

## Artículos seleccionados

# Participación Social en pandemia. Análisis desde una experiencia en Salud Ambiental

**Araceli Vidal<sup>a</sup>**

Fecha de recepción:	15 de mayo de 2022
Fecha de aceptación:	31 de mayo de 2022
Correspondencia a:	Araceli Vidal
Correo electrónico:	araceli.vidal@hotmail.com

a. Lic. Trabajo Social (UBA). Residente del Hospital General de Agudos "Dr. José María Penna" GCBA.

### Resumen:

El presente trabajo consiste en el análisis de la categoría de Participación Social, a partir de la experiencia de un equipo interdisciplinario de Salud Ambiental en un barrio popular al sur de la Ciudad Autónoma de Buenos Aires. El mismo se sitúa en el contexto de la segunda ola de contagios por la pandemia de Covid-19, en donde cobran centralidad las tareas asistenciales y de urgencia, revalorizando un modelo de atención tradicional en salud ligado al Modelo Médico Hegemónico y relegando las tareas promocionales-preventivas. Es así que las actividades territoriales se vieron afectadas, poniendo en duda la continuidad de las prácticas de salud comunitaria. A lo largo del trabajo realice una conceptualización de la Salud Ambiental desde una perspectiva de la Salud Colectiva y las particularidades que adquiere en el territorio. A su vez, abordé la categoría de Participación Social desde las diferentes miradas con las que se interviene en el territorio. Los debates en relación a las maneras de entender la salud y la participación se presentan cotidianamente a través de distintas voces, atravesadas por distintas formas de leer el contexto y de intervenir en él. La clave para la resolución de estos debates termina siendo la colectivización de estas discusiones.

**Palabras clave:** Salud ambiental - Participación social - Salud colectiva.

*Summary*

*The present work consists of the analysis of the category of Social Participation, based on the experience of an interdisciplinary team of Environmental Health in a popular neighborhood in the south of the Autonomous City of Buenos Aires. It is situated in the context of the second wave of infections due to the Covid-19 pandemic, in which care and emergency tasks take center stage, revaluing a traditional health care model linked to the Hegemonic Medical Model and relegating the tasks promotional-preventive. Thus, the territorial activities were affected, calling into question the continuity of community health practices. Throughout the work, make a conceptualization of Environmental Health from a perspective of Collective Health and the particularities that it acquires in the territory. In turn, I addressed the category of Social Participation from the different perspectives with which the territory is intervened. The debates in relation to the ways of understanding health and participation are presented daily through different voices, crossed by different ways of reading the context and intervening in it. The key to resolving these debates ends up being the collectivization of these discussions.*

*Key words: Environmental health - Social participation - Collective health.*

**Palabras iniciales**

La reconfiguración de acciones y prácticas por la pandemia de Covid-19 no resulta una novedad para los equipos de salud, ni para la población en general, sin embargo la asistencia a una nueva ola de casos que amenazó con cifras récord de contagios y muertes en el país, sumado al escenario internacional en América Latina y el mundo; y las restricciones dictadas por los distintos gobiernos (nacional y distritales), obligaron a los equipos de salud a repensar nuevamente las prácticas que de forma incipiente fueron retomando en los meses de verano post primer ola de pandemia.

Este -reiterativo- cambio de escenario trajo aparejado un conjunto de debates hacia adentro de los equipos de salud en general, y particularmente en aquellos que durante años fueron desplegando intervenciones comunitarias y territoriales. Durante el 2020 se prohibieron las actividades comunitarias, limitando y/o priorizando la atención de la salud a lo urgente o agudo, desplazando a las actividades de promoción de la salud - fundamentales en la estrategia de atención primaria de la salud y salud colectiva-.

El predominio del modelo médico hegemónico y de la salud individual, ligada al riesgo, fortalecieron durante la pandemia la prioridad hacia una perspectiva de salud asistencial. Los resabios de esas definiciones son

los motivos que hacen compleja la disputa por la reconstrucción de los espacios de salud colectiva, y es por eso que hoy se vuelve imperante la discusión acerca del recupero de éstos. Con la experiencia transcurrida, aparece la pregunta sobre las posibilidades de continuidad de una salud participativa, promocional y comunitaria en un barrio popular del sur de la CABA.

El presente artículo constituye una instancia de reflexión en el marco de una experiencia de trabajo por un equipo interdisciplinario de Salud Ambiental de un Centro de Salud de la zona sur de CABA durante los meses de marzo a septiembre del año 2021. A partir de esta experiencia he podido observar que el mismo se encontraba en un momento alterador respecto de cierta cotidianidad con la que asumía su trabajo anteriormente, tras el comienzo de las medidas de emergencia sanitaria. En este sentido, surgen interrogantes en relación a las discusiones que introduce la nueva ola de contagios ante las acciones preventivas-promocionales que desarrollaba previamente el equipo de Salud Ambiental.

De esta manera, analizaré los debates que atraviesan al equipo de Salud Ambiental en el marco de la segunda ola de contagios producto del COVID-19 durante el año 2021, a partir de la categoría de Participación Social. Para ello, en primer lugar realizo un acercamiento a la Salud Ambiental desde una perspectiva de la Salud Colectiva y las características que adopta en el territorio en el que se inscribe; en segundo lugar, realizo una breve

síntesis de los efectos de la pandemia en el desarrollo de las actividades comunitarias y en el equipo de Salud Ambiental, y en tercer lugar, analizo las distintas miradas que conviven en un mismo territorio acerca de la Participación Social, y las complejidades que trae aparejada la promoción de la misma para el trabajo profesional en salud.

## Una primera aproximación conceptual: Ambiente y Salud

Para comprender muchos de los problemas de salud que actualmente afectan a la sociedad, es necesario pensar el vínculo de las sociedades humanas con el ambiente. Según Breilh (2010) existe una historicidad de lo biológico, es decir un condicionamiento histórico de los fenómenos de la naturaleza. Asimismo, hay un condicionamiento de los procesos fisiológicos de las personas que conviven en un espacio socio-ambiental. Ambos tienen una historicidad y se mueven en relación a procesos sociales. Con esto, el autor afirma que el desarrollo de la salud de las sociedades y de los ecosistemas no depende de procesos puramente biológicos o naturales. Sin embargo, tampoco los procesos físicos y biológicos del ser humano y de los ecosistemas se rigen directamente por leyes sociales, sino que “lo natural tiene como necesario lo social para desarrollar su propio espacio legal, y a su vez participa en la configuración de la historia del todo social”. (Breilh, 2010, p. 101).

En este marco, entonces, lo biológico participa de la configuración del desarrollo de las sociedades humanas, que son cambiantes ya que se encuentran a su vez determinadas por el modo de producción y reproducción social capitalista.

Partiendo de estas concepciones acerca del vínculo entre la naturaleza, el ambiente y lo social, es entonces necesario despojar las miradas biologicistas de los procesos de salud enfermedad, atención y cuidado (Laurell, 1982; Menéndez, 1988; Michalewicz, Pierri y Ardila-Gómez, 2014) vinculadas a una mirada positivista de la ciencia, y médico- hegemónica de la salud (Menéndez, 1988), habilitando abordajes individuales y fragmentados, y asociando estos procesos a un modelo unicausal, y por lo tanto, despojando a la salud de los procesos sociales, históricos, económicos, culturales, de género y raza.

En este sentido, los aportes de la perspectiva de la Medicina Social Latinoamericana nos permiten cambiar el eje de análisis centrado en la enfermedad y su tratamiento, y entender el proceso de salud enfermedad atención cuidado<sup>1</sup> como un proceso construido colectivamente, tanto en la forma que adquiere en cada sociedad y momento histórico como en las posibilidades de transformarlo (Iriart et. al., 2002). Por lo tanto, restituir el carácter sociohistórico del PSEAC, evidencia las dimensiones estructurales del modo de organización social, a la vez que nos permite pensar en la dimensión colectiva de éstos.

## Salud Ambiental en Villa 21-24

“Si ustedes quieren saber la verdad de la salud en nuestro país, miren los efectos. Vayan a ver cómo viven las muchachas y muchachos en las villas, fíjense los índices de desnutrición, de analfabetismo, vean cómo están nuestros viejos, de qué se enferman y se mueren (...) cuando miramos esos efectos, ya no juega el tema de la salud, entra a tallar el tema de la sociedad”

Ferrara (2002)

La Organización Mundial de la Salud (1993) define a la salud ambiental como:

“aquellos aspectos de la salud humana, incluida la calidad de vida, que son determinados por factores ambientales físicos, químicos, biológicos, sociales y psicosociales. También se refiere a la teoría y práctica de evaluación, corrección, control y prevención de los factores ambientales que pueden afectar de forma adversa la salud de la presente y futuras generaciones” (Ordóñez, 2000, p. 139)

Si bien esta definición constituye un avance en términos de incorporación de una perspectiva integral de la salud, es importante destacar que no se trata de una sumatoria de factores de riesgo, ni de determinantes sociales aislados, sino que como afirma Breilh, la determinación social hace alusión a la idea de proceso: “el cuestionamiento del causalismo como reducción científica de la determinación al principio causal, (...) nos permitió llegar desde 1979 a la noción de determinación como proceso o modo de devenir, por medio del cual los objetos adquieren sus propiedades” (Breilh, 2010, p.99)

1. De ahora en adelante: PSEAC

Es fundamental comprender los problemas de salud a partir de la determinación social de la salud y la vida. De esta manera, el ambiente conforma una dimensión trascendental para analizar la salud y la calidad de vida de la población, fundamentalmente en contextos de extrema marginación y pobreza. En este sentido, muchas de las enfermedades que conocemos hoy son producto de las condiciones de vida de la población, y por lo tanto están en gran medida fuera del control inmediato del individuo. La determinación social repercute directamente sobre los PSEAC a nivel individual y colectivo, y sus diferencias determinan una desigual distribución de los problemas de salud (Estrella y Oliveto, 2016).

En este sentido, pensar el desarrollo de la salud ambiental en un barrio popular de la CABA implica identificar los procesos de desigualdad y pobreza que hacen a las condiciones de vida de la población que habita estos territorios, analizar los procesos de segregación socio-espacial, la ausencia de un plan de urbanización de los barrios populares, y la problemática de la vivienda en el conjunto de la CABA. También, implica pensar la salud como derecho humano vinculada a los procesos de organización del barrio.

La Villa 21-24 se encuentra en el barrio de Barracas, al sur de la CABA, a orillas del Riachuelo. Es una zona que se caracteriza por ser fabril e industrial. Si bien los últimos datos oficiales relevados corresponden al del Censo 2010, que estimaba un total poblacional de 31.018 habitantes, 7.455 viviendas habitadas y 9.127 hogares (INDEC, 2010); el Ministerio de Desarrollo Económico del GCABA estimó 54.200 habitantes en 2013, constituyéndose así en una de las villas más pobladas y extensas en términos territoriales de la CABA, con más de 70 hectáreas. Actualmente se calculan más de 70.000 habitantes, según actores del barrio.

En relación a su historia, comienza a poblarse en los años '40, con olas de migración interna. Gran parte de sus terrenos se fueron rellenando con desechos urbanos, característica que afecta la salud de los habitantes hasta el día de hoy. La Villa 21-24 es un barrio construido por sus propios habitantes ante la falta de políticas integrales, desconectado el resto de la trama urbana, con viviendas precarias, conexiones inseguras en los servicios públicos básicos, y las napas del suelo contaminadas, entre otras, suman un conjunto de condiciones que profundizan la desigualdad ya existente, y alarman sobre la necesaria y urgente integración socio-urbana.

Según un estudio elaborado por ACUMAR (2018) sobre un sector delimitado del barrio lindante con el Riachuelo, que resulta ilustrativo para comprender las características socio-económicas y ambientales del barrio, el hacinamiento en los hogares comprendidos por el estudio representa un 13,8%, frente al 5,8% del nivel país, 3,6% en Prov. de Buenos Aires, y 1,5% en CABA. El mismo informe en relación a la totalidad del barrio, señala que:

“la comunidad no cuenta con agua potable ni con un tendido de red de cloacas, sino que, las viviendas se alimentan desde un caño maestro (...). Estas conexiones son ilegales y las realizaron los propios vecinos. Las conexiones al tendido eléctrico son precarias y también están hechas por los mismos vecinos. En el caso de la red de gas, en la entrevista comunitaria surgió como un dato importante que la población no tiene conexión a red, sino que utilizan gas envasado para cocinar y calefaccionarse” (ACUMAR, 2018, p. 5)

A su vez, el informe detalla que en relación a las problemáticas ambientales más importantes, en las cercanías a Villa 21- 24 se encuentran 92 industrias declaradas agentes contaminantes, 9 críticas (entre ellas CEAMSE, Cervecería y Maltería Quilmes S.A., Coca-Cola, entre otras) y 83 no críticas. Asimismo, se pudo constatar la existencia de una gran cantidad de talleres y fábricas en el barrio las cuales generan vertido de efluentes a las cañerías que desembocan en el Riachuelo. (ACUMAR, 2018)

En relación al Riachuelo, el informe aclara que existe cierta peligrosidad para la población del barrio si la misma tuviera contacto directo con el agua para uso o consumo, “debido a que contiene Nitrógeno amoniacal, Hidrocarburos, Coliformes fecales y Escherichia coli con valores por encima del valor de referencia” (ACUMAR, 2018, p.5) En vinculación con los efectos del ambiente en la salud de la población, los problemas de salud autorreferidos de mayor frecuencia fueron tos o dificultad para respirar, seguido problemas dermatológicos y diarreas.

“En el análisis de asociación entre problemáticas de salud mencionadas y factores de exposición (condiciones de la vivienda, entorno y actividades de riesgo), se observó que tener calefacción o cocina con leña, carbón o combustibles líquidos se asoció a tener Asma-Enfisema Bronquitis cró-

nica (EPOC), así como también tener un hogar construido sobre un terreno rellenado se asoció a tener tos (con 3 o más episodios). Asimismo, no tener agua de red, no tener baño y tener un hogar construido sobre un terreno rellenado, se asoció con tener diarreas (3 o más episodios); tener desagüe a pozo ciego, hoto, etc., se asoció a tener parásitos y, por último, terreno rellenado, no tener agua de red y tener desagüe a pozo ciego, hoyo, etc., se asoció a tener problemas dermatológicos”. (ACUMAR, 2018, p. 6)

En palabras de la antropóloga del equipo de Salud Ambiental acerca de la salud ambiental en Villa 21-24:

La mirada tiene mucho que ver con los derechos vulnerados de la población del barrio en términos de urbanización o reurbanización y problemáticas estructurales (...) de fondo siempre esta perspectiva de una idea de un ambiente saludable, de un hábitat y de un vínculo... cómo se construye el espacio y el ambiente socialmente y el impacto que tienen esas cuestiones sobre la salud de forma integral. (Entrevista a Antropóloga y Nutricionista del equipo de Salud Ambiental, realizada en Junio del 2021)

En relación a esto, desde el movimiento de la Salud Colectiva se plantea la necesidad de un análisis complejo y dialéctico del PSEAC, en donde es necesario comprender las condiciones sociales que se organizan históricamente en distintos modos de vida según la posición en que se ubican respecto de las estructuras de poder, y determinan un acceso diferencial a las condiciones de vida -favorables o desfavorables-, lo que finalmente configura para cada sociedad la dinámica del proceso salud-enfermedad (Iriart et. al., 2002). En este sentido, el equipo de Salud Ambiental recupera constantemente esa mirada de los PSEAC y cómo las condiciones de vida y estructuras de poder moldean y organizan las formas en que se vive y habita en el barrio.

### Lo que la pandemia se llevó

El advenimiento de la pandemia por Covid-19 trajo cambios en las formas de trabajo de los equipos de salud. Se suspendieron todas las actividades extramurales, y se volcó toda la intervención a la urgencia y lo asis-

tencial, reduciendo al máximo las posibilidades de contagio y circulación del virus. De esta manera el Equipo de Salud Ambiental tanto como los espacios de articulación territorial con las promotoras de salud de las organizaciones barriales dejaron de reunirse desde marzo del 2020. Este fenómeno desarticuló todo el trabajo comunitario y promocional que se venía construyendo. Las actividades desarrolladas previamente en instancias de coordinación con otras/os actrices /actores del barrio e instituciones gubernamentales consistían en reuniones de trabajo, jornadas comunitarias de limpieza de espacio público y descacharreo domiciliario; postas de vacunación de perros y gatos; jornadas de sensibilización y entrega de recursos sobre distintas temáticas, relevamientos y realización de informes sobre diversas problemáticas (calefacción, riesgo eléctrico, agua, cloaca, basura, enfermedades transmitidas por mosquitos), y presentación de reclamos a distintas áreas de gobierno. Estas tareas fueron desmanteladas tras el advenimiento de la pandemia, significando un golpe muy duro para las organizaciones que debieron sostener tareas de asistencia en soledad.

Esta situación persiste largos meses, con distintos intentos -más o menos exitosos- de recrear los espacios de articulación previamente existentes. Ya para marzo del 2021, con una nueva ola de casos positivos en puerta, se retoma el debate: ¿cómo sostener espacios de organización colectiva, sin exponer al contagio a quienes participan de estos? O mejor dicho, ¿cómo evitar el cierre de espacios colectivos y territoriales en este contexto?

La lectura común de las/os profesionales tenía que ver con la necesidad de un espacio que abordara las problemáticas estructurales del barrio (falta de agua, emergencia eléctrica, condiciones de vida, etc) desde un espacio horizontal y que se proponga acciones más concretas en territorio. A su vez, se evaluaba la importancia de realizar acciones de promoción y sensibilización acerca del Covid-19.

De esta manera, se inician debates en relación a las modalidades de reunión y la posibilidad de realizar actividades comunitarias en contexto de pandemia. Surgen los interrogantes acerca de cómo desplegar acciones respetando medidas de cuidado por Covid, sin aglomeración de gente y sin la vacunación de promotoras.

## La participación social en debate: Encrucijadas del trabajo comunitario en salud

La constante preocupación de las/os profesionales enuncia una búsqueda insistente por encontrar una posición satisfactoria en una relación compleja y desigual entre ellas/os –en tanto trabajadoras/es formales- y las promotoras barriales. En esa relación desigual interviene el Estado desde diferentes dependencias, agudizando la condición de desprotección de las/os trabajadoras/es de las organizaciones sociales: el Ministerio de Desarrollo Humano y Hábitat de CABA, quienes durante la pandemia organizaron parte del trabajo asistencial y alimentario, delegando en las organizaciones dicha tarea sin garantizar las medidas y recursos necesarios para el cuidado; el Ministerio de Salud CABA, al vetar y/o limitar la vacunación a las/os trabajadoras/es de las organizaciones sociales en tanto esenciales; el IVC (dependiente del Ministerio de Desarrollo Humano y Hábitat), ACUMAR, AySA, quienes se encuentran implicados en los retrasos y conflictos de las obras de agua y saneamiento, empeorando las condiciones para la propagación de los contagios, etc.

Una de las promotoras del CeSAC enuncia esta relación desigual de la siguiente manera, refiriéndose a las promotoras de las organizaciones:

Las promotoras siempre fueron las que llevan la comida, los productos limpieza, la medicación, todo a la gente (...) Me parece que es una falta de responsabilidad del Estado... cuando vino la gente de Desarrollo fue y le dio todo el laburo a las promotoras... "que vayan a hacer la recorrida de adultos mayores" y sin garantizarles ninguna protección a ellas. Las personas del barrio no tenían ni un barbijo para hacer todo el trabajo que les pedía Desarrollo Social, se tenían que comprar sus propios barbijos a mí me parece injusto que se vacunen otros antes que ellas (Entrevista a promotoras de salud del CeSAC, realizada en Junio del 2021)

Un aspecto a analizar en este sentido, tiene que ver con el rol que ocupan las organizaciones sociales en el despliegue de políticas e intervenciones estatales. En relación a esto, en principio es necesario aclarar que la participación en los programas de salud y la política social no es un fenómeno propio o constitutivo de ésta. La Participación Social es una categoría que

representa más a las formas en que las/os trabajadoras/es organizadas/os, grupos políticos, y sectores subalternos han desarrollado sus propias luchas por condiciones de vida dignas, que a las formas en que el Estado ha desplegado su política. Es por esto que resulta interesante ubicar el momento en que el Estado comienza a incorporar a la Participación Social como parte de su política en salud. Según Menéndez (2008) esto comienza a impulsarse en la década del '40 de la mano de organismos internacionales a fin de abordar problemas específicos con grupos sociales concretos. Sin embargo, recién en los '70, y aún más con la conferencia de Alma Ata (1978), es que dicha categoría es incorporada a las acciones de las políticas de atención primaria de la salud. De esta manera la Participación Social es reconocida como parte de las acciones dirigidas a solucionar o limitar los problemas que afectan a la salud de la población, especialmente de los grupos subalternos.

Ahora bien, esta preocupación del Estado por incorporar a sectores de la población en la resolución de los problemas tiene diferentes formas y grados de asumirse. Como se puede observar en la siguiente cita, el Ministerio de Desarrollo Humano y Hábitat de CABA despliega un modelo de participación social técnico y directivo:

Viene Desarrollo y te dice tenemos una idea con las organizaciones, que las organizaciones repartan los bolsones. Sí, pero no les dan ningún barbijo (...) Ayer mandaron un mensaje que decía que la gente que entrega bolsones son 7 personas de las cuales 6 estaban con Covid, entonces mínimamente hagamos un reclamo todos juntos y bueno si nos tenemos que enfermar, nos enfermaremos de vuelta pero todos juntos. (Entrevista a promotoras de salud del CeSAC, realizada en Junio del 2021)

En esta referencia no solo se evidencia la modalidad técnica con la que asume el Estado la participación de las organizaciones, ligada a una priorización de objetivos propios ya estipulados con anterioridad y ubicando a la participación de la comunidad como un medio para concretar sus propios fines con garantía de efectividad (Bronfman y Gleizer, 1994), sino que también, contrariamente, se puede observar la forma en que el Equipo de Salud Ambiental asume la participación, ya no como un medio sino como un fin en sí mismo, en tanto se busca construir organización y sujetas/os activas/os.

Acerca de esta multiplicidad de posibilidades de entender la participación social Menéndez afirma que “estas divergencias no se establecen tanto respecto de las actividades que se aplican en nombre de la participación social, sino de los objetivos que se buscan con ella, y de las formas organizativas a través de las cuales se expresan” (Menéndez, 2008, p. 82). En este sentido, muchas de las propuestas de participación social que promueven la OMS, las ONG, o las gestiones locales en Atención Primaria de la Salud son actividades que si bien pueden tener relevancia a nivel local continúan sin resolver los problemas de fondo no solo a nivel general sino también a nivel local (Menéndez, 2008). Esto se debe a la imposibilidad de trascender del modelo técnico de participación a un modelo que priorice el ejercicio de poder y el punto de vista de la población. Y es que, tal como afirma Spinelli: “Las experiencias de participación en salud, por lo general, se ligan a modelos asistencialistas -una lógica de mano de obra barata-, basada en concepciones “biomédicas” y sin ninguna preocupación por la autosustentación del proyecto” (Spinelli, 2007, p. 172)

En oposición a estos modelos de entender la participación, aparece la experiencia de la Mesa de Articulación Territorial del barrio –en donde participa tanto el Equipo de Salud Ambiental, como otras instituciones del Estado, organizaciones sociales y de la sociedad civil-, cuyo propósito está ligado a la construcción y organización colectiva desde un lugar horizontal y democrático de participación. Menéndez explicita que la participación social, además de considerarse un medio para limitar o evitar daños a la salud, es considerada un “instrumento que posibilitará organizar, movilizar, democratizar a los conjuntos sociales, y no exclusivamente respecto de los procesos de salud, enfermedad, atención” (Menéndez, 2008, p. 52).

Es así que el conjunto de actores institucionales de la Mesa de Articulación Territorial no se ubican por sobre las necesidades e intereses de la comunidad, imponiendo sus propios objetivos. La nutricionista del ESA lo explicita de la siguiente manera:

la propuesta (...) siempre fue generar un espacio lo más horizontal posible en dónde esa articulación no sea yo te convocó como centro de salud y te digo lo que hacemos sino como que se generen desde ahí las prioridades de trabajo (...) tener ese ámbito en donde con los múltiples y diversos actores de territorio y los conflictos que

surgen cotidianamente, poder motorizar el laburo (Entrevista a Antropóloga y Nutricionista del equipo de Salud Ambiental, realizada en Junio del 2021)

Esta concepción lejos de imponer una impronta unidireccional en un espacio de construcción colectiva, describe el carácter relacional con el que se concibe la participación. Para Spinelli (2007) no es posible modificar la situación de la salud, sin pensar la participación como una cuestión relacional, como una cuestión de poder-potencia. Es por ello que las lógicas biomédicas, asistencialistas, ahistóricas, y desterritorializadas desde los cuales se convoca a la participación en salud no resultan efectivas. La participación debe buscar la constitución de actores sociales, capaces de inscribir temas en la agenda social y del Estado. La participación es una actividad sociopolítica que no debe ser organizada por agentes externos al territorio. “La descentralización y la cogestión pueden generar un enorme potencial de innovación social, transformando estructuras gubernamentales y las formas de gestión pública, permitiendo de esta forma la inclusión de los sectores excluidos en la condición de ciudadanía” (Spinelli, 2007, p. 172).

Los espacios de articulación barrial y participación colectiva significan la construcción de ciudadanía en los términos en que los menciona el autor, representan la capacidad de imponer agenda al Estado, incorporando las demandas e intereses de las/os propias/os habitantes de los territorios. Es por ello que resultan fundamentales para los equipos de salud, en tanto les piensan su rol con las organizaciones sociales como un acompañamiento político.

En este marco de disputa de sentidos a los que alude la categoría de participación y las tareas del Estado y los efectores de salud como parte de éste, es que las/os profesionales evalúan como imprescindible el acompañamiento a las promotoras comunitarias de las organizaciones sociales en las tareas de sensibilización y promoción ante los contagios por Covid-19, frente a una situación de vaciamiento de recursos y desprotección hacia las propias promotoras comunitarias, encontrándose las/os propias/os profesionales en una situación de suma disparidad (vacunadas/os, con equipos de protección personal, provistos elementos de higiene, etc.) Así lo menciona la nutricionista del ESA:

Ahora la situación epidemiológica y los casos están mucho peor que el año pasado (...) [sin em-

bargo] hay mucha menos respuesta del Estado, creo que en ese sentido el Estado se corrió y así como el año pasado hubo bastante recurso puesto en las villas este año no hay nada, y a la vez, sin embargo la situación no estalla. (Entrevista a Antropóloga y Nutricionista del equipo de Salud Ambiental, realizada en Junio del 2021)

En esa posición incómoda se ubica y adquiere sentido el debate acerca de cómo fomentar la participación social en pandemia, porque para el conjunto de profesionales que participan de la Mesa de Articulación Territorial, hacer salud -y específicamente, hacer salud ambiental- tiene que ver fundamentalmente con alimentar procesos de participación y organización colectiva, y en este caso, pensar la salud ambiental y el hábitat en Villa 21-24 implica como condición necesaria hacer con las/los habitantes del barrio. Entonces, la pregunta hace que tambaleen las estructuras teóricas que dan sustento a la práctica: ¿se puede hacer salud ambiental, o mejor dicho, se puede hacer salud sin participación social, desde la perspectiva de la salud colectiva?, pregunta que en última instancia se abre camino en las discusiones y argumentos que abordan las/os profesionales para avanzar hacia una u otra posición.

Finalmente, lo que concluye resolviendo el debate es nuevamente la participación social; y aquí, se vuelve fundamental el reconocimiento de las experiencias y formas de participación social previas realmente existentes, que preceden a las intervenciones de los propios equipos de salud.

La multiplicidad de asambleas que se generaron para resolver esta encrucijada culmina con las promotoras comunitarias expresando su voluntad por retomar acciones de promoción frente al Covid-19 en el marco de la Mesa de Articulación Territorial con el acompañamiento de los equipos de salud, tarea que ya se encontraban haciendo pero en soledad.

Para el propio Equipo de Salud Ambiental esta declaración fue fundamental en tanto surge de las propias organizaciones la demanda hacia los equipos, corriendo de una posición que las/os ubicaba en un status de poder y de jerarquía en relación a la posibilidad de definir lo que se debía hacer, por sobre las organizaciones y sus propias preocupaciones e intereses en relación a su propia salud y la del barrio en su conjunto.

Y ya estamos en el horno. Ya estamos acompañando. Lo que pasa es que también es jodido de-

jarlas solas, dejarlas que se expongan solas y no reclamar. Está bien las compañeras van a salir igual, pero que mínimamente sea con barbijos dados por el Estado porque el Estado tiene una responsabilidad (Entrevista a promotoras de salud del CeSAC, realizada en Junio del 2021)

Por último, esta breve frase de una de las promotoras del CeSAC evidencia que la resolución del debate acerca de la posibilidad de exponer a las promotoras comunitarias en actividades de promoción de la salud, no significa la renuncia a reclamar y evidenciar la responsabilidad que tiene el Estado por sobre estas condiciones de descuido y desatención hacia las promotoras y referentes comunitarias. Es decir que la dimensión política del trabajo colectivo y comunitario, es un elemento inalienable del trabajo profesional para el Equipo de Salud Ambiental. Tal como expresa Ugalde "La participación comunitaria, es parte de un proceso político y no es posible separarla de él. La participación en salud solo puede ser reflejo de la participación política." (Ugalde, 1999, p. 162), en su sentido de adquirir poder o de crear conciencia.

## Consideraciones finales

"Las mayores posibilidades de encontrar experiencias susceptibles de transformar el espacio político de la salud, se hallan fuera del campo tradicional de la salud misma"  
(Fassin, 2000)

En el presente trabajo se identificó a la salud ambiental como un campo específico que permite abordar los problemas de salud de quienes habitan en barrios populares, entendiendo a estas problemáticas como la consecuencia del vínculo que se tiene con el ambiente y de las condiciones estructurales de desigualdad producto del modelo de producción imperante.

Sin embargo, la pandemia por Covid-19 puso en jaque parte del trabajo construido históricamente por los equipos de salud que apuestan al ejercicio de la salud alejada de las concepciones tradicionales y hegemónicas; concepciones que, a su vez, vino a reforzar la emergencia sanitaria.

La pandemia - o mejor dicho, la forma de asumirla socialmente- apareció para afirmar la prioridad sobre la emergencia y la asistencia inmediata, la visión del riesgo y necesidad de la vigilancia, descartando de hecho y sin

tregua toda intención de construcción colectiva de la salud, desechando toda intención de encontrar los motivos de la aparición del virus en el vínculo que sostenemos como sociedad con el ambiente y nuestro hábitat. Sin embargo, también es posible encontrar en este escenario, experiencias que no descansan en la lógica tradicional de atención de la salud, y se convocan ante el desafío de trascenderla. Tal como se evidencia en el presente trabajo, los debates en relación a las maneras de entender la salud en general y la salud ambiental en particular, se presentan cotidianamente a través de distintas/os actrices/actores, atravesadas/os por distintas formas de leer un contexto y de intervenir en él.

Uno de los aprendizajes que deja la experiencia es que *la salida es colectiva*. No hubiera sido posible encontrar un desenlace a esta encrucijada en la que se encontraba el equipo de salud, sin la posibilidad de intercambio y vínculo con las organizaciones barriales. Es el trabajo colectivo y participativo que se construye históricamente con las organizaciones, el que permite buscar alternativas que resuelvan las complejidades propias de una realidad social injusta y desigual. La vuelta a lo colectivo es lo que se evidencia como necesario y urgente en un contexto de agrietamiento de lazos y estrategias organizativas.

## Bibliografía

- Autoridad de Cuenca Matanza Riachuelo (ACUMAR). (2018): Informe final EISAAR Evaluación Integral de Salud Ambiental en Áreas de Riesgo del Camino de Sirga del Barrio Villa 21-24, CABA, Agosto de 2018. Disponible en: <https://www.acumar.gob.ar/wp-content/uploads/2016/12/Informe-Final-Camino-de-Sirga-21-24-CABA.pdf>
- Breilh, J. (2010): Las tres S de la determinación de la vida y el triángulo de la política. 10 tesis hacia una visión crítica de la determinación social de la vida y la salud. Centro Brasileiro de Estudos de Saúde.
- CEBES, Brasil.
- Bronfman, M. & Gleizer, M. (1994). Participación comunitaria ¿necesidad, excusa o estrategia? O de qué hablamos cuando hablamos de participación comunitaria. En: *Cadernos de Saúde Pública*, 10(1)
- Dawidowski A. (2010) Los estudios sobre desigualdades en salud pensados a partir de Stavenhagen. Prácticas de oficio. Investigación y reflexión en Ciencias Sociales, Publicación del Posgrado en Ciencias Sociales UNGS-IDES
- Declaración de ALMA ATA (1978). Conferencia Internacional sobre Atención Primaria de Salud. Alma-Ata. URSS
- Estrella, P. y Olivetto, A. (2016): ¿Qué es la Salud Ambiental? Ministerio de Salud del Gobierno de la Ciudad de Buenos Aires.
- Fassin, D. (2000) Entre ideología y pragmatismo. Ambigüedades y contradicciones de la participación comunitaria en salud. En: H. Spinelli, y E. Menendez, (2008), (Ed.), *Participación Social: ¿Para qué?* (pp. 165-180). Buenos Aires. Lugar Editorial.
- Ferrara, F. (2002) Una verdad antagónica para la salud I 1. Fragmentos de la exposición del Dr. Floreal Ferrara en Paraná, Entre Ríos, el 23 de julio de 2002, documentado y desgrabado por el Dr. José María Paz. Disponible en: Svampa, M. (2010) *Certezas, incertezas y desmesuras de un pensamiento político Conversaciones con Floreal Ferrara*. Buenos Aires: Biblioteca Nacional
- Ministerio de Desarrollo Económico GCABA, Secretaria de Hábitat e Inclusión (2013): Caso Zavaleta. ¿Cómo se hace para intervenir un barrio históricamente estigmatizado? Fotogrametría. Disponible en: <https://issuu.com/sechabitat/docs/zavaleta-ultimo>
- Instituto Nacional de Estadística y Censos (INDEC). Datos Censo 2010. Disponible en: <https://www.indec.gob.ar/indec/web/Nivel4-CensoProvincia-3-10-02-004-2010>. Para ver los datos poblacionales desagregados en las villas de la Ciudad: <https://www.estadisticaciudad.gob.ar/eyc/?p=24206>
- Iriart, C.; Waitzkin, H.; Breilh, J., Estrada, A. y Merhy, E. (2002). Medicina social latinoamericana: aportes y desafíos. En *Revista Panamericana de Salud Pública*, vol 12, n° 2, pp. 128-36.
- Laurell, A. C. (1982): La Salud-Enfermedad como proceso social. En *Cuadernos Médico Sociales* N° 19, páginas 1-11, México.
- Menéndez, E. (1988): *Modelo Médico Hegemónico y Atención Primaria*. Buenos Aires.
- Menéndez, E. (2008) Las múltiples trayectorias de la participación social. En: H. Spinelli, y E. Menéndez, (Ed.), *Participación Social: ¿Para qué?* (pp.51-80). Buenos Aires. Lugar Editorial.
- Menéndez, E. (2008) Participación social en salud: las representaciones y las prácticas. En: H. Spinelli, y E. Menéndez, (Ed.), *Participación Social: ¿Para qué?* (pp.81-116). Buenos Aires. Lugar Editorial.
- Michalewicz A., Pierri C. y Ardila-Gómez S. (2014): Del proceso de salud/enfermedad/atención al proceso salud/enfermedad/cuidado: elementos para su conceptualización. *Anuario de Investigaciones*, vol. XXI. Universidad de Buenos Aires. Facultad de Psicología
- Ordoñez, G. (2000): Salud ambiental: conceptos y actividades. En *Revista Panamericana de Salud Pública* N° 7, páginas 137-147, OPS.
- Ugalde, A. (1999) Un acercamiento teórico a la participación comunitaria en salud. En: H. Spinelli, y E. Menéndez, (2008), (Ed.), *Participación Social: ¿Para qué?* (pp. 145-164). Buenos Aires. Lugar Editorial.
- Spinelli, H. (2007) *Participación Social ¿para qué? Participación Comunitaria y problemáticas sociales complejas*. III Congreso de Atención Primaria de la Salud. Ciudad de Buenos Aires.