presenta, y fue como un amor a primera vista. Después nos convocaron para militar en el espacio político que es el que hoy nos abraza, que es nuestra familia, somos Primero la Patria y esa es nuestra línea política, desde esa mirada de cómo se construye la política, cómo es la organización. Si algo nos terminó de fortalecer fue todo el trabajo que se hizo en la pandemia, de comprender la organización comunitaria y todos los vínculos, redes que uno teje en el territorio.

E2: Es raro que salud haya empezado con la pandemia porque en Primero La Patria está Rachid³¹...

Nair: No, porque en realidad nosotros en ese momento no teníamos conocimiento de salud, solamente una compañera que era promotora de salud. Nosotros así y todo no teníamos relación con salud, la salud a la gente le empezó a importar con la pandemia, salvo el que estudia algo relacionado a la medicina, y nosotros no éramos excepción. Obvio que cuando comenzamos ya con la pandemia...

- **EI COE**

E: Eso, contanos un poquito como empieza con la pandemia el COE y tu lugar ahí.

³⁰ Agrupación peronista a la que pertenece la UB de Nair

³¹ Jorge Rachid, referente de Primero la Patria, es un reconocido médico sanitarista

Nair: Ahí es Mayra la que empuja también para que yo tenga un lugar de coordinación, ya era concejala, y tuvimos el primer COE, una organización en particular solamente no estaba de acuerdo con que yo fuera el nexo entre municipio y comunidad. Ahí Mayra le dijo, “*mirá, Nair es compañera, es militante, es concejala, vive en Villa Itatí*” como que no había nada que impidiera que yo fuera el nexo entre municipio y comunidad. Cuando terminamos le digo a May “*ay, cómo voy a hacer*” y ella lo único que me contestó fue “*el trabajo ordena*” y la verdad es que con los años le tengo que dar la razón: el trabajo ordenó.

E: ¿Conocías a las autoridades de la Secretaría de Salud?

Nair: Nada...

E: Claro, porque vos entraste como concejala y al toque fue, ni una sesión de concejo deliberante tuviste.

Nair: Una sola, y después tac, se corta, el resto por zoom.

E: ¿Y cómo fue que se gesta el COE?

Nair: En Villa Azul. El primer caso se da ahí y como yo soy responsable política de ese circuito, el circuito electoral 786, me vinculaba mucho con los vecinos. Azul, Itatí y Don Bosco son parte del circuito electoral, por ende tenía laburo en estos barrios, conocía los referentes, etc. Cuando se decide cerrar Villa Azul nosotros le entregamos al Secretario de Salud un informe que habíamos hecho en cada barrio, con datos, por ejemplo, del porcentaje de vecinos y vecinas que sabían de la pandemia, que sabían de la importancia de lavarse las manos.

E: ¿Cómo hicieron el relevamiento?

Nair: Puerta a puerta con un programa que se hizo del municipio que era el “Cuidarnos”, ya había casos en el centro de Quilmes, y uno o dos días antes les presentamos un informe que decía que teníamos, por ejemplo, de cada diez personas, cero o uno usaba barbijo. Hay un partido de fútbol que detona una masividad de contagios y a partir de ahí se toma la decisión de cerrar y ahí se baja la línea de que los fuéramos a buscar a todos porque había que cerrar, a tal vecino que alguna vez nos abrió la puerta para poner una mesita, a todos, y ese fue el primer COE que se arma con la comunidad de Villa Azul.

E2: Y en Villa Azul no había orgas, por lo cual...

Nair: Exactamente, por eso digo lo del vecino.

E2: La decisión de cerrar Villa Azul era una decisión con la que estaban todos ustedes de acuerdo.

Nair: Se les explicó a los vecinos por qué...

E2: Previo a explicarle a los vecinos, ¿ustedes qué pensaban?

Nair: Nosotros veíamos que alguna medida había que tomar. Si vos me preguntabas en ese momento, no creía que íbamos a tener la capacidad de cerrar un barrio y sostenerlo, pero medidas teníamos que tomar porque teníamos una gran cantidad de casos de COVID. Cuando surge esto de que hay que cerrar para hacer el aislamiento comunitario, primero lo comprendí en lo personal por la magnitud que iba a tener, en segundo lugar, que tampoco había otra fórmula para paliar eso.

E: Eso para Azul, ahora, ¿Para Itatí?

Nair: Diez días después del cierre de Azul, Mayra me dice, “bueno Nair, volvé a Villa Itatí y ponete a armar ahí”. Esa fue la línea de May, y teníamos a los medios nacionales caminando por todos lados.

E: Pero acá no se cerró. ¿Por qué?

Nair: No se cerró porque hubo un grado mayor de organización, porque realmente hubo de todas las partes involucradas una decisión política, que primero fue acompañar la decisión de Mayra, que trabajemos en una misma línea todos y todas y después también la decisión política de las organizaciones de arremangarse y trabajar mancomunadamente dejando todo lo otro de lado.

E: Eso te iba a preguntar, porque había un todo anterior, en el que vos eras la oposición a Molina, y ahora había que laburar juntos.

Nair: Exacto, pero como nunca fuimos irrespetuosos, siempre todo fue del lado del respeto y construir desde otro lugar, eso hizo que nadie me tenga que reprochar nada. Siempre fuimos una oposición que estaba más en relación a la defensa de ideas, de un proyecto político que atacar a los demás.

E2: Igual había también conflictos internos de otras orgas.

Nair: También, era un caos

E: ¿Y cómo fue que empezaron a reunirse? ¿qué empezaron a hacer?

Nair: En la capilla, previo a eso tuvimos dos, tres reunioncitas. Hicimos un Detectar³², vinieron el Secretario de Salud y Mayra. Una de las monjas habla con ellos, ya entrando en la pandemia, y Mayra dice que lo más importante era laborar en comunidad. En el primer COE donde se empieza a pensar en una metodología de trabajo, este es un barrio muy grande, y ya teníamos la experiencia de Villa Azul.

E: ¿Conocías a director y a la gente del CAPS?

Nair: No.

E: ¿No te atendías en el CAPS?

Nair: Yo no me atendía en el CAPS, me atendía en la salita que está en Avellaneda y Smith

E: ¿Y por qué no te atendías en el CAPS?

Nair: Porque muchos vecinos acá en el barrio no frecuentan los lugares del barrio, hay vecinos que no conocen el barrio. Ahí empezamos a jugar con cambiar el lugar de la posta de hisopados, para que los vecinos conozcan su propio barrio, vecinos de cuarenta años que nacieron en Villa Itatí y no conocían La Cava ni la capilla.

E2: Te quiero preguntar, porque ya hicimos muchas entrevistas, caminamos, pero hay una cosa que no termino de entender, porque yo

³² Programa de detección masiva de casos positivos de COVID

sé que la presencia de la iglesia es muy fuerte, pero no sé del vínculo con las iglesias evangélicas, ¿cómo entraron en el COE?

Nair: Siempre estuvieron en el barrio y las fuimos a buscar, hablamos con pastores y pastoras, no participan tanto, son más reacios a la participación comunitaria, son más de vincularse desde adentro, a mí me llaman por teléfono si se corta la luz o si pasa algo, conmigo la vinculación es esa, ese es mi rol político y ellos lo saben, pero más allá de eso la vinculación con el COE es por un intermedio mío.

E2: Ellos bajan línea a sus fieles, se vinculan con vos pero después no participan...

Nair: No.

E2: Pero mueven bastante el barrio.

Nair: Tampoco tanto, creo que como el resto de las organizaciones, pero en lo particular nos vinculamos bien.

E: ¿Cuántos templos hay acá?

Nair: Acá tenés cinco. Su metodología es así, trabajan como en células, pero bueno, los pastores son los mismos de estos espacios más chiquitos.

E2: ¿En la pandemia qué hicieron ellos?

Nair: Fue un poco difícil porque, por ejemplo, se había tomado la decisión, por el protocolo, que no se abrieran los espacios y ellos abrían y ahí teníamos que ir y explicarles que no. Entonces hacían sus misas en el techo y la gente estaba abajo, viste, buscaban

algunas alternativas de cuidado si se quiere, en esto fue mucho más rigurosa, más disciplinada, la iglesia católica que la evangelista.

E: Cuando empezó a funcionar el COE, ¿qué hacías vos? ¿cómo era el día a día?

Nair: Nos levantamos a las 5:30 AM, pensá que todos nuestros compañeros estaban guardados porque tenían miedo, entonces, estábamos solamente con un compañero y una compañera laburando, era llevar los módulos...vos pensá que todo Quilmes estaba metido en Villa Azul y nosotros acá, mientras tanto. Todo lo que hicieron después los 500 voluntarios lo hacíamos nosotros cuatro, asistencia casa por casa de módulos con la trabajadora social y con una compañera...

E: ¿Los módulos qué tenían?

Nair: Yerba, azúcar, todo lo que era el sustento. En ese proceso también, nos fuimos conociendo y las fui amando. Ellas dos empezaron a inventar la georreferenciación. Y entonces, yo les digo “necesito saber cuánta gente está enferma, cuánta es contacto estrecho, y en un mapa mapeámelo porque yo necesito mostrárselo a Mayra”. Entonces, tuvimos una reunión acá, me acuerdo, con el ministro de seguridad, el de desarrollo social y el de salud de la provincia, Mayra, y el secretario de salud de Quilmes; mapa en la mesa...” acá tenemos esta zona” ..., ya habíamos trabajado la división de áreas...

E: ¿Todo eso ustedes cuatro sin el resto de las orgas?

Nair: No, sí, la asistencia la hacíamos nosotros, que era el lugar de la Municipalidad, era repartir puerta a puerta...

E: Eso lo hacían ustedes cuatro, ¿y la georreferenciación quién la hizo?

Nair: La trabajadora social. Y así se empezó a armar una metodología de laburo, y ahí nos sentamos y vimos la cantidad de contagiados que teníamos, se empezó a hacer una convocatoria más amplia del voluntariado, el voluntariado más grande que tuvimos, y ahí también las organizaciones pusieron a sus militantes a disposición; hablamos con las organizaciones para que tengan las áreas problemáticas, porque mientras tanto teníamos todo acá, entonces teníamos que tener en cada lugar un espacio que fuera la casa de todos. En las tres áreas, teníamos ETIS, teníamos el jardín de la Ponde³³, el jardín de Las Piedritas, los voluntarios iban ahí a vestirse para agarrar los módulos y salir puerta a puerta tres veces por día, si era necesario más, más.

E: ¿Te tocó coordinar una zona específica?

Nair: ¿Yo? todo, nunca tuve una zona específica.

E2: Para ordenar, antes de la reunión con los funcionarios en el barrio ya había habido algunas reuniones de COE.

Nair: Claro.

E2: Ya había habido reunión en la iglesia.

³³ Jardín Comunitario "La Ponderosa", es uno de los jardines de infantes comunitarios del barrio.

Nair: Ya habíamos estado en la capilla, todos los domingos, ponele dos, tampoco mucho.

E2: Y ahí fue cuando se hizo la división. Y también hubo una división con orgas.

Nair: Sí, a ver, si vos estabas en La Ponde, estabas en esta zona..Entonces, fuimos agrupando, y en esto las organizaciones, se distribuían. Al principio eran 17, fue mucho. Entonces había que reducir a tres áreas, tres áreas con tres espacios comunitarios al servicio de este gran esquema, y a partir de ahí se empezó a hacer el abordaje territorial. Quedó Zona a, b y c, ETIS, Jardín de La Ponde y el Jardín de Las Piedritas.

E2: Los jardines comunitarios se levantaron después del 2000.

Nair: Me parece que antes, creo que el de Las Piedritas es de antes, en el 96' me parece.

E: Son comedores y espacios de los 90', previo al 2001.

Nair: Igual que ETIS, la sociedad de fomento del barrio.

E: ¿ETIS era una sociedad de fomento?

Nair: Era una sociedad de fomento. El presidente de la sociedad en ese momento le da un lugar a ETIS, él murió y ETIS quedó. Digo, todo esto que te cuento, si vos me preguntas si pasaban días, semanas, horas, no tengo idea.

E2: ¿y la reunión con los funcionarios cómo fue?

Nair: No me voy a olvidar nunca, el ministro de seguridad decía “*hay que cerrar Itatí*”, Mayra me miraba y decía “*bueno, escuchémosla a la compañera que vive en el barrio y es concejala*” y yo: “*me parece que no, porque pasó esto en Azul, acá es inviable, tenemos un montón de salidas*”. Conozco el barrio, entonces, fue salir a explicar por qué no, y cómo teníamos el trabajo hecho de los puntitos rojos, puntitos azules que eran los contactos estrechos y puntitos negros que eran las personas fallecidas, cuando lo pusimos arriba de la mesa notamos que en una zona, que era Ayacucho y Bermejo teníamos más casos que en el resto del barrio.

E: ¿Eso dónde es?

Nair: Cerca de la estación de Don Bosco, para arriba, de acá como a diez cuadras. Y empezamos a ver que teníamos un foco, una familia muy grande, estaban todos contagiados ahí. Justo había una iglesia evangélica al lado, porque iban ahí. Entonces empezamos a utilizar esta metodología de georreferenciación cuando era necesario, en vez de cerrar, abordar mucho más.

E: Claro, focalizar y aislar ese pedacito.

Nair: Vos pensá que la palabra del ministro fue, “*si no lo podemos sostener cerramos*”, en 48 horas tuvimos que armar todo eso, tuvo que funcionar para no cerrar el barrio.

E: ¿Y eso lo dijeron en alguna reunión del COE?

Nair: Lo sabemos Mayra y yo y los que estaban acá. La verdad no me acuerdo. Pero lo que sí se sabía que era inviable cerrar acá.

E: ¿Y cuánto sostuvieron el trabajo?

Nair: Hasta hace un par de meses, porque pensá que tuvimos el último brote en las fiestas³⁴ así que tuvimos una guardia mucho menor, pero seguíamos.

E: ¿Y los equipos de voluntarios?

Nair: También, menos porque empezaron a trabajar y a hacer otra vida, pero sí, hoy vamos a trabajar a la zona b y todos ya saben dónde es, nos dejó un piso de organización elevadísimo.

E: Eso te iba a preguntar, qué cambió respecto del vínculo con las organizaciones, tu lugar en el barrio, ¿qué pasó a partir de eso?

Nair: Mirá, Cecilia me está llamando para que vayamos a comer, a ese nivel.

E: ¿Vos ibas al comedor de Cecilia durante la pandemia?

Nair. Sí, y la realidad es que nos conocimos mucho más, compartimos muchos miedos, hubo un año donde yo no vi a mi familia, mis hijos, mi compañero, lo más importante para mí.

E2: ¿Cómo hiciste? ¿se mudaron ellos o vos?

Nair: Se mudaron ellos, yo me quedé acá sola en la básica.

E2: ¿Y ellos?

³⁴ Diciembre 2021

Nair: Acá a diez cuadras, se podrían haber mudado al lado e igual no nos veíamos, yo hice aislamiento comunitario.

E2: ¿Afuera o adentro?

Nair: No, no. Afuera, porque también digo, la situación económica mía mejoró mucho y yo necesitaba cuidarlos y tener mi cabeza tranquila para poder laburar con toda esta gente que, de alguna forma, aunque no lo saben, seguramente dependían de la decisión política que tomáramos acá en el barrio. Entonces necesitaba tener la cabeza lúcida sin otra preocupación que no sea el trabajo en el territorio, la vida de los vecinos, que las ambulancias lleguen, que la asistencia sea, que los vínculos que se daban entre organizaciones que no habían trabajado nunca, sean óptimos, que conmigo sean buenas relaciones también, todo eso fue un laburo de construcción de mucha carga.

E: Todos cuentan el espacio que se armaban en los almuerzos de Cecilia.

Nair: Nos cuidó un montón, yo la respeto mucho, si bien en algunas cuestiones ideológicas no comparto, hay otras que sí tiene que ver con el respeto a su trabajo, esto que generaba, que por ahí parábamos a comer en un lugar sentados.

E: En invierno además.

Nair: Sí, en invierno, verano, no importaba, con lluvia o sin lluvia trabajamos igual, pero que pudiéramos una hora sentarnos, comer, hablar, eso era como si fuera parte de la vida pasada.

E: ¿Quiénes estaban ahí? ¿Los referentes de cada zona?

Nair: No todos. La directora de APS estaba acá todo el tiempo, de hecho, creo que somos hermanas, nos queremos mucho, pero fue en ese ámbito...Coco, también venía el cura a almorzar, así fue como se consolidó. Hoy te digo, no tenemos diferencias, y las que podemos llegar a tener son una parte más de la vida. Mira, yo voy a cualquier organización, no tengo que anunciarme con anticipación, no tengo que pedir permiso, soy recibida.

E: ¿Te combatieron por ser concejala en el espacio del COE? ¿o por coordinar y tener esa responsabilidad?

Nair: Una vez. Después ya no tanto, obviamente la responsabilidad recaía más en mí, casi como hoy, “Nair se cortó la luz”, “Nair robaron a un vecino”, “Nair no hay agua” tenemos un grupo que todavía está activo, para mí son mis ojos.

E2: En ese grupo hay gente del CAPS...

Nair: Todos y todas.

E2: ¿De qué orgas hay gente?

Nair: De todas, desde el Partido Piquetero hasta el comedor más chiquito del barrio.

E: Y en ese grupo se armó lo del COE

Nair: Sí, y es el grupo que seguimos teniendo, de hecho, el otro día a una compañera de una organización le robaron y lo ponen

ahí en el grupo, yo respondo, me lo pasan yo me encargo, y laburamos.

E: ¿Y con el secretario de salud cómo trabajaste?

Nair: Bueno, para mí él fue muy importante, porque era la institución en sí misma, el que sabe. Entonces era aprovechar un poco eso, que él tenía ese rol, el mío era otro, somos como si fuese una obra de teatro, cada actor tenía un rol y teníamos que hacerlo super bien, de hecho, si viene a algún COE arranca él la reunión, siempre arranca Salud, son como cosas que sostenemos, rutinas que sostenemos, cada vez que hay COE.

E: Se siguen reuniendo... ¿Cada cuánto?

Nair: Hoy por hoy, cada vez que es necesario, se escribe en el grupo y se hace a un COE.

E: ¿Y qué cosas pueden motivar a una convocatoria de un COE?

Nair: Por ejemplo, ahora vamos a llamar a COE porque hay una propuesta de Educación para hacer puerta a puerta a pibes que estén fuera del sistema educativo, a ver si con el Progresar³⁵, pero para eso necesitamos mucho recurso humano.

E: ¿Son iniciativas estatales o municipales? digamos, ¿alguna otra orga puede llamar a un COE por algo?

³⁵ Programa de becas para el sostenimiento de los estudios

Nair: Sí, sí. lo hablan conmigo, me dicen qué necesitan y se arma el COE.

E2: La educación es un tema porque hay poco que depende de municipio y mucho que depende de provincia.

Nair: Exactamente, pero tenemos muchos educadores y educadoras populares que son la base en nuestro barrio.

E: En el ETIS hay mucho trabajo...

Nair: La mayoría tienen apoyo escolar, todas las organizaciones tienen. Nada, creo que lo que tenemos hoy es una gran organización, una metodología de trabajo porque antes los que hacían territorio para la política eran los punteros. Hoy podemos discutir eso con una metodología de trabajo.

E: ¿Qué es hacer territorio en términos de metodología?

Nair: Pensar en cómo vos, cuando tenés alguna situación que trabajar, cómo lo vas a hacer, la causa y el efecto. ¿Viste cuando vos pensás en una política pública? vos tenés la causa por la que se hace la política pública o podés verlo desde el lado de la consecuencia de esa política, bueno, vos tenés que tratar verlo con la mayor integralidad posible.

E2: Una pregunta que tenía en mente, ¿cuándo empezaste a estudiar derecho?

Nair: En el 2016 hice el curso de ingreso, pasó una vida, estudié tranqui, agarraba pocas materias porque militaba y todo, después

en la pandemia largué, y ahora volví a estudiar, estoy contenta porque me ordena la vida.

E2: Y hablando ordenar la vida, el grupo de whatsapp tiene una cosa muy importante que es la respuesta inmediata, pero tiene la contra de que es 24/7

Nair: 24/7. A la hora que escriben en el grupo Ceci me carga y me dice “¿Cuántas Naires hay?” las que sean necesarias, Ceci.

E2: ¿Cuánto se puede sostener eso desde el cuerpo?

Nair: No sé, a veces estoy cansada, pero...

E: ¿La familia banca?

Nair: Sí, obvio, vos pensá que cuando hablo de cansancio es por cansancio físico. Pero es al revés, yo creo que me falta tiempo para hacer más cosas, el barrio es muy grande, voy de punta a punta...

E: Y las compañeras de la organización colaboran...

Nair: Sí, vos las viste. Me odian porque no hay fin de semana, porque yo les digo nosotros tenemos algo que por ahí el vecino no tiene, que es la madurez política de entender, y eso nos da un grado de responsabilidad diferente.

E: Vos hablás de entender, ¿qué te cambió en términos de madurez política- a la hora de pensar la participación- la experiencia del COE?

Nair: Mirá, Cristina está hablando de un nuevo contrato social, y no lo está hablando ahora, lo viene hablando desde hace mucho

tiempo, recuerdo puntualmente, desde la Rural³⁶. Pero el 13 de abril, cuando empieza a hablar de cómo estabas antes y después, empieza a plantear esto otro de “*otra gente*”, no los que nos queremos solamente, otros con los que probablemente tenemos muchas diferencias, pero que el contrato social tiene que ser a partir de estas diferencias, similitudes, coincidencias. Creo que el COE es una representación de ese nuevo contrato social que necesitamos hoy en nuestro barrio, se terminaron las faltas de respeto. Cuando yo asumí me acuerdo que una de las primeras cosas era que no había agua y dos tipos me gritaron diciéndome cosas horrendas, y me largué a llorar, eso ahora no. También uno se va haciendo más fuerte con el andar, hay una creencia de que porque sos funcionario, medio que se va construyendo que sos el responsable de todo lo malo que pasa y la realidad es que fue muy duro. Si vos me decís fue un curso acelerado para entender otras cosas, como que por ejemplo el hecho de entender que a nosotras nos da un grado más de responsabilidad, pero que también tiene que ver con cómo nosotros vamos a hacer para que otros entiendan, es ir por más, es ir por todo. Entonces en eso sí creo que nos dejó algo diferente, yo creo que el COE nos dejó experiencia de militancia y de gestión; si me preguntás si hice las cosas bien, sé que hice todo lo que pude, no tengo deudas...

E: Y salió bastante bien, ¿o no?

³⁶ Se refiere al conflicto con el campo en el año 2008, producto de la resolución 125 con motivo del aumento de retenciones a las exportaciones de granos

Nair: Yo estoy muy orgullosa, y una vez Cecilia me dijo “no importa el resultado, lo importante es el proceso que se construye”, y la realidad es que también si vos me preguntás todavía no sé cuál va a ser el resultado, sí puedo decir que el proceso fue exitoso.

E: ¿y cómo pensás en términos de proceso y resultado en cuánto a qué es exitoso?

Nair: A nosotros que militamos en espacios políticos partidarios cada dos años tenés como una evaluación, así que el año que viene sabremos.

E: ¿Y en términos sanitarios?

Nair: Excelente, por eso digo, en términos sanitarios excelente en cuanto a coordinación en el barrio y organización social, muy bueno.

E2: Vos decías al principio que se empezaron a preocupar por salud en pandemia, tengo dos preguntas, ¿Qué significa salud para vos ahora? ¿y qué significaba antes?

Nair: Mirá, para mí la salud ahora la comprendo como parte del hábitat, la entiendo de una manera más integral, la salud nos atraviesa en todo, vivir bien no tiene que ver con los remedios, tiene que ver con una mejor calidad de vida. Relacionada a como vivís en el barrio, a cómo los trabajadores de las salitas se relacionan con la comunidad, con cómo las organizaciones del barrio tienen una conducta, en cómo se relacionan, porque la gente que va ahí también consume esa cotidianeidad, esas formas y las reproducen entonces **la salud es como la columna**

vertebral en una comunidad, porque es la que atraviesa todo.

E: ¿Cómo aprendiste todo eso?

Nair: Comprendiendo que una persona que tenía COVID no podía ni sacar la basura, y eso derivaba en otros problemas, realmente todo lo que aprendimos fue porque lo vimos, no sé, una familia con COVID tenía tapado el pozo del baño, entonces teníamos que encontrar a algún valiente que quisiera ir. También es comprender que la salud es todo, es la buena alimentación, la salud mental, la cordialidad en los tratos, los buenos tratos, son los valores, todo eso, la buena onda. Yo sigo viviendo acá en la básica y voy a la panadería a comprar en camión y a la noche salgo a comprar puchos.

E2: Vivís en la básica y tu familia está...

Nair: En el mismo lugar, ahora nos vemos los fines de semana, porque también me ven en otro mundo, vos pensá que desde el 94 formamos parte de esa vida y hace tres años que vivo sola, y yo lo disfruto mucho y ellos creo que también disfrutan no estar tanto conmigo, soy un poquito intensa, estamos bien así.

E2: Ahora que pasó la pandemia ¿cuáles te parecen que son los principales problemas de salud en el barrio ahora?

Nair: Hoy por hoy el embarazo a corta edad es una de las cosas que a mí me preocupan mucho, de hecho, lo hablamos con la directora

de APS, ahora ella viajó, pero cuando vuelva seguramente podamos activarlo con los Mil Días³⁷. Eso, la violencia, la droga..

E: ¿Se recrudesció eso?

Nair: En un momento estuvo imposible, pero ahora está también muy mal.

E: ¿En qué momento decís que empezó a estar imposible y a partir de cuando empezó a estar mal?

Nair: Mirá, conozco, me crie básicamente acá; conozco pibes, pibas que vendían droga y que, con unos años, y claro ahora uno entiende que eran estos años..dejaron de vender droga y trabajaron en una empresa de limpieza. Yo lo vi, no me lo contó nadie, y lo que veo ahora es que tenemos nuevamente casos de consumo fuerte, de hecho tuvimos una marcha por Ni un Pibe Menos y por Ni una Piba Menos la semana pasada, inmensa y el jueves tenemos reunión para ver qué hacer con todo eso.

E: Con el Ministerio de Seguridad, ¿se pudo coordinar? ¿Qué cosas se pudieron hacer en esos términos y qué cosas no?

Nair: Mirá acá en el barrio tenemos la presencia de la UTOI³⁸, y yo articulo con los comisarios de la décima, el responsable de la comisaría décima y la segunda, con el ministerio de seguridad; pero bueno, yo también entiendo que la policía no es la respuesta, vos pensá que la que discute en el COE que la respuesta no es la

³⁷ Programa nacional de apoyo a niños y niñas de entre 0 a 24 meses

³⁸ Unidad Táctica de Operaciones Inmediatas. Un cuerpo especial de la Policía Bonaerense

policía soy yo. Hoy tenemos un problema con el acceso sudeste, tenemos ahí como diez pibes que son del barrio, pero están en situación de consumo muy fuerte, de hecho, creo que lo que vamos a empezar a hacer es instalarnos allá a la noche y llevar comida para empezar a vincularnos.

E: ¿Quiénes?

Nair: Desde el COE. Pero bueno, también la falta de denuncia hace que haya poca investigación y hay que romper con esto de que para qué voy a denunciar, si es lo mismo. No. Es necesario que denuncien.

E: *¿Hay miedo a denunciar?*

Nair: Y sí, en los barrios populares siempre hay miedo a la policía, yo hoy siendo concejala, también.

E2: *¿Y el contacto con seguridad ahora cómo es?*

Nair: Muy bien, mirá, anoche, de hecho, que le robaron a una compañera, hablé con ellos, pero bueno, ni es sólo con la policía ni es sólo con cámaras, pero por sobre todas las cosas tiene que ser con los pibes haciendo cosas, estudiando, laburando.

E. *O sea que el plan es por un lado hacer el relevamiento por educadores populares.*

Nair: Sí, y por el otro lado...esto va a ameritar un COE, por ejemplo, previo al COE vamos y tomamos té en lo de Ceci, le decimos té pero tomamos mate cocido, nos tratan tan bien ahí, y eso lo vamos discutiendo con algunas referentes particulares que

tienen más ganado el compromiso. Todas minas, los únicos varones son el director del CAPS, el del centro de veteranos de Malvinas, está Coco, el del Movimiento Evita y creo que nada más, son re poquitos hombres y el resto compañeras. Esto va a ameritar un COE por ejemplo, ¿no?, para ver cómo vamos a trabajarlo, qué fecha vamos a hacer, qué participación va a tener cada uno y cada una. Lo de la marcha lo armamos así, por mesa de trabajo, por dónde se va a pasar, cuál va a ser la intervención de cada organización, ahí caminamos todo el barrio cinco horas con una columna super grande.

E2: Corregime si me equivoco, el trabajo en términos de consumos problemáticos..

Nair: Es el de la iglesia, los hogares de Cristo que es una creación del papa, pero además es espectacular. Si vos me preguntas de las organizaciones comunitarias cuál es la mejor, es La Casita de La Cava, pensá que a las 8 de la noche tiene 100 pibes, leyendo, haciendo la tarea, cenando, haciendo murgas, mirando películas. Es extraordinario, es espectacular su laburo. Hay algunas organizaciones que tienen otras líneas, pero hay educadores populares, tiene que ver más con la educación, los jardines comunitarios y tienen otro anclaje, después Juanita Ríos tiene otra línea, de hecho, creo que es la más politizada, después otras organizaciones que crecieron al son de COE, como La Plurinacional. Esta integralidad se fue constituyendo con organizaciones históricas, más nuevas, más grandes, más chicas, con más y menos recursos, pero a la hora de discutir nos sentamos todos y todas y ese es el mérito, hoy por hoy tu palabra vale como la mía y viceversa, entonces a la hora de tomar decisiones conlleva

que vos si tenés una idea hables conmigo, con él, hagas el lobby...pero es la forma de vincularse. Eso antes no ocurría y ahora ocurre, hablamos con todos, porque como votamos todos y todos los votos valen.

E: ¿Qué pasa cuando se cortan solos?

Nair: Quedan colgados, nos pasa con algunos referentes, de vuelta, el nexo conmigo es porque soy concejal y sé que cuando no sea, va a seguir siendo conmigo. Eso es otro tema, yo creo que más allá de que porque hoy soy concejala tengo un rol, va a ser más allá de mi rol político como funcionaria. A mí me encanta ser concejal porque puedo hacer todo lo que quiero, si bien mi laburo es más del ejecutivo que el legislativo me gusta porque me da un montón de libertades, que por ahí en el ejecutivo es más monotemático, esto me permite hacer todo lo que quiera, pero esa es una definición más de Mayra, por lo pronto voy a seguir haciendo mi laburo como lo voy a hacer después, cómo lo hice antes y también, creo que no nos cambia nada y creo que a mi comunidad tampoco le va a cambiar que yo ya no sea concejal.

E: ¿Por qué?

Nair: No sé cómo explicarlo, hay una conducta o un rol que uno quiere asumir. Este es el rol que yo quiero asumir.

E: Más allá de tu condición de concejal.

Nair: Exacto, a mí me encanta coordinar todas las cuestiones del barrio, estar metida en todo, acá tengo mi oficina donde no vengo nunca porque estoy todo el día en el barrio. Pensá que a mí, ¿De

qué me sirve sacarme una foto con 20 vecinos si yo hablo con 200 vecinos por día? sería hacer demagogia, esas cosas por ejemplo fueron las que me fueron cambiando a mí y a todos los que vivimos acá. Existen también organizaciones que son nuevas, que van a ir creciendo seguramente, pero también tienen que pasar por este proceso de comprender que acá se trabaja en comunidad, no es tan fácil, no digo ni que esté bien ni mal que se trabaje con esta metodología de comunidad organizada y si vos querés hacer un cumple solo, vas a estar solo, ahora si vos comprendés que es acá con todos nosotros y nosotras te va a ser más fácil, porque son solidarias las organizaciones.

E: Ya no hay competencia.

Nair: Nada, ni siquiera para acumular, yo tampoco, yo tengo a mis compañeros...Un poco el laburo que hace el OPISU también forma parte del COE, que es el paraguas de todos nosotros, es a donde vamos a rendir cuentas, aunque sea un organismo provincial, como si fuese una organización.

E: Y así el Estado está en un plano de igualdad.

Nair: Sí. Se comprende que tenemos más responsabilidad, ellos lo tienen super claro y nosotros también, ahora, no podemos hacer locuras.

E: Si pensás que podemos ayudar en algo en esta organización que es el COE, decinos.

Nair: Mirá, algo que siempre digo es que no tenemos nadie que pueda registrar.

E: Nos tienen a nosotros para eso.

Nair: Este año tenemos el Tercer Encuentro de Mujeres y Diversidades Villeras, queremos de alguna forma transmitir que el feminismo no es lo que los medios hegemónicos muestran. Feminismo somos las que tenemos que bancar las ollas, feminismos somos nosotras que cuando hay un hecho de violencia de género tejemos esta gran red comunitaria para abrazar a esa compañera y a esos pibites, el feminismo popular del conurbano es este y nosotras lo discutimos.

E2: ¿El encuentro donde lo van a hacer?

Nair: Es como una réplica similar al nacional, en las organizaciones se hacen las comisiones, creo que ahora en estos días tenemos reunión organizativa, donde nos juntamos; como cada organización tiene alguien que se encarga de género, se discuten cuáles son las líneas que vamos a discutir, las comisiones y después como es autogestivo cocinamos, nos organizamos nosotras.

E: ¿Cuándo lo van a hacer?

Nair: En noviembre, acá en el barrio, seguramente este año a diferencia de los anteriores por la pandemia, va a haber una gran movilización. No creo que venga gente solamente de Itatí, va a ser como regional, vienen de todos lados. Bueno, a Mayra siempre la invitamos, viene y participa del cierre, compañeras concejalas...es

abierto. Participan las pibas de las cooperativas, organizaciones, pibas sueltas, creo que el año pasado éramos 600, una bocha, así que por ahí este año nos animamos a hacer una marchita.

E: Bueno, avisanos, ya sabés.

II – "El despertar de un sueño"

Entrevistamos Cecilia Lee y a Mario "Coco" Romanín en junio de 2022. Como parte de su actividad religiosa en la Capilla "Nuestra Señora de Itatí", desarrollan una importante tarea de organización comunitaria en el barrio desde el año 2000. Inicialmente, su labor fue la de acompañar a las y los vecinos en diferentes actividades destinadas a paliar los efectos de la crisis del 2001. Hoy, su trabajo se orienta sobre todo hacia las y los jóvenes, a quienes intentan ofrecer horizontes de un futuro mejor. Su participación en el COE fue sumamente relevante tanto en lo que tiene que ver con organizar la demanda hacia el Estado como en la articulación con otras organizaciones y en la consolidación del COE como ámbito de participación social.

Entrevista realizada por María Cecilia Scaglia y Natalia Osella.

Edición de María Cecilia Scaglia y Nadia Marina Percovich.

- Trayectoria de trabajo comunitario

E: Yo les quería preguntar, un poquito, que nos cuenten, ¿cómo llegan ustedes a Villa Itatí, la trayectoria de cada uno, ¿cuándo y cómo llegan?

Coco: Nosotros somos religiosos. Cecilia es Franciscana Misionera de María, yo soy Salesiano de la Orden de Don Bosco, y acá hay dos comunidades, tres franciscanas, y estamos hace muchos años, las congregaciones están hace muchos años acá en la villa.

E: ¿Salesianos, franciscanos y que otra congregación?

Coco: Hubo en un tiempo Del Verbo Divino, pero después se fueron, así que venimos, yo el último lugar donde estuve fue en Avellaneda, ella estuvo en el sur,

Ceci: Yo estuve veinte años en la Patagonia y vengo en el año 2000, en la crisis del 2000, ahí llegué

E: Ah, en el 2000 llegás acá, en plena crisis ¿y vos Coco?

Coco: 2003, 2004, sí

E: ¿y con qué se encontraron?

Ceci: en realidad, las congregaciones y las comunidades religiosas después del Concilio Vaticano II de renovación de la Iglesia, salimos a las periferias de las ciudades, de los pueblos, de las comunidades indígenas. Así que nosotros acá estamos desde el año 87; las hermanas vivían ahí en La Cava diez años, después nos corrieron y vinimos acá. Las de la congregación a mí me han ido acompañando y así nos fuimos formando, para insertarnos en un barrio concreto, en barrios populares, o pueblos humildes y bueno, así vamos haciendo camino. Y yo todo el año 2000, que fue un año muy especial, caminé todo el tiempo La Cava donde la mayor parte de la población son familias cartoneras, en ese año estaban realmente muy afectados por las dificultades para la subsistencia ¿no? Porque los cartoneros juntan cartones o lo que sea y viven al día para conseguir el pan, bueno eso estaba absolutamente desprovisto. Bueno, y así empezamos a reunirnos, como sabían que yo venía, entonces la gente decía “¿qué podemos hacer?, ¿qué hacemos?”. Entonces ahí empezamos a juntarnos, yo venía con la experiencia de la Patagonia, diez años en la periferia

de la ciudad de Trelew y después diez años en las comunidades mapuches, estaba al norte de Chubut en comunidades tehuelches y mapuches. Entonces yo vengo con experiencia de comunidades organizándose con personería jurídica. Así era un poco la experiencia que traía, aprendí acerca de la necesidad de la gente, de juntarse a ver qué hacer, cómo hacer, porque la solución, antes que nadie la tiene la misma gente, sólo que no tienen herramientas suficientes cómo llevarlo a cabo. Entonces la gente, por ejemplo, cirujeaban, y lo que encontraban lo traían, había días que traían pescado congelado vencido del supermercado, entonces hacíamos fiesta de pescado, qué sé yo..., de hecho, si la gente conseguía verduras de las calles, bueno, lo ponían. Entonces, se iba haciendo un camino de juntadas, para subsistir y para superar el tema del hambre. Entonces ahí fuimos haciendo y así surge la organización de la cooperativa de cartoneros, Asociación de Cartoneros. Durante siete meses estuvimos en asamblea permanente en la capilla, reuniéndonos una vez a la semana y fue surgiendo. Bueno y ahí fuimos ...

E: Eso fue un antecedente de lo que fue después el COE, ¿no?

Ceci: Una de las bases, hace 20 años o 22 años que esta organización existe. Esta es una, pero hay otras organizaciones que tienen muchos más años, los jardines comunitarios, son tres jardines con comisiones de padres que tienen por lo menos treinta y pico de años seguro. Una señora que ya falleció, Doña Dominga, con algunas otras mujeres referentes del barrio iban juntando ladrillo por ladrillo por el barrio para levantar el edificio, así fue como surgieron los jardines comunitarios. Después está La Casita

de la Cava, que es un comedor, está también el centro juvenil que tiene 35 años; ANAVI¹, surge después

E: ¿O sea son de los 80?

Ceci: Sí, son de los 80; yo en Trelew vi una película “Último vagón del tren” que era un documental de acá que era con Doña Dominga como protagonista de un comedor, y estoy hablando del 82, a poco tiempo de llegar a Trelew

E: O sea que ya de antes

Ceci: Sí, sí, o sea la gente estaban organizándose y está antes José Tedeschi, el cura que desapareció, el salesiano

E: ¿Era de acá?

Coco: Sí vivía acá, en el 74 lo secuestraron y lo mataron

- ¿Y vos Coco, tu experiencia acá?

Coco: En el 81, 82 ya venían grupos con chicos de acá de Itatí y los llevaban a Avellaneda, donde yo vivía, ahí teníamos un centro de formación profesional y teníamos formación profesional para adolescentes, que más que formar un obrero, se trataba de rescatar a pibas y pibes que habían abandonado o la secundaria o la primaria y a través de los oficios, volvíamos al ejercicio de las matemáticas, la lectoescritura. Así que ahí conocí a la movida esta

¹ ANAVI es un centro de apoyo escolar perteneciente a la Corriente Clasista y Combativa

de Itatí, la Cooperativa de Cartoneros, Cecilia, Julio que era el otro cura que estaba acá. Bueno, así que cuando llegué empezamos a traer cursos de formación profesional de Avellaneda para acá, porque en ese tiempo yo era el director, y vivía acá y trabajaba en Avellaneda.

E: ¿Vos eras director de qué?

Coco: Del Centro de Formación, así que llevábamos chicas y chicos y traíamos profes de allá para acá y empezamos a hacer cursos acá con la Cooperativa de Cartoneros; primero hicimos cursos de Administración y Práctica Contable. La Asociación en ese tiempo, la Asociación Civil de Cartoneros se estaba transformando en cooperativa, siempre fue una cooperativa de trabajo, pero tenía el título de Asociación

E: ¿Empezaron como asociación civil y después fueron cooperativa?

Coco: Sí, por muchos años, casi 8 o 9 años

E: ¿Y por qué definieron ese pasaje?

Coco: Por el tema de la comercialización

Ceci: Ah, y por el tema impositivo, se tenían que formalizar. La asociación era como un techo que cubría a todos, entonces no había una definición de qué tipo de organización, pero llegó un momento en el que para ir mejorando y sistematizando la producción, y la cuestión económica, sí o sí teníamos que entrar por alguna vía

E: Claro porque como asociación civil también les servía para presentar proyectos supongo...

Coco: Sí, pero no en el INAES², y las cooperativas están regidas por INAES

E: ¿Y cuándo habrá sido eso?

Ceci: Yo creo que 2012,

E: ¿En 2012 se armó la cooperativa?

Ceci: Claro, sí, sí.

E2: Me imagino que todo ese pasaje también les insumió mucho más trabajo, digo, ...

Coco: Sí, de capacitación...

E2: De mantener la cooperativa, con los balances, digamos con todo lo que implica una cooperativa

Coco: La asociación civil también tenía que presentar. Para la exención en Ingresos Brutos y otras cosas contables nos favorecía ser cooperativa y no asociación civil por lo productivo, en cambio el resto, digo, lo que tiene que ver con la educación siempre funcionó, como apoyos escolares y como centros de noche de chicas y chicos, independientemente de...

E: Para eso la asociación civil servía perfectamente

² Instituto Nacional de Asociativismo y Economía Social.

Coco: Sí, sí, y la cooperativa también sirve porque bajo el título cooperativa, hoy tenemos varias cosas.

Ceci: En cuanto esencia, en contenido no cambia mucho, es como más formal, formalidad y capaz que para la organización en grupos más chicos como que ayuda a organizarse más, pero lo que es el espíritu en sí, que contiene, es casi lo mismo.

Ceci: Yo digo, lo que me parece, ahora un poco hablándolo, pensándolo desde la perspectiva de la educación de los pibes, porque los muchachos durante los siete meses que nos reuníamos decían “¿para qué queremos organizarnos?” Porque siempre ha habido acá algunos trabajadores sociales, sociólogos, querían que los cartoneros se formaran y se organizaran en cooperativas y nunca se pudo hacer porque son independientes, y son muy libres, y cada uno vende lo que junta, aún hoy también ¿no?; pero la crisis fue como una oportunidad para poder dar el paso y hubo un grupo de gente que accedió y que vio. “¿Y para qué queremos, para qué queremos?” Estuvimos preguntándonos mucho tiempo, y la gente decía “queremos mejorar la calidad de vida”. La calidad de vida tiene que ver con llevar el pan de cada día, pero también tiene que ver con el tema de la crianza o el crecimiento de los hijos, el desarrollo de los hijos. Y muchos de ellos no habían ido a la escuela, vinieron de Chaco... Además las casas en ese tiempo eran muy precarias, entonces no tenían una mesa como para que los chicos estudiaran, hicieran la tarea, entonces desde el primer momento querían que ayudaran a sus hijos a sostener la escolaridad. Ahí surgen, casi al mismo tiempo, los apoyos escolares. Cuando empezamos a contactarnos desde la escuela del

centro de formación con Avellaneda, con los salesianos, yo creo que fue un salto cualitativo para muchos chicos, porque en ese momento, como hoy, no sabemos qué hacer con los pibes, los que abandonan la escuela y ya está. El atractivo fue que nosotros los llevábamos a un grupito de chicos, que eran los peores, que estaban re-atrevidos, ya coqueteaban con droga, con poxirrán, y se peleaban, se robaban alguna cosa. Al proponer nosotros: “vamos a ir a Avellaneda”, eso fue un atractivo; por suerte él era director, porque los chicos tenían que tener título de primaria terminada, pero muchos no habían terminado; y respecto de la edad, tenían que tener 13 años, algunos ni siquiera tenían 13 años, tenían 12 años, 11 años, pero medio camuflados los llevamos, bajo el guiño del director, llevábamos los chicos. Primero, era en una combi, eran 12 o 13 chicos, ¡llegaban con una furia! ..., cuando entraban los chicos al patio de la escuela, todos los alumnos que estaban se metían adentro porque eran unos chicos con una fuerza! Después conseguimos un colectivo para llevarlos. Hubo un momento de despertar del sueño de los pibes en el barrio, esos chicos que no estaban yendo a la escuela que estaban en la esquina...Entonces los chicos nos paraban, decían “yo voy a cumplir en dos meses 13 años, ya me puedo anotar, ¿no?”. Era también el sueño de poder trabajar en el galpón. La Cava hasta ese momento, antes de la crisis del 2000, bueno, sigue siendo marginal, en ese momento había mucha gente de los otros sectores que no son de la Cava que no la conocían, sabían que existía, pero era un lugar temido, y luego se transformó, de alguna manera, en una presencia de valores, de trabajo, de solidaridad, y como un despertar un sueño distinto...

E: ¿El galpón cuándo lo hicieron?

Ceci: Lo fuimos haciendo muy despacito, o sea, cada año hacíamos una pared, cada año y así, fuimos haciendo todo. Después surge el apoyo escolar, el aula de apoyo escolar ¿cómo cuándo habrá sido que se hizo? Ya no estaba Eduardo Mignona.

E: Ah, eso les iba a preguntar, porque vi el cartel de Eduardo Mignona, ¿qué vínculo tenían con él? Es el cineasta, ¿no?

Ceci: Cineasta, escritor, en el año 2001 con la crisis, entonces Eduardo manda a preguntarnos porque quería hacer un documental sobre cartoneros, porque había una irrupción de cartoneros en las calles de la ciudad. Entonces le preguntamos a los muchachos si aceptaban, y los muchachos dijeron “no hay problema que venga, pero queremos dar la visión de nosotros mismos, no la visión de los periodistas”. Eduardo viene y trae una cámara vieja que tenía y les enseña a los muchachos a registrar los momentos que eran importantes. Durante 6 meses en el primer tiempo, los muchachos iban registrando, así nos vinculamos, él estuvo como 3, 4 años. Venía una vez a la semana, cada dos semanas, los fines de semana. Él decía que venía a tomar inspiración de la realidad, y así estuvo y después falleció al poco tiempo.

E: Me llamó la atención, cuando vi la bandera que decía Eduardo me acordé de que yo lo vi el documental, alguna vez lo vi, después no lo rastreé más, pero me llamo mucho la atención

Ceci: en el 2003, la exhibieron, no terminó de hacerse como película documental, pero sí se exhibió en TELEFE, en ocasión de

la Navidad. Fue una cosa, un boom, en aquel tiempo teníamos teléfono fijo, durante dos días no paraba de sonar el teléfono.

E: Yo les preguntaba, además, porque la primera vez que participé en una reunión del COE fue cuando se incendió la cooperativa, y ahí escuché que era la segunda vez que pasaba ¿Qué pasó, que pasó antes, por qué el incendio, ¿cómo los afectó, que ayudas recibieron?

Coco: El motivo de los incendios nunca se supo, todos terminan diciendo que son desperfectos eléctricos, en realidad, sobre todo la segunda vez, la electricidad estaba muy bien instalada, no creemos que haya sido eso, la segunda vez. La primera vez podría ser...

E: La primera vez ¿Cuándo fue?

Coco: En el 2016, y ahora fue 2021,

E: ¿Y a qué lo atribuyen?

Coco: Como organizaciones, nosotros y otras más, siempre tuvimos una posición tomada respecto a la droga, bueno, de hecho, anoche en el COE se armó un quilombo terrible de nuevo con este tema, porque vemos que es remar contracorriente. La droga se está comiendo todo, de hecho, hoy queremos hacer cosas, ya no sabemos qué hacer por los pibes, antes por lo menos teníamos algunas intuiciones un poquito más claras para despertar un sueño en los chicos, hoy se generó todo un trabajo de venta, de distribución, de armado, de... bueno. Se complicó mucho, complica la salud, complica las relaciones, el trabajo, la educación, todo. Entonces tenemos muchos enemigos adentro del barrio y creemos que por fuera del barrio también,

Ceci: No todos nos quieren

Coco: Por la posición, por la denuncia, por todo lo que hacemos, ¿no?, hay mucha gente que nos quiere y nos aprecia y mucha gente que nos odia y que está contenta y festeja cuando a nosotros nos va muy mal. Aun así, puede haber sido un desperfecto eléctrico.

Ceci: El hecho es que mientras el fuego estaba consumiendo el edificio, el galpón, había gente como celebrándolo.

E: ¿Gente del barrio?

Ceci: Sí, sí, gente del barrio, es decir el eslabón directo, en el barrio tiene que ser con la gente del barrio, ¿no? Por eso casi nunca nosotros decimos estamos en contra de Fulano, sino porque estamos con los pibes, pibes están destruidos, están casi en agonía, y bueno, estar al lado de ellos a partir de la verdad es muchas veces...

Coco: Sí, la destrucción la primera vez fue casi un 80%, salvamos algún camión que se pudo sacar, esta vez fue el 100%, todo, todo, hubo que empezar de cero, cero, cero. La primera vez algunos particulares, y sobre todo el Estado nos dieron los materiales enseguida, y los mismos compañeros, así como lo habían levantado, lo volvieron a levantar, porque detrás de cada cartonero hay herrero, carpintero, o albañil, electricista, ¿no?

E: ¿Cuándo decís el Estado, te referís a la Nación?

Coco: Si, Provincia y Nación. Por Provincia siempre se consiguió lo edilicio, o sea los materiales y en cambio, por Nación se

consiguen las máquinas a través del INAES, porque hay un fondo de cooperativas.

E: ¿Y camiones también?

Coco: Camiones no, camiones conseguimos de particulares

E: ¿No se quemaron los camiones?

Coco: Sí, sí, se incendiaron todos, ahora, de hecho, no tenemos camión, o sea, tenemos uno prestado.

Ceci: Probablemente ahora llegue un camión

Coco: Probablemente llegue un camión de Desarrollo Social de Nación y lo mismo la construcción la está haciendo una cooperativa que contrató Desarrollo Social, de la Provincia, sugerido por el Municipio, pero estamos ya a 8 meses, y todavía no...estamos lentos, después de 8 meses, viste, todo vale el doble. Juntás un cartón, se moja y ya vale la mitad, al no tener techo, y bueno, estamos medio descuajeringados. Está costando mucho más esta levantada que la anterior, además de tener todos un par de años más, y el contexto.

E: Yo me quedé pensando un poco en esto que hablaban de la droga y cómo impacta eso en los pibes del barrio ¿Hay articulación, con alguna política que ustedes identifiquen, una política pública que puedan echarle mano, que puedan laburar en conjunto?

Coco: Sí, hay. Hay por un lado mucho verso, mucho, mucho verso, de gente del Estado, gente que te devuelve la pelota. Con

esto del COE también, ¿viste? Estado -organizaciones, no está bien delimitado qué le toca al Estado y qué le toca a las organizaciones. Que tenemos que trabajar juntos lo sabemos, pero a veces el Estado se hace bien el pelotudo, ¿no?, y te dice, qué sé yo... en el Hogar de Cristo hubo un ataque psiquiátrico, y una vez y otra vez y otra vez, y otra vez y el Estado sigue diciendo “la Ley de Salud Mental dice que no se lo puede internar, tenelo vos”. Y te traen otros, te llaman pidiendo entrada de jóvenes con enfermedades psiquiátricas graves y consumidores, entonces se te arman unos despelotes, que vivimos con los pelos de punta

Ceci: El tema es que en la Parroquia funciona el Hogar de Cristo, que es una respuesta; después de quince años de deambular a ver qué hacemos, sobre todo con los chicos o las chicas que han consumido paco realmente el deterioro es muy grande.

E: ¿Ahora qué es lo que más consumen los pibes, de acá del barrio?

Coco: Pastillas, ¿no?, también hay paco

Ceci: Pastillas y combinado con alcohol, con cerveza, con fernet, o sea, hace estragos en la vida de los pibes, están totalmente descontrolados. Yo quería decir sobre el tema de salud mental, acá en el distrito de Quilmes, yo creo que la Secretaría de Salud, tanto sea a través del secretario como de la directora de APS, que nosotros hemos vivido una experiencia de salud comunitaria increíble, increíble. Si bien cuando se acerca el tema del COVID, cuando sucedieron los contagios en Azul, y empezaron a vislumbrar que esto ya se venía, se venía, nosotros, las organizaciones, salimos al cruce del secretario y lo hablamos.

- Surgimiento del COE

E: Esa era la pregunta ¿Cómo surge el COE?

Ceci: Surge así, lo buscamos y acá vino. Tuvimos dos o tres reuniones, él nos impresionó, la receptividad, entonces planteamos las preocupaciones y en seguidita pidió que me conectara con las organizaciones, y convocara a una reunión, que hicimos a la semana, semana y algo; nos reunimos. En el barrio hay como veinte y pico, treinta organizaciones,

E: ¿Ustedes convocaron? ¿El Secretario les pidió a ustedes que convocaran?

Ceci: Claro, porque en realidad nosotros y la gente, ¿Quién más estaba en ese momento? Bueno, porque recién estaban surgiendo, entonces convocamos. Estábamos ahí como empezando a ver qué hacer y ahí cuando se convoca, por supuesto empieza a tomar la coordinación la Secretaría de Salud. Así que así empezamos a reunirnos semanalmente y a organizar; en el primer momento como la Secretaría de Salud no tenía mucha idea, como es un barrio muy grande, mapeamos las organizaciones y subdividimos, en tres zonas, regiones y ahí empezamos a organizar los equipos de salud, por un lado, organizaciones sociales y después alguna persona de Desarrollo Social. Pero en general, Salud, organizaciones sociales, el Municipio con el tema del acompañamiento, de abastecer las necesidades.

E: ¿Y qué hacían inicialmente cuando mapearon?

Coco: Cada casa, puerta a puerta, se golpeaba, y “¿quién tiene fiebre y quién esta con tos y...? ¿Quién hay que aislar?”. Se

generaron centros de aislamiento, porque imagínate que acá no hay lugar, la gente vive hacinada, entonces había que aislar a toda la familia, algunos con internación, otros en centros de aislamiento,

E: ¿Aceptaban ir a los centros de aislamiento?

Coco: Y, a presión, viste, es decir costaba, no era fácil, porque la gente no quería salir de su casa, también por el tema de los robos, también porque se separaban. Además, se presionó mucho con el tema del agua, porque en muchos sectores de la villa no había agua, y entonces hubo toda una movida televisiva y compañía como para que se ponga el agua.

E: Por lo que había pasado en la Villa 31, con Ramona , de esa época me acuerdo...

Coco: Se armaron los puntos solidarios, es decir, las organizaciones aportamos desde los operadores, que iban casa por casa, los puntos solidarios donde se cocinaba, como se sigue cocinando ahora, para las familias que tenían que estar aisladas y para los que no podían salir a la calle a trabajar, se armaron un montón de puntos solidarios de cocina.

E: ¿y esos puntos dónde estaban?

Coco: distribuidos por el barrio, depende de algunas ...

Ceci: Las organizaciones iban disponiendo, “nosotros podemos”, “nosotros podemos”, nosotros nunca habíamos cocinado para la gente, solamente se cocinaba para los chicos que venían a apoyo escolar que tomaban desayuno y merienda

Coco: Algunos decidieron dar bolsones, otros cocinaban

E: Y vos decías hace un rato esto de ESTADO, COMUNIDAD, ¿qué le toca a cada cual? ¿y eso se jugó también en la experiencia del COE?

Coco: Sí, sí, mucho, porque en realidad, las organizaciones siempre estuvieron, por momentos más organizadas, por momentos menos organizadas, pero por ejemplo cuando existía el Grupo de los 8, eran 8 organizaciones que se reunían una vez por mes, por problemáticas puntuales.

E: ¿Eso antes del COE?

Coco: Uh, muchísimo antes, claro, 2003, 2004, es decir había una previa de las organizaciones tradicionales y son estas que tienen 15 años, 20 años, 30 años. 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 o tercera reunión el Estado vino. Porque se reunían ahí en ALAVI varias organizaciones, no todas, algunas sí, otras no, pero creo que era por una cuestión de quién dominaba, quién tenía el pulso de la situación. Después el Estado convocó, vino el Cuervo Larroque , también viene gente por fuera, invitan a los movimientos, Movimiento Evita y compañía, y ahí irrumpen muchas más organizaciones sobre todo sociales y partidarias, político partidarias, y a partir de ahí las organizaciones tradicionales que ya se venían reuniendo desde hacía mucho tiempo...

E: Las del grupo de los 8, digamos

Coco: Claro, que a veces eran 8, a veces eran 6, a veces 5, las organizaciones siempre estuvieron acá. 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?

E: Ahora vos decías Cecilia, que fue una experiencia muy potente, ¿no?, ¿Qué cambió en términos de pensar la salud comunitaria, pensar la salud del barrio, esta experiencia de COE, ¿qué les cambió? ¿O de la dinámica misma de la organización barrial?

Ceci: Si, ¿Qué cambió? No sé...Esto de que estamos en un lugar de exclusión, marginalidad absoluta de todas las posibilidades de la vida, y cuando es así, que el Estado está dispuesto a escuchar. Las organizaciones estamos presentes desde siempre, respondiendo ante las necesidades, poquito, mucho, lo que sea. Eso genera otra sinergia, otro aporte para mejorar las condiciones de vida. Esto que decían al principio: “hay que limpiar con la lavandina”, si primero no tienen para tomar el agua... en ese lugar, en la Cava, los niños ¿viste cómo están? ¡Chapucean en la basura y en las zanjas, donde confluyen todos los líquidos del barrio!, entonces lo primero es el agua potable. Eso costó, pero lo tomaron por la emergencia, eso era urgente, sobre todo en algunos sectores del barrio. Porque para nosotros acá es una cuestión, y en la Cava es otra. Entonces esto de visualizarlo, es muy importante...

E: ¿Hubo más contagios en la Cava que en el resto del barrio, o fue parejo?

Ceci: No, más o menos, o sea lo que pasa es que el hacinamiento, ¿viste que en el pasillo, hay casas que tienen 10, 12 personas?

E: El otro día en una reunión un compañero decía, “el pasillo es nuestro patio”.

Ceci: Claro, entonces cómo querés que estén encerrados, mejor que salgan acá, media hora, dejarlos salir a los niños, por lo menos ventilar las casas, ¿no?, es muy complejo

Coco: La Cava es más aireado que otros lugares, hay lugares muchísimo peores que la Cava, lo que pasa que la Cava impresiona por la laguna, por los chicos, pero adentro de la villa hay lugares con condiciones muchísimo peores. Sin luz, más chiquitas, con muchísima humedad

Ceci: Y después también la apertura del Centro de Salud, como que empezamos a circular, como que salió la salud a la calle, todos los agentes, y entonces, en ese sentido me parece que articulamos. Eso del trabajo en redes, que, si bien se daba, pero cuesta mucho, porque cada uno estamos armados como podemos. El tema de la política ideológica y la grieta, llegó cuando llegaron los voluntarios, surge de parte de nuestros educadores. Desde la parroquia teníamos que llevarle la comida, entonces un grupo de jóvenes se organizaron; al poco tiempo llegan algunos militantes que venían de las redes del Municipio, tenían mucha militancia, después empiezan a llegar en cantidad. En ese sentido como que fuimos allanando el prejuicio, ¿no?, porque ante algunas necesidades concretas, vitales, ahí, primero es lo primero, no nos podemos pelear. Entonces en ese sentido, me parece que generar espacios comunitarios de diálogo, o de discusiones; por ejemplo, anoche, surgió el eterno tema de la inseguridad en el barrio y la ausencia del Estado, a través del Ministerio de Seguridad o de

algunas otras cuestiones, se pudo visualizar entre todos lo que es el pensar, el pensamiento del barrio, que coincidimos, ¿no?, nosotros crecimos siempre en pos de mejorar la calidad de vida.

E: A mí me llamó la atención el otro día en la carpa que estaba el director del centro de salud, que estaba como uno más, y también estaba el muchacho este del Ministerio de Seguridad. Digo: esa presencia del Estado, porque es el Estado, desde el director del centro de salud, hasta el que viene del Ministerio, ¿Hizo que se vencieran ciertos prejuicios o sigue habiendo esta distancia, entre el Estado y la comunidad que marcabas?

Coco: Un poco las organizaciones sociales se achicaron y hubo tiempos en los cuales nos llevábamos muchísimo mejor con Provincia que con el municipio, en otros nos llevamos mejor con el Municipio que con Provincia, y la presencia de ellos siempre es muy positiva, digo por lo menos se puede disentir, se puede expresar, se puede llegar rápido.

Ceci: Igual durante todo el año, el primer año, el segundo también, la capilla fue el lugar de reunión, pero el equipo de las tres zonas cuando hacíamos, durante varios meses, sobre el mapeado, y que iban diciendo, “a ver dónde están los que son positivos”, y “a quien le toca, cuál es su límite”, nos juntábamos para reunirnos, charlar y comíamos en el Centro de los Chicos, que fue la base operativa del COE, durante mucho tiempo. Eso creo que de alguna manera facilitó, por ejemplo, en el caso mío, que yo no podía salir porque tengo enfermedades crónicas, pero por lo menos decíamos “acoger a los que están cuidando”, “cuidar a los que cuidan”, que también es una responsabilidad. Entonces nosotros que somos gente un poco más grande, ofrecimos de

alguna manera, un espacio cálido, que ayude a la conformación, constitución 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.

E ¿Y se saldó más allá que pasó la emergencia de la pandemia, se saldaron esas...?

Ceci: Sí, saldamos, no sé, además, nosotros no estamos en el barrio para algunas...

Coco: Motivos de poder o políticos, mientras haya una necesidad vamos a estar.

Ceci: Entonces se puede disentir el modo de encarar, puede ser, pero, como la intención es buscar lo mejor para la gente, para eso la mayoría de las instituciones coincidimos y también el Estado. Hay mucha gente que viene, que con el tiempo uno va conociendo, y la admira, ojalá que haya gente, autoridades que tengan esa visión, esa capacidad de mezclarse con la gente, de estar dispuestos a llegar a las necesidades de la gente, sino no tiene sentido. Y a su vez uno puede ir descubriendo quién es quién. Quienes vienen realmente con un noble de principio, ideas y otros que realmente tienen su mente muy chica con el objetivo del 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.

Hemos encontrado gente muy buena y bendecimos a Dios por eso, ¿no? Estábamos con la directora de APS, un día, a ella le gusta cantar, a mí también me gusta, y había algunas canciones que estábamos escuchando en un momento y dice ella: “Ay, mirá, el cristianismo también tiene algo que ver con el peronismo”, o sea coinciden cosas con el peronismo. Y la verdad es que está buenísimo, la frescura de decir, nos queremos mucho, no importa con qué lo compare. Entonces no importa con que nombre llamemos lo que llamemos, a nosotros nos interesa la verdad, la transparencia,

E: Me da risa porque digo, hay tanta historia entre el peronismo y el cristianismo. ¡Hay tanta!

Ceci: Ella estaba muy admirada, está bien, y me encanta que podamos ser así honestas, poder generar un vínculo auténtico para la construcción de una sociedad distinta más solidaria más ¿humana?, es lo mejor ¿no?

E: ¿Y hoy el COE, me decían que el viernes se reunieron, se siguen reuniendo como COE?

Coco: Sí, más esporádicamente y ayer puntualmente había varias cosas, sobre todo avisos que anunciar y planificar algunas actividades juntos.

E: ¿Y que están planificando ahora?

Coco: A mí, me pareció que lo mejor de la reunión fue cuando la directora contó que el hospitalito oficialmente se convierte en un centro de práctica para los médicos que se reciben, los generalistas. El que está a seis cuadras de acá, corresponde a la

zona de Don Bosco. Va a ser un centro de práctica para residentes, si quieren hacer su residencia acá, porque va a acercar mucho más la salud al barrio. También por los prejuicios de ir a trabajar a lugares que siempre son medio..., trabajar en una villa ... después cuando la gente ve, en realidad, cómo es la villa, en general termina queriendo quedarse para siempre acá. Sí, después se dieron avisos del estado del COVID, también de esta tecnicatura que se está haciendo, una diplomatura de la UNQUI, de Promotores de Salud, y hay varios de nuestro barrio que están anotados, yo digo entre los beneficios, o cosas positivas que quedaron después de la pandemia son este tipo de cosas, una mayor conciencia de la salud, muchos jóvenes descubrieron la salud como, a título de orientación vocacional, ¿no?, de querer cursar enfermería o algo. Después se habló del puesto de acompañamiento comunitario para los abuelos, de PAMI, que se instaló a raíz de la necesidad de que los abuelos estén mejor atendidos, hoy hace un año que comenzó a funcionar acá, ¿ves? Ahí está la cortina.

Ceci: Acondicionamos este lugar para que arranque.

Coco: Para que arranque y después se trasladó a la capilla.

E: ¿La médica que viene es de PAMI?

Coco: Sí, viene ella y una administrativa los cinco días de la semana, anexa al Centro de Jubilados que también se armó prácticamente en Pandemia, ¿no?

Ceci: Nosotros en esas intervenciones hemos sugerido, a una médica comunitaria muy importante del barrio, que era directora de otro centro de salud. Ella tiene mucha llegada con la gente de La Cava, muchas personas con tuberculosis y ella los siguió, los sigue, es decir tiene una presencia... nosotros le pedimos al Secretario de Salud que ella sea una de las médicas que se integren en el equipo, uno de los tres equipos. A mí me parece que, lo bueno de esto de la pandemia, es que en un momento tan difícil hayamos creado unas condiciones para poder construir un grupo comunitario, una cosa desde la experiencia comunitaria de las instituciones del barrio, el Estado al estar así reunidos con la comunidad, porque en realidad, yo creo que lo más torpe de los políticos, es negar que tenemos una historia, siempre parece que la gestión empieza de cero.

Coco: El mundo empieza con cada gestión

Ceci: Vivir en su ombligo, y eso. Este centro de salud, si vos supieras como era antes de esto, esto se hizo durante la gestión anterior³, que fueron renovando todo, antes era solamente una planta baja, muy, muy precaria. Entonces a mí me parece, ganamos, si nosotros somos capaces de mirar la vida, el caminar del pueblo, como historia, sería diferente. Vos estás en este momento protagónicamente, pero anteriormente también hubo gente que hizo, mal algunas cosas, y otras cosas bien; entonces me parece que esa construcción es lo que tenemos que sostener. En

³ Se refiere a la gestión de Martiniano Molina del PRO, como intendente durante el período 2015/2019.

ese sentido nosotros tenemos nuestra ideología, pero no ponemos una bandera detrás de cada cosa, si bien tenemos nuestro compromiso como religiosas, cristianas, pero no importa, podemos trabajar con el peronista, algunos somos peronistas, otros no lo somos, pero eso no nos separa, no es nuestro problema. Entonces en el COE, pudimos abrazarnos desde ahí, no mirarnos como enemigos, enemigas, sino que somos aliados para la lucha contra este virus que era tan amenazador. Entonces me parece, hoy alguno puede decir que hemos hecho mucho, hemos hecho mucho, pero las instituciones que estamos, yo, desde hace 22 años, hay otras mujeres y hombres que estuvieron desde hace 30, 40 años, somos parte de una historia que vamos haciendo, entonces me parece que ese aprendizaje es como la base de la salud comunitaria, como algo que podemos ir haciendo, y otras hay que seguir mejorando ¿no?

E: ¿Y si ustedes dijeran hoy cuáles son los problemas de salud del barrio, en términos de salud, vos decías recién la tuberculosis, que ven hoy como problema que debería abordarse o cuáles si son varios?

Coco: A nivel estructural, todos los problemas respiratorios y de piel son los más complicados, todos los respiratorios, por tener un pozo ciego al aire libre en medio del barrio, siempre decimos es más barata hacer la cloaca que seguir pagando en salud. El agua potable es otro tema, todavía si bien se mejoró mucho todavía no hay un proyecto de saneamiento, y después las enfermedades son esas ¿no?, tuberculosis, hay tuberculosis, hay problemas respiratorios muchísimos,

E: ¿Dejó huellas la pandemia en la salud de la gente?

Coco: Sí, huellas psicológicas muchísimas.

Ceci: Y físicas también, hay gente que vive, que sé yo, con diabetes, hipertensión, que se yo, neumonía a cada rato...

Coco: La pandemia esta, dice muy sabiamente esta médica que nombramos recién despertó las enfermedades dormidas, en cada uno, ¿no?, el que era propenso a, tuvo COVID, y el COVID disparó eso.

Ceci: Una de las deficiencias para mí es lo psicológico y lo psiquiátrico. Nosotros tenemos acá dos psicólogos, dos días, a tiempo parcial, cinco horas, y realmente con la población de adolescentes, de niños, no alcanza. Hay reacciones de conducta que se ve que, a diferencia de antes, por ejemplo, el otro día decían en la coordinación que el tema de las ideas de suicidio, desde agredirse, cortarse, es como muy frecuente entre los adolescentes, entre los chicos de 14, 13 años...

Coco: El sin sentido de todo, de la familia, del estudio, del progreso, del futuro

Ceci: Claro, y después con el tema del consumo problemático, los pibes están dañados, estamos viendo chicos que han sido consumidores desde el vientre materno, y que hay pibes que tienen 19, 20 años... Nosotros conocemos a las mamás desde que estaban embarazadas de esos niños, y hoy vemos a algunas de esas mujeres que están ahí deambulando. Ayer justo hablábamos que armaron una pequeña carpita en el obrador, y ahí están los pibes y pibas, consumidos y algunas embarazadas, otras con bebés, para

poder consumir hacen cualquier cosa, las chicas, y los chicos por supuesto, y algunas situaciones realmente no sabés como hacer.

E: Y en relación a esto que están planteando ¿En el COE se delinea alguna estrategia, se está pensando algo en conjunto?

Coco: No, no, no

Ceci: Ayer lo planteamos.

Coco: Como tantas otras veces, y siempre la culpa la tenemos nosotros que no denunciamos, es decir, la respuesta del Estado es hay que denunciar, hay que denunciar, hay que denunciar y la culpa, es si vos denuncias a la justicia, la justicia no resuelve, un círculo cerrado, vicioso.

Ceci: Es imposibilitado. Este (funcionario del ministerio de Seguridad), que es muy cercano, muy bueno, cualquier cosa lo llamamos pero es así, cerrado, nos culpa a nosotros que tenemos que denunciar, y hemos denunciado ...

E: Claro el tema es pensar mucho más allá del término de la denuncia ¿no? Eso que decían ustedes hace antes eso de despertar el sueño, pensar en un centro de formación profesional, de reparar los vínculos...

Coco: Y después si quieren hacen un poquito de inteligencia y saben dónde están los transas, todo el mundo sabe dónde están, basta seguir al patrullero y ver donde para a buscar la cometa para saber sabe quién es el transa. Pero eso ellos no lo admiten, no, no, no, la culpa la tenemos las asociaciones que no colaboramos. Por eso decía que el Estado te devuelve la pelota. Nosotros, primero no estamos para eso, segundo ya pagamos demasiadas

consecuencias por hacerlo, después está el Estado, en algún momento lo quiso hacer y lo hizo y lo logró, porque hubo tiempos donde, es verdad que se corrieron, se fueron a otros barrios, la pagaron otros, que tienen que ir a comprar a otros barrios, pero que se logró correrlos, se los corrió.

E: ¿Y cómo se hizo?

Coco: Con inteligencia e intervención, agarraron a 4 de las pestañas, se los llevaron, los metieron en cana y todo el mundo dijo acá no se puede vender más, y se fueron a vender a otro lado, así de simple. Y se llevaron gordos, no a los pibitos que están vendiendo, los que se llevan siempre, viste, que se llevan a los perejiles

Ceci: Y acá, en este momento, después que se cortó eso, bueno asumieron nuevas gestiones, nosotros les decimos cuando vemos a la Intendente o al Secretario de Salud, que al no haber una coordinación y cooperación mutua, una política del Estado en materia de seguridad, esto es un blanco total, cualquiera pueden estar...

Coco: Como todos los barrios, están todos los barrios explotados, Quilmes, en Berazategui, en Lanús, en todos lados. Ayer también lo dijimos, lo que pasa que no se puede, por el hecho de que está en todos los barrios explotados decir, bueno nos conformamos porque es un barrio igual que el otro, nosotros defendemos Itatí, después cada uno defenderá lo suyo.

Ceci: Pero el tema es un problema muy gordo, muy grave, por un lado, nosotros estamos haciendo este esfuerzo, las instituciones en pequeña o gran medida, con los apoyos escolares, siguiéndolos a los pibes, peleándonos, buscando una maestra que tenga un poco más, de que sé yo, una psicopedagoga, peleándola. Y ¿cuál es el camino de muchos de estos chicos? Terminan en la cárcel o muertos. Entonces decíamos cuando llegué, cuando llegamos, el primer tiempo del año 2000, 2001, 2002, durante dos años, hicimos un registro de los pibes, de las muertes, que eran bebés que morían por desnutrición, por algún problema respiratorio y la mayoría muertes violentas, no habíamos visto muertes de la gente que tengan 40, 50 años. Alcanzamos a registrar 28 pibes muertos, o sea eso era hace 22 años, hoy a mí me parece que la magnitud del problema es mucho más amplia, mucho más grave, porque estamos hablando no solamente de los pibes que consumen hoy sino de los chicos que están afectados desde el primer año de edad. Por eso me parece que, en esta etapa, nosotros en este momento en el Centro Educativo Popular hay entre primaria y secundaria alrededor de 200 chicos y ahí los que acompañan son educadores populares que son más o menos alrededor de 30. Muchos, desde el primer momento nosotros propiciamos primero los educadores populares que acompañan a los chicos, primero eran las mamás y después hay algunas abuelas y mamás que están, y estos jóvenes hoy después de más o menos 5,6,8 años atrás empiezan a definir su vocación. Desde, el año pasado, hay un grupo de apoyo escolar terciario que acompañamos, según la necesidad que vamos viendo, primero arrancamos con primaria, después ampliamos a secundaria porque los chicos van siguiendo, y después terciario,

universitario. Una de las primeras que se anotó, dos que se anotaron desde la cooperativa, se anotaron en la Jauretche⁴; una es una paraguaya, que vino, estaba viviendo, era educadora, ella quería estudiar, y después uno de los hijos de cartoneros, que no había terminado su secundario, o sea debía 2 materias, conocimos alguna persona, y él nos conectó con que se yo el Decano, y los pudimos meter. Estos 2 chicos hoy están, por recibirse y es una de las primeras que contratan desde el Ministerio de Salud de la Provincia para toda esta movida de salud. Ella estudió trabajo social, el otro chico administración de empresas, él después dejó y eligió otra carrera. En este momento hay 4 chicas que están estudiando Trabajo Social en la Jauretche, después hay como 5 o 6 que están estudiando profesorado, otros que están estudiando Psicopedagogía.

E: O sea no todos los pibes están con este problema...yo también vi los promotores, los que iban a las reuniones...

Coco: Noooooooooo, seguro, lo que pasa es que son un puñadito comparado con, pensá de 40.000 habitantes habrá 10.000 pibes.

Ceci: Por lo menos, es una población muy joven. Por eso estos chicos que han sido, varios que son, uno de los hijos de cartonero era el secretario de cartoneros, de la asociación, él terminó su secundaria lo eligieron o tenía posibilidad de ir a estudiar a Cuba, medicina, y hoy es médico, hace muchos años, creo que está trabajando en el hospital de Cañuelas, él vivía en La Cava. O sea,

⁴ Universidad Nacional Arturo Jauretche.

cuando desde las organizaciones acompañamos, sostenemos la trayectoria escolar, la trayectoria de la vida, de la familia,

Coco: Muchos la aprovechan

Ceci: Sí, si hay un antes y un después en estos 20 años, el COE es como fruto de toda esta trayectoria de todas las instituciones, somos una de varias.

E: Yo tengo una pregunta más, que igual fuimos hablándolo, pero más como proyección a futuro, si se habla en el COE en relación a como seguir, ¿si hay alguna planificación de las organizaciones?

Coco: No, siempre son iniciativas que vienen del Estado o ya medio armaditas, las organizaciones estamos muy “hoy”, como subsistir, ¿no?, porque hay una crisis dirigencial, digamos, ¿no?, en los dirigentes, y sobre todo porque los mejores dirigentes y los que se capacitan se van con trabajos. Porque no está reconocido el educador popular, el Ministerio de Educación nunca lo ha reconocido, ni Desarrollo Social tampoco, entonces los chicos se capacitan, se forman, los entusiasamos, hacen un trabajo solidario o con el plan este Potenciar Trabajo⁵ pero, o nosotros mismos a veces le conseguimos trabajo o cuando podemos llevarlos a otro lado, porque ellos tienen que vivir. Entonces hay una gran inversión en formación y está bien que así sea, para otros sectores o para otros tipos de trabajo, pero no hay una planificación, en educación, un montón de veces planteamos la

⁵ El programa Potenciar Trabajo estaba destinado a mejorar los ingresos de aquellas personas en situación de alta vulnerabilidad, que se desempeñaban en la llamada economía informal y quedaban excluidos de cualquier otro beneficio estatal.

posibilidad de generar otro tipo de escuela, de plantear juntos, así como lo hicimos con salud que lo mismo se haga en educación y no.

E: El COE quedó, digo, el COE se reúne a instancias de alguna convocatoria de la Secretaría de Salud...

Coco: Sí, sí, generalmente de la Secretaría de Salud y de la concejal....

E: ¿no tienen otro ámbito de reunión ustedes?

Coco: No, no, como organizaciones no, también es porque nos estamos rearmando después de la pandemia, estamos volviendo a lo que fuimos antes de la pandemia, con todo el cansancio y todo lo que nos quedó, a todos nos quedaron pegados comedores y otras cosas que no teníamos y que se nos sumaron, más todas las consecuencias psicológicas y físicas de los que dirigimos, que no son pocas. Porque digamos también todos quedamos medio maltrechos

E: ¿Se contagiaron ustedes?

Coco: Y todos, hubo dirigentes que tuvieron 6 veces positivo, internados, el presidente de la cooperativa nuestra estuvo internado como 3 meses, y eso no es poca cosa viste, digamos estamos saliendo de una guerra aprendiendo a reconstruirnos, la cooperativa de cartoneros concretamente desde lo edilicio, el apoyo escolar todavía no lo pudimos terminar de reconstruir, uno de los apoyos escolares, el de primaria, entonces estamos con muchos frentes internos de rearmado.

E: ¿Y otros espacios de reunión con otras áreas del Estado no tienen, más que el COE?

Ceci: Pero lo que pasa es que el COE, que de alguna manera es salud, es la pandemia, pero se abordan todos los temas, la seguridad y cuando hay, que se yo, los abuelos, tercera edad, y ahora con el tema de intervención de, ¿cómo se llama? Organismos de intervención de urbanización.

Coco: Sí, después de un tiempo, de un impasse, hace 6 meses que paramos de reunirnos. Algunas veces nos hemos reunido, pero por algo puntual, ahora vamos a reunirnos una vez por mes, ayer decidimos volver a encontrarnos una vez por mes. Los primeros viernes de cada mes, 6 de la tarde en la capilla.

E: Yo no tengo más nada que preguntar, más que agradecerles muchísimo, muchísimo, el tiempo

Ceci: Después cuando terminen la investigación, les pedimos que los materiales nos los hagan llegar, de alguna manera sirve también.

Bibliografía

- Achilli, E (2005). *Investigar en Antropología Social. Los desafíos de transmitir un oficio*. Rosario: Laborde.
- Ausburguer, A. C. (2002). De la epidemiología psiquiátrica a la epidemiología en salud mental: el sufrimiento psíquico como categoría clave. *Cuadernos médicos sociales*, N° 81, 2002, pp. 61-75.
- Bauman, Z. (2003). *Comunidad: En busca de seguridad en un mundo hostil*. Buenos Aires, Siglo XXI.
- Borrell, R. (2005). La educación médica en América Latina: debates centrales sobre los paradigmas científicos y epistemológicos. En: Chiara RM. *Proceso de transformación curricular: otro paradigma es posible*. Pp. 11-57. Rosario, Universidad Nacional de Rosario.
- Bourgois, P. (1995). *En busca de respeto. Vendiendo crack en Harlem*. Buenos Aires, Siglo XXI, 2003.
- Bury, M. (1982). Chronic illness as biographical disruption. *Sociology of Health and Illness*, Vol. 4, N° 2, 1981, pp. 167-182.
- Bury, M., Gabe, J., (ed.). (2004). *The sociology of health and illness: A reader*. London, Routledge Student Readers.

Bury, M. (2011). Doença crônica como ruptura biográfica. *Tempus–Actas de Saúde Coletiva*, Vol. 5, N° 2, 2011.

Cariaga, M. E. & Ferreira, M. (2020). La corresponsabilidad ante el COVID 19 en los barrios populares. Relatos de Villa Itatí. *Debate Público*, Año, 10, N° 20, 2020.

de Marinis, P. (2005). 16 comentarios sobre la(s) sociología(s) y la(s) comunidad(es). *Papeles del CEIC*, N° 15, marzo de 2015.

Diez, M.C. y Scaglia, M.C. (2023). “Producir conocimiento con (y para) lxs actorxs y no sobre ellxs” en las Décimas Jornadas sobre Etnografía y Métodos Cualitativos. Posadas, Misiones, Argentina, los días 27, 28 y 29 de septiembre de 2023. EJE 9 Métodos cualitativos y etnográficos en tareas de extensión, gestión e intervención en organizaciones e instituciones privadas y estatales.

Dotti, J. E., (1994). “Pensamiento político moderno”. En: *Lo cóncavo y lo convexo: Escritos filosófico-políticos*. Pp. 193-211. Madrid, Guillermo Escolar editor, 2021.

Epele, M. (2001). Etnografías de Riesgo. *Revista del Centro de Estudios etnolingüísticos y antropológico-sociales*; Rosario: Lugar. p. 33 - 42

Esposito, M., Bustos, S., Cardonetti, L., Pueyo Alvarado, M., Latorre, B., Parrilla, L., Garcia, E., Kreplak, N., Konfino, J. (2021). Aislamiento comunitario como estrategia para la mitigación de

un brote de COVID-19: el caso de Villa Azul. *Global Health Promotion*, Vol. 28, N° 3, abril de 2021, pp. 114-121.

Esposito, R. (2003). *Communitas: origen y destino de la comunidad*. Buenos Aires, Amorrortu Editores.

Flexner, A. (1910). Medical Education in the United States and Canada. A Report to the Carnegie Foundation for the advancement of Teaching. *Bulletin* No.4. Boston, Updyke.

Gallastegui, M., Rosselló, G., Vinuesa, M., Martelli, E., Ojeda Morcos, L., Sánchez Correa, H., Moodie, A., Bustos, S., Cardonetti, L., Konfino, J. (2022). El rol de un centro de aislamiento sanitario extrahospitalario durante la pandemia de COVID-19: la experiencia de Quilmes. *Rev Argent Salud Pública*. N° 14 Supl COVID-19: e52, julio de 2022.

García, R. (1990). Dialéctica de la integración en la investigación interdisciplinaria. En: Cuartas Jornadas de Atención Primaria de la Salud y Primeras de Medicina Social, Argentina: Comisión Argentina de Residentes del Equipo de Salud.

García, R. (2006). *Sistemas complejos. Conceptos, método y fundamentación epistemológica de la investigación interdisciplinaria*. Barcelona, Gedisa.

Geertz, C. (1983). Descripción densa: hacia una teoría interpretativa de la cultura. En: *La interpretación de las culturas*. Barcelona, Gedisa, pp. 19-40.

Guber, R. (2001). *La Etnografía: método, campo y reflexividad*. Buenos Aires: Editorial Norma.

Hegel, G. (1821). *Principios de la filosofía del derecho*. Buenos Aires, Editorial Sudamericana, 2004.

IEC - CONADU, 2007 - HACIA UNA NUEVA LEY DE EDUCACION SUPERIOR - Documento elaborado por el IEC-CONADU y aprobado para el debate por el Congreso Extraordinario. Disponible en: <https://conadu.org.ar/hacia-una-nueva-ley-de-educacion-superior/>

Iglesias, N. G., Gebhard, L. G., Carballeda, J. M., Aiello, I., Recalde, E., Terny, G., ... Brardinelli, J. I. (2021). SARS-CoV-2 surveillance in untreated wastewater: Detection of viral RNA in a low-resource community in Buenos Aires, Argentina. *Revista Panamericana de Salud Pública*, Vol. 45, N° 1, octubre de 2021.

Inchaurraga, S. (2020). Prólogo. En Pavlosky, F. *El dispositivo Pavlovsky para el tratamiento de los consumos problemáticos*. Noveduc.

Jirón, P e Imilan, W. (2016). Observando juntos en movimiento: posibilidades, desafíos o encrucijadas de una etnografía colectiva. *Rev. ALTERIDADES*, Vol. 26, N° 52, 2016, pp. 51-64

Johnstone, L. & Boyle, M. with Cromby, J., Dillon, J., Harper, D., Kinderman, P., Longden, E., Pilgrim, D., Read, J. (2018). *The Power Threat Meaning Framework: Overview*. Leicester, British Psychological Society.

Konfino, J., Bustos, S., Buey, F., L'Arco, G., Cardonetti, L., Napoli, N., Gallastegui, M., Begue, C., Lopez, N. (2021). Abordaje comunitario de la pandemia de COVID-19 en Quilmes. A propósito de un caso en Villa Itatí, Gran Buenos Aires, Argentina 2020. *Revista Argentina de Medicina*, Vol. 9, N° 3, 2021, pp. 194-201.

Konfino, J. y Igolnikow, E. (2021). *Faros de salud (Health Lighthouse): el COE Villa Itatí Unida frente a la pandemia del Covid19*. Documental disponible en: https://www.youtube.com/watch?v=D6Cnt_YWQPM

Konfino, J. (2021). *Faros de salud: El COE Villa Itatí Unida frente a la pandemia del Covid19*. Quilmes. Recuperado de https://issuu.com/farosdesalud/docs/fotolibro_version_digital_1.3

Maneiro, M. (2022). *El Centro de Integración Comunitaria como actor local relevante en la atención de la salud en pandemia: El caso de La Madera (San Francisco Solano, Quilmes)*. Recuperado de <https://ri.conicet.gov.ar/handle/11336/202603>

Marcilese, J. (2019). Orígenes y evolución de la extensión universitaria. En: *La extensión en la Universidad Nacional del Sur: orígenes y extensión 1948- 2018*. Bahía Blanca: Universidad Nacional del Sur, pp. 29-36.

Menéndez, E. (2006). *Participación Social ¿para qué?* Buenos Aires, Lugar Editorial.

Ministerio de las Mujeres, Géneros y Diversidad (2021). Dirección Técnica de Registros y Bases de Datos. *Datos Públicos, Línea 144*.

Morin, E. (1998). *Introducción al pensamiento complejo*. Barcelona: Gedisa.

Muñoz, L., Pífano, M., Bolzán, A., Varela, T., Comes, Y., Specogna, M., Ceriani, L., Konfino, J., Kreplak, N., & Garcia, E. (2020). Surveillance and Seroprevalence: Evaluation of IgG antibodies for SARS-Cov2 by ELISA in the popular neighborhood Villa Azul, Quilmes, province of Buenos Aires, Argentina. *Scielo Preprints*, agosto 2020.

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.

OPS/OMS (2003). Atención Primaria de Salud en las Américas: las enseñanzas extraídas a lo largo de 25 años y los retos futuros. 44º Consejo Directivo – 55º Sesión del Comité Regional. EEUU.

OPS/OMS (2005). Renovación de la Atención Primaria de Salud en las Américas. Borrador para la discusión. Documento Oficial.

Organismo Provincial de Integración Social y Urbana (OPISU) (2019). Gobierno de la Provincia de Buenos Aires. Proyecto de Transformación Urbana del Área Metropolitana de Buenos Aires (AMBA) “Mejora del Hábitat en Barrios Vulnerables del GBA”.

Financiamiento Adicional/Fase II". Proyecto de Integración Social y Urbana Villa Itatí y Villa Azul. Evaluación Social.

Organización Panamericana de la Salud, OPS. (2024). *Centro de Operaciones de Emergencia*. Disponible en: <https://www.paho.org/es/emergencias-salud/centro-operaciones-emergencia-coe>

Perez, D., Lakonich, J., Cecchi, N., y Rotstein, A. (2009). *El compromiso social de la universidad latinoamericana del siglo XXI: Entre el debate y la acción*. IEC-CONADU. Disponible en: <https://biblioteca.clacso.edu.ar/Argentina/iec-conadu/20100317010331/2.pdf>

Pozzio, M., Silberman, M. (2022). Aprender haciendo durante la pandemia: el caso del voluntariado Vicente Ierace1 de la Universidad Nacional Arturo Jauretche (Argentina 2020-2021). *Revista de Educación*, N° 27.2, 2022, pp. 101-114.

Rockwell, 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.

Rockwell, E. (2009). *La experiencia etnográfica: historia y cultura en los procesos educativos*. Buenos Aires, Paidós.

Rozitchner, L. (2012). *Filosofía y emancipación: Simón Rodríguez, el triunfo ejemplar*. Buenos Aires, Biblioteca Nacional.

Scaglia, M. 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>.

Scaglia, M. C., Albano, D., Osella, N., Percovich, N., Saraceno, M., de Zavalía, D. (2023). La salud comunitaria en construcción. La experiencia de una asignatura de la carrera de medicina en una universidad del conurbano. *Contribuciones en CyT*, Vol. 1, N° 1, diciembre de 2023, pp. 1-32.

Scaglia, M. C., Rivas, L. (2020). Militando territorios saludables. En: Silberman, M y Lois, I. (Coord). *La salud comunitaria en debate*. Florencio Varela, Editorial UNAJ, pp. 39-59.

Scaglia, M. C. Hartfiel, M. I. et. al. (2020). "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" proyecto presentado a la convocatoria UNAJ Investiga 2020.

Schumacher, A. E., Kyu, H. H., Kisa, A., Lim, S. S., Kisa, S., Murray, C. J., & Demographics Collaborators. (2024). Request Global age-sex-specific mortality, life expectancy, and population estimates in 204 countries and territories and 811 subnational locations, 1950–2021, and the impact of the COVID-19 pandemic: a comprehensive demographic analysis for the Global Burden of Disease Study 2021. *The Lancet*, Vol. 403, N° 10440, 2024, pp. 1989-2056.

Silberman, M. (2021). Apuntes para debatir la Salud Comunitaria. En: Silberman, M y Lois, I. (Coord). *La salud comunitaria en debate*. Florencio Varela, Editorial UNAJ, pp. 19-35

Sontag, S. (1988). *La enfermedad y sus metáforas. El sida y sus metáforas*. Madrid, Taurus pensamiento, 1997.

Spadea, A., Begue, C., L Árcos, G., Calvo, A., Konfino, J. (2023). Universidad y gestión municipal: la construcción de un trabajo articulado para dar respuesta a la irrupción de la pandemia COVID-19 en el municipio de Quilmes. En: AA. VV. *Pandemia COVID-19 en Quilmes: historias de trabajos colaborativos de la universidad y el municipio*. Pp. 32-45. Quilmes, Universidad Nacional de Quilmes.

Stolkiner, A. I., Ardila Gómez, S. E. (2012). Conceptualizando la Salud Mental en las prácticas: consideraciones desde el pensamiento de la medicina social/salud colectiva latinoamericanas. *Vertex. Revista argentina de psiquiatría*, Vol. XXIII, N° 101, enero-febrero de 2012, pp. 57-67.

Tönnies, F. (1887). *Comunidad y Sociedad*. Buenos Aires, Losada, 1947.

Trincherro, H. (2007). *Aromas de lo exótico (Retornos del objeto)*. Buenos Aires, Editorial Sb.

Ulloa, F (1988). *La ternura como contraste y denuncia del horror represivo*. Buenos Aires, Eudeba.

UNAJ, *Agenda estratégica 2022 - 2025*. Disponible en: <https://planestrategico.unaj.edu.ar/wp-content/uploads/sites/29/2023/10/AGENDA-ESTRATEGICA-UNAJ-2022-2025-V20231010vic-1.pdf>

Zapata, L. (2017). La UNPAZ vista por los/as estudiantes: exploraciones en torno a situaciones y actores. En: *Revista de Trabajo Social*, Año 1, N°1, 2017, pp: 91-102.

Autores

Natalia Vanina Baigorria

Es docente de la Asignatura Salud Pública en el Instituto de Ciencias de la Salud (ICS) de la Universidad Nacional Arturo Jauretche (UNAJ). Es Licenciada en Trabajo Social (Universidad de Buenos Aires – UBA), Doctoranda en Salud Pública (Universidad de Ciencias Empresariales y Sociales - UCES), cuenta con un Diplomado Superior de la Facultad Latinoamericana de Ciencias Sociales (FLACSO) como parte del trayecto de la Maestría en Género y Políticas Públicas. Ha realizado otras diplomaturas como la de Gestión en Salud por la Universidad Nacional de Avellaneda (UNDAV) y de Litigio estratégico en Derechos Sociales y Ambientales por la Universidad Nacional de José C. Paz (UNPAZ). Se ha desempeñado como Directora Municipal de Derechos de las Mujeres y Equidad de Género en el Municipio de Lomas de Zamora y como Coordinadora en Patronato de Liberados Bonaerense en la Provincia de Buenos Aires. Actualmente se desempeña en el Ministerio Público de la Defensa, Defensoría General de la Nación, en el Programa de Asistencia y Patrocinio especializado en Violencia de Género; y en las Unidades de Letrados Móviles ante los fueros Civil, Comercial y del Trabajo.

Jorge Bouzali

Es médico (Universidad Nacional de La Plata - UNLP). Especialista en Medicina General y Familiar. Desde 2009 trabaja en Atención Primaria de la Salud, en el Municipio de Quilmes y desde 2018 es director del Centro de Atención Primaria de Salud (CAPS) de Villa Itatí, desempeñando tareas de gestión y articulación comunitaria. Es participante del Comité Operativo de Emergencia (COE) de Villa Itatí. Desarrolla tareas docentes en el CAPS recibiendo alumnos rotantes de Medicina de UBA, UNAJ, Universidad Nacional de Lanús (UNLA) y residentes de Medicina General del Programa de Residencias Integradas Multidisciplinarias (PRIM) Don Bosco, Quilmes, y de la Diplomatura en promoción de cuidados integrales de las personas gestantes, niñas y niños en la primera infancia de la Universidad Nacional de Quilmes (UNQ). Fue becario de investigación a través de la Beca de investigación en salud Julieta Lanteri, que otorga la PBA, con un trabajo asociado a la investigación que rescata este libro.

Soledad Bustos

Es médica egresada de la Universidad Nacional del Sur (UNS), Bahía Blanca. Hizo la residencia de Medicina General en el PRIM de Lanús, y el diploma en Atención Primaria de la Salud y Salud Comunitaria de la Escuela de Gobierno en Salud Floreal Ferrara PBA y la UNPAZ. Trabajó como médica en el primer nivel de atención en los municipios de Lanús y Brown. Es Subsecretaria de Atención Primaria del Municipio de Quilmes. Como docente, se desempeñó de forma ad honorem, recibiendo estudiantes de

medicina del último año que necesitaban prácticas en el Primer Nivel de Atención, durante su trabajo asistencial en la Obra Social de Unión Obrera de la Construcción de la República Argentina (UOCRA). También fue docente del diploma de extensión de la UNQ-Municipio de Quilmes: "Diploma en Promoción de Cuidados Integrales de las Personas Gestantes, Niñas y Niños en la Primera Infancia". Entre agosto del 2022 y diciembre de 2023 fue docente de la carrera de medicina de la UNAJ, en la materia Género, Sexualidad y Reproducción.

Florencia Calcagno Collado

Es psicóloga (UBA). Es docente e investigadora en el Instituto de Ciencias de la Salud de la UNAJ, donde se desempeña como docente de Conocimiento y Ciencias de la Salud y como coordinadora de la materia Sujeto y Sociedad de la Licenciatura en Kinesiología. Conformó el equipo de asistencia integral a víctimas de terrorismo de Estado en el Centro Ulloa de la Secretaría de Derechos Humanos de la Nación. Forma parte de este equipo de investigación, participando de las ponencias y publicaciones. Cuenta con experiencia y trayectoria en la formulación, planificación y ejecución de políticas públicas de derechos humanos. Ha centrado su interés e investigación en torno al padecimiento subjetivo y la salud comunitaria en equipos interdisciplinarios, realizando diagnósticos participativos locales y formando facilitadores comunitarios.

Jonatan Konfino

Es médico, especialista universitario en Medicina Interna, magister en Efectividad Clínica y doctor en Medicina por la Universidad de Buenos Aires. Realizó su residencia en medicina interna en el Hospital de Clínicas y luego un Fellowship en Medicina Interna General en la misma institución. Ha participado en el desarrollo y publicación de decenas de artículos científicos, boletines epidemiológicos, encuestas poblacionales, libros, capítulos de libros y un documental. Ocupó diferentes cargos nacionales y municipales. Es Investigador adjunto de CEDES y profesor de Salud Pública de la Universidad Nacional Arturo Jauretche, la Universidad de Buenos Aires y del Milken Institute of Public Health of George Washington University. Durante el desarrollo de la investigación que recoge el libro, se desempeñaba como Secretario de Salud del Municipio de Quilmes.

Natalia Osella

Es psicóloga y magíster en Salud Mental (Universidad Nacional de Córdoba). Es maestranda en políticas públicas (Universidad Torcuato Di Tella). Es docente e investigadora de la UNAJ, forma parte del plantel docente de la materia Conocimiento y Ciencias de la Salud. Participó en diversas investigaciones vinculadas a representaciones sociales en salud mental comunitaria tanto en estudiantes como en docentes de las carreras de salud y en temáticas vinculadas al padecimiento subjetivo y la implementación de la Ley Nacional de Salud Mental. Forma parte del grupo de investigación que relata este libro. Fue parte del equipo docente del Programa de Apoyo a la graduación de

estudiantes de enfermería trabajando como tutora de numerosas tesinas. Además, fue directora de tesis de estudiantes de la Licenciatura en Psicología (UBA). Trabajó en la formación de recursos humanos en salud en investigación y en temas de violencia institucional.

Estefania Panizoni

Es médica clínica y especialista en Efectividad Clínica y Sanitaria. Es estudiante de la Maestría en Investigación Traslacional en la UNAJ e investigadora de la Fundación Huésped en la Dirección de Investigación en Implementación. Realiza investigaciones de base comunitaria con mujeres trabajadoras sexuales de Argentina, personas trans y otras comunidades marginalizadas. Fue docente de la carrera de Medicina de la UNAJ y actualmente es docente de Metodología de la Investigación en la UCA-Cuyo.

Nadia Marina Percovich

Es licenciada y profesora en Psicología (UBA). Se desempeña como docente e investigadora de la UNAJ. Es coordinadora de las asignaturas Conocimiento y Ciencias de la Salud del Ciclo Básico de Salud y de Salud Mental y Condiciones de Vida, Autoagresión y Estrés de la carrera de Medicina. Se encuentra realizando su tesis de maestría en Salud Pública (UNR) sobre trabajo interprofesional en salud mental y cursando el Doctorado en Salud Mental Comunitaria (UNLA). Participó en investigaciones en torno al padecimiento subjetivo y su abordaje en relación a la Ley Nacional de Salud Mental, así como en proyectos sobre violencia institucional, salud mental y género. Forma parte del

equipo de investigación que relata este libro y dirigió el proyecto de vinculación asociado al mismo. Es parte del Comité Editorial de la revista *Desde Aquí - Cimientos para una Salud Situada*, del ICS de la UNAJ.

Mariana Inés Saraceno

Es bióloga (UBA) y magíster en Ecología (Universidade de Brasilia, Brasil) con beca de la NSF. Desde 2015 se desempeña como docente e investigadora del Instituto de Ciencias de la Salud de la UNAJ. Forma parte del grupo de investigación en salud comunitaria desde sus inicios, donde junto al equipo de investigación participó de diversas publicaciones y presentaciones en congresos. Fue codirectora del proyecto de vinculación asociado a este libro y participa también en proyectos de investigación y vinculación junto al Grupo Interdisciplinario en Ambiente y Sustentabilidad de la UNAJ (GIIAS) en proyectos de investigación-acción desde el marco de salud colectiva.

María Cecilia Scaglia

Es doctora y licenciada en antropología (UBA). Se desempeña como docente investigadora de la UNAJ y de la UBA. Ha realizado trabajos de investigación en el campo de la antropología de la salud, las políticas sanitarias en el primer nivel, y la formación de trabajadores de la salud desde un paradigma renovado. Dirige el equipo de investigación en el que se enmarca esta publicación y ha dirigido otros proyectos de investigación vinculados con la salud comunitaria, con la economía popular y el lugar de los cuidados en esos espacios. Ha sido directora también de diferentes

proyectos de vinculación y extensión en barrios populares del Área Metropolitana de Buenos Aires. Participó como editora de varias publicaciones científicas, y también publicó libros, capítulos de libro y artículos en el campo de la antropología económica, la antropología de la salud y las políticas públicas. Actualmente dirige *Desde Acá - Cimientos para una salud situada*, que es la revista del Instituto de Ciencias de la Salud de la UNAJ. Además, ha realizado trabajos de consultoría para diferentes organismos nacionales e internacionales.

María Magalí Turkenich

Es Licenciada en Sociología (UNLP) y se encuentra realizando su tesis en para la Maestría en Intervención Social (FSOC/ UBA). Se ha especializado en el campo de los estudios sociales de la ciencia con perspectiva de género y en el campo de las políticas sociales e intervención social. En los últimos años, ha trabajado temas relacionados a la vinculación, producción y usos de conocimientos y al impacto social de la ciencia y la tecnología; género e innovación en entornos vulnerables. En la UNAJ, desarrolla su actividad como docente adjunta de la asignatura Salud y Sociedad de la carrera de Medicina y como coordinadora académica del Ciclo Básico de Salud, correspondiente al primer año común de las carreras del ICS. Como investigadora formó parte del Programa de Investigación en Políticas y Gestión de Redes de Servicios de Salud donde ha trabajado específicamente sobre la producción y usos de conocimientos en las Redes Integradas de Servicios de Salud. Ha publicado artículos, capítulos de libros y el libro “Redes y Territorios: Aportes para planificar la

política de Salud en nuestra región”, junto con la Mg. Daniela Álvarez.

Diego de Zavalía Dujovne

Es profesor de Filosofía (UBA). Forma parte del equipo docente de la asignatura Conocimiento y Ciencias de la Salud del Instituto de Ciencias de la Salud (ICS) de la UNAJ. También es docente de Teoría Política y Social II de la carrera de Ciencia Política de la UBA. Participa del equipo editorial de varias publicaciones académicas: editor del *Boletín de la Asociación de Estudios Hobbesianos*, secretario de redacción de *Conceptos Históricos* (UNSAM) y editor adjunto de *Desde Aquí - Cimientos para una salud situada*, la revista del ICS. Sus temas de investigación son la teoría política moderna y la salud comunitaria. Además de formar parte desde el inicio de este equipo de investigación, ha participado de un proyecto financiado a través de una Beca Julieta Lanteri (Ministerio de Salud, PBA) para investigar sobre los cambios producidos en los modos en que se abordan los procesos de salud, enfermedad, atención y cuidados en Villa Itatí tras la pandemia.

Esta obra recoge el trabajo de un equipo de investigación de la Universidad Nacional Arturo Jauretche (UNAJ), centrado en la salud comunitaria como eje teórico, político y estratégico de intervención. A partir de la experiencia del Comité Operativo de Emergencia (COE) en Villa Itatí, Quilmes, durante la pandemia de COVID-19, se exploran los sentidos del concepto de salud comunitaria, la participación social en salud y las relaciones entre los saberes y prácticas de las comunidades.

El libro ofrece una reflexión sobre la metodología de investigación colectiva y las implicancias de la vinculación universitaria en contextos de crisis. Con una perspectiva interdisciplinaria y etnográfica, se destacan los vínculos entre organizaciones sociales y el Estado, y se abordan temas como el padecimiento subjetivo y la salud integral desde una óptica comunitaria.

Una obra que invita a repensar la salud desde el territorio y los lazos sociales, dando voz a quienes protagonizan las transformaciones en sus propias comunidades.



OBRAS
COLECTIVAS
SOBRE RESULTADOS/
AVANCES DE
INVESTIGACIÓN

Secretaría de

**Investigación y
Vinculación Tecnológica**

Dirección de

**Gestión de la
Investigación**

ISBN 978-631-91005-6-3



9 786319 100563