

Reconocimiento, redistribución y representación en la
participación social en salud: el caso del Comité Operativo de
Emergencia de Villa Itatí (Quilmes, Buenos Aires, Argentina)
durante la sindemia de Covid-19 (2020-2023)

*Recognition, redistribution and representation in social participation
in health: the case of the emergency operating committee of Villa Itatí
(Quilmes, Buenos Aires, Argentina) during the COVID-19 syndemic
(2020–2023)*

Pablo Ferrari²⁹

Instituto de Ciencias Humanas, Sociales y Ambientales - Consejo Nacional de
Investigaciones Científicas y Técnicas - Facultad de Ciencias Médicas – Universidad
Nacional de Cuyo - Argentina

Astrogildo do Amaral³⁰

Pós-Graduação em Enfermagem da Universidade Federal de Santa Catarina - Brasil

338

Marina Silveira Soares³¹

Centro de Filosofia e Ciências Humanas – Universidade Federal de Santa Catarina -
Brasil

Guilherme Gomes Silva³²

Centro de Filosofia e Ciências Humanas – Universidade Federal de Santa Catarina -
Brasil

Diego Osmar Rodrigues³³

Centro de Ciências da Saúde – Universidade Federal de Santa Catarina - Brasil

Mariana Sant'Angelo Reis³⁴

²⁹ pferrari@mendoza-conicet.gob.ar

³⁰ gildoamaral13@gmail.com

³¹ marinasilveirasoares@gmail.com

³² guilherme.ufsc1879@gmail.com

³³ diegoosmar.rodrigues@hotmail.com

³⁴ marianasantangelo@hotmail.com

Resumen

El presente artículo pone el eje en la participación social en salud, la democratización de los espacios de salud y los diálogos que se establecen con la teoría crítica, a partir del análisis de la presencia de luchas por el reconocimiento, la redistribución y la representación en el Comité Operativo de Emergencia (COE) creado en Villa Itatí, municipio de Quilmes, provincia de Buenos Aires a partir de la sindemia por Covid-19. El período estudiado abarca desde abril de 2020 hasta diciembre de 2023. La estrategia metodológica es eminentemente cualitativa, se analizaron cuatro entrevistas semiestructuradas realizadas a referentes barriales que participaron y participan activamente del COE. Esta experiencia ilustra cómo prácticas integradas de organización, solidaridad, cuidado, participación, representación, reconocimiento y redistribución pueden enfrentar desigualdades estructurales en contextos de crisis. A la vez que reafirma el potencial transformador de la acción comunitaria articulada con el Estado, destacando que la democratización de la salud requiere la centralidad de las comunidades y sus organizaciones.

339

Palabras clave:

PARTICIPACIÓN SOCIAL; RECONOCIMIENTO; REDISTRIBUCIÓN; REPRESENTACIÓN; DEMOCRATIZACIÓN

Abstract

This article focuses on social participation in health, the democratization of health spaces and the dialogues established with critical theory, based on the analysis of the presence of struggles for recognition, redistribution and representation in the Emergency Operational Committee (COE) created in Villa Itatí, municipality of Quilmes, province of Buenos Aires following the Covid-19 syndemic. The period studied spans from April 2020 to December 2023. The methodological strategy is eminently qualitative, four semi-structured interviews conducted with community leaders who participated and continue to participate actively in the COE were analyzed. This experience illustrates how integrated practices of organization, solidarity, care, participation, representation, recognition and redistribution can confront structural inequalities in crisis contexts. At the same time, it reaffirms the transformative potential of community action articulated with

the State, highlighting that the democratization of health requires the centrality of communities and their organizations.

Keywords:

SOCIAL PARTICIPATION; RECOGNITION; REDISTRIBUTION;
REPRESENTATION; DEMOCRATIZATION

Fecha de recepción: 19 de febrero de 2025

Fecha de aprobación: 10 de febrero de 2026

Imágen 1: Mural y escultura de la virgen de Itatí en la entrada al barrio



Fuente: Pablo Martín Ferrari Gaibazzi, 8/11/2024

1. Introducción

341

La democratización de los espacios de salud constituye, a la vez, un desafío y un eje central tanto en el ámbito de la atención primaria como en contextos de crisis, en los que la participación colectiva puede resultar decisiva para idear respuestas eficaces e inclusivas. Estas iniciativas adquieren una relevancia particular en comunidades vulneradas, atravesadas por desigualdades estructurales y procesos de exclusión social. La construcción de espacios democráticos no solo permite atender necesidades sanitarias inmediatas, sino que también puede operar como un motor en la lucha por el reconocimiento (Honneth, 2003), en la confrontación de desigualdades históricas y en la afirmación de la dignidad de las comunidades y de las identidades de los diversos grupos que las componen, generando movimientos de resistencia y colaboración fundamentales para la transformación de la realidad social.

Si bien el Covid-19 ha sido presentado como una pandemia, entendemos que la misma es una forma de negar e invisibilizar las

consecuencias del modelo global de producción y acumulación de riqueza, así como sus impactos en el deterioro del ambiente y en la profundización de las inequidades y desigualdades sociales. Frente a esta incomodidad teórica y política, optamos por el concepto de sindemia. Richard Horton (2020) fue uno de los primeros en plantear la necesidad de retomar la teoría sindémica desarrollada por Merrill Singer (2000) a mediados de la década de 1990. Horton destaca la interacción entre el coronavirus y las enfermedades crónicas no transmisibles, cuyos efectos se agravan en contextos de profundas desigualdades socioeconómicas y afirma que una sindemia no se reduce a una mera comorbilidad. En este sentido, señala que la principal consecuencia de comprender al Covid-19 como sindemia radica en poner en relieve sus orígenes sociales.

En la misma línea, autores como José Bispo Junior y Djanilson Barbosa dos Santos (2021) coinciden en que el aporte más relevante de este enfoque es resaltar el carácter social del Covid-19. Aspecto que se ve respaldado por tasas mayores de infección y mortalidad en los grupos vulnerados, al igual que por el deterioro más pronunciado de sus condiciones de vida. Asimismo, sostienen que abordar al Covid-19 como sindemia implica un análisis e implementación de políticas públicas sociales y de salud integrales, con participación de la sociedad civil y de las diversas áreas del Estado.

Resulta pertinente, además, recuperar la aclaración realizada por Constanza Jacques Aviñó et al. (2022) respecto del carácter situado de las sindemias: si bien su circulación y efectos son globales, los patrones que adoptan difieren en sociedades que tienen formas de relacionarse, economías, valores y climas diferentes. Esta precisión adquiere especial relevancia al considerar las condiciones materiales de vida en Villa Itatí.

Villa Itatí se localiza en el municipio bonaerense de Quilmes y sus orígenes se remontan a la década de 1950, en un contexto de profundos cambios sociales, políticos y económicos signado por un intenso proceso de migración interna en Argentina. Dicho proceso estuvo caracterizado por el desplazamiento desde las provincias del

—mal llamado— interior hacia la ciudad de Buenos Aires y su periferia. Migrantes provenientes mayoritariamente de las provincias de Corrientes, Misiones y Chaco se asentaron en tierras expropiadas por el Estado nacional para la construcción del Acceso Sudeste. De allí proviene el nombre del barrio, en referencia a la Virgen de Itatí, venerada en esas zonas del nordeste argentino.

En Argentina, el término *villas* refiere a barriadas auto urbanizadas e informales, caracterizadas por trazados irregulares y laberínticos, pasillos estrechos, carencia de infraestructura y servicios básicos, viviendas de materiales precarios y elevada densidad poblacional (Zucchini et al., s. f.). En Itatí viven aproximadamente cuarenta y cinco mil personas en una superficie de 22 manzanas, mayoritariamente en viviendas precarias autoconstruidas en su gran mayoría con chapas, madera, cartón y en menor proporción por ladrillos. En estos hogares, el hacinamiento, la ausencia de cloacas y las dificultades para el acceso al agua potable constituyen situaciones frecuentes (Ramacciotti et al., 2022). Otro aspecto característico de las condiciones materiales de vida de las y los vecinos de Villa Itatí, es la informalidad laboral. Las principales actividades económicas son el servicio doméstico, las vinculadas a la construcción y el ser *carreros o cartoneros*, es decir la recolección y posterior venta de materiales reciclables, como cartón y plástico.

Estas condiciones materiales de vida evidencian las profundas dificultades —o, en muchos casos, la imposibilidad— de implementar y cumplir el Aislamiento Social Preventivo y Obligatorio (ASPO) decretado por el gobierno nacional el 20 de marzo de 2020 con el objetivo de reducir la propagación del virus. El ASPO establecía que todas las personas debían permanecer en sus domicilios, no concurrir a sus lugares de trabajo ni a espacios públicos (Presidencia de la Nación Argentina, 2020).

Las profundas condiciones de vulnerabilidad social, que predisponían a la magnificación de los contagios por Covid-19, impulsaron la búsqueda de estrategias comunitarias, sustentadas en la larga historia de organización popular y solidaridad que

caracteriza a Villa Itatí. En este contexto surgió el Consejo de Emergencia Barrial o Comité Operativo de Emergencia (COE), integrado por organizaciones religiosas, sociales y políticas del territorio, el equipo del Centro de Atención Primaria de la Salud (CAPS) del barrio y funcionarios municipales y provinciales. El COE se constituyó en la principal estrategia para hacerle frente a la sindemia, con el objetivo principal de promover la organización popular y articular los esfuerzos colectivos en torno al cuidado de la salud y la vida.

Este artículo se inscribe en una investigación más amplia que busca contribuir al estudio de la democratización de los espacios y del campo de la salud, a partir del análisis de la participación social en salud en general, y en contexto de sindemia en particular. Diversos autores/as advierten sobre la polisemia y las múltiples connotaciones que ha adquirido el concepto de participación debido a su amplia utilización. Al posicionarnos desde la Medicina Social y Salud Colectiva Latinoamericana (MS-SC), sostenemos que la participación constituye, fundamentalmente, un problema de poder. En este marco, la participación política resulta central para la disputa y redistribución de poder, en pos de ampliar la capacidad de decisión de las comunidades y promover procesos de participación emancipatorios (Feo Istúriz et al., 2012; Morales Borrero et al., 2013).

El objetivo de este artículo es analizar la reconfiguración de las relaciones de poder a través de la participación social en salud en el COE de Villa Itatí. Para ello, recurrimos a la teoría crítica y, en particular, a los conceptos de representación, reconocimiento y redistribución, desarrollados por referentes contemporáneos de esta corriente como Axel Honneth (2003), Nancy Fraser (2006, 2007), Iris Marion Young (2006), Judith Butler (2018) y Jacques Rancière (1996), con el fin de examinar la presencia de estas demandas en las relaciones que se establecieron entre las organizaciones y sus integrantes, y los agentes estatales, ya sean miembros del equipo del CAPS o funcionarios municipales y provinciales.

El escrito se organiza en cuatro apartados, además de esta introducción. El primero describe la metodología utilizada. El

segundo caracteriza al COE detallando su conformación, las concepciones de salud presentes, el rol de la Atención Primaria de la Salud, su función como herramienta para la participación social en salud y los aprendizajes que se desprenden de esta experiencia. El tercero pone en diálogo la teoría crítica con lo realizado por el COE y analiza la reconfiguración de las relaciones de poder a partir de los conceptos de representación, reconocimiento y redistribución. Finalmente, el cuarto expone las principales conclusiones.

2. Método

La estrategia metodológica utilizada es eminentemente cualitativa, los datos corresponden a fuentes primarias obtenidas a partir de entrevistas en profundidad. Para orientar las conversaciones se utilizó una guía de pautas semiestructurada. Las entrevistas utilizadas aquí son parte de una investigación mayor que se encuentra en la fase inicial del trabajo de campo. El mismo comenzó en mayo de 2024, con entrevistas a vecinos y referentes barriales, integrantes del equipo de salud del CAPS, funcionarios de salud del municipio de Quilmes y de la provincia de Buenos Aires.

345

Al momento de escribir este artículo se llevan realizadas 8 entrevistas, de las cuales se seleccionaron las 4 conversaciones mantenidas con referentes barriales miembros de organizaciones que participaron (y participan) de forma activa en el COE. Fueron realizadas entre agosto y noviembre del 2024, grabadas y desgrabadas previo consentimiento de las personas entrevistadas. Se han modificado sus nombres originales para resguardar la confidencialidad.

Las entrevistas se organizaron en torno a 5 ejes orientadores: actividades de las organizaciones a las que pertenecen, concepciones respecto al funcionamiento del campo de la salud, rol de la Atención Primaria de la Salud (APS), participación social en salud y aprendizajes a partir de la sindemia.

En lo referido a las organizaciones, se indagó sobre la participación de las personas entrevistadas en las mismas, la historia

de las organizaciones, sus principales actividades y las articulaciones con otras organizaciones. En lo que refiere al campo de la salud, se consultó sobre qué entendían o consideraban que es la salud, sus consideraciones respecto al funcionamiento de los efectores de salud y si se articuló con las organizaciones del territorio.

En el apartado sobre APS, se buscó conocer el significado de esta para las y los entrevistados, su rol durante la sindemia, las estrategias territoriales implementadas y la continuidad o no de las mismas superada la emergencia sociosanitaria. Considerando que la participación es un aspecto central de esta investigación, se consultó sobre qué es participación social en salud y si la misma es importante. Si la consideran necesaria, quiénes deberían participar y la existencia de instancias participativas previas. Para luego indagar puntualmente sobre el Consejo Barrial de Emergencia; haciendo foco en qué es el COE, cómo fue su creación y funcionamiento, quiénes participaron, quién conducía, cómo era el uso de la palabra y la toma de decisiones. Mientras que, en lo correspondiente a los aprendizajes a partir de la sindemia, consultamos si consideraban positivas las transformaciones en los efectores, si las mismas se mantuvieron luego de la fase más aguda y qué cambios consideran necesarios para mejorar los espacios de salud.

Cabe aclarar que el período estudiado abarca de abril del 2020 a diciembre de 2023. El recorte temporal remite por un lado al inicio de la sindemia en Argentina, y por el otro a la finalización de un ciclo de gobierno y políticas públicas que tienen como modelo de Estado en salud la participación social (COSAPRO, 2022).

Para el análisis de las entrevistas se recurrió al análisis del discurso y la identificación e interpretación de campos temáticos a partir de categorías propias de la teoría crítica definidas previamente como: reconocimiento, redistribución y representación. Se siguió un recorrido emergente.

3. El COE como herramienta para la participación social en salud: conformación, concepciones de salud, vínculo con la APS y aprendizajes

Este apartado describe y caracteriza al COE a partir del análisis de las entrevistas realizadas a Diego, monje salesiano que vive en Itatí hace 20 años; Celina, monja franciscana que reside en la comunidad desde el año 2000; Marcela, referenta barrial miembro de una organización social dedicada a la educación popular y trabajadora social; finalmente, Mariana promotora de salud y militante de una organización política.

3.1 Villa Itatí: sinónimo de organización

Como ya mencionamos en la introducción, Villa Itatí —como todas las villas de Argentina— cuenta con profundas carencias en lo referido a infraestructura, falta de acceso a servicios básicos como cloacas, red de agua potable, gas natural, tendido eléctrico y mala conexión a internet. Pero si hay algo que la diferencia de otras villas es su larga historia de organización y solidaridad. En ese sentido Diego decía de forma irónica que Itatí “es un barrio privado, privado de agua, privado de....privado de todo, menos de solidaridad que es bastante” (Diego, comunicación personal 8/11/2024). Esa historia de organización es valorada por las y los referentes entrevistados como un aspecto central y distintivo.

Si hay algo que tiene este barrio es mucha organización de vecinos y en torno a lo educativo, a un partido político, a un movimiento social, en torno a cooperativas como esta cooperativa que es la cooperativa de cartoneros (Diego).

Itatí es un barrio que tiene mucha historia y un barrio que tiene mucha organización. Históricamente acá fue de organización, para traer el agua, para traer la luz,

digo bueno con la pandemia también como que volvió a resurgir esa cuestión (Marcela).

Lo cual hizo viable llevar adelante una estrategia sanitaria de fuerte impronta territorial, como la que se implementó a través del COE, ante la imposibilidad de cumplir con el ASPO y la consigna *Quédate en casa* lanzada por el gobierno nacional debido a las condiciones materiales de vida y de habitabilidad ya mencionadas. Al igual que la dificultad de implementar un aislamiento barrial, como el llevado a cabo en la vecina Villa Azul, debido a la gran cantidad de población de Itatí (Ramacciotti et al., 2022).

... el COE tenía una base que era la mesa de los siete le llamábamos. Eran siete organizaciones, nos veníamos reuniendo una vez por mes (...) Desde que yo llegué hace 20 años, ya se estaban reuniendo (Diego).

348

Otro aspecto que toma relevancia, y que mencionaremos brevemente en este apartado para luego profundizar en el referido específicamente a participación social y al COE, es el de la articulación entre las organizaciones y el Estado.

...ha sido como una experiencia donde nos descubrimos que el Estado, las organizaciones del barrio (...) pudimos organizarnos, responder. Así que, en ese sentido, una experiencia muy como valorable y cuando el Estado quiere realmente resolver o responder las necesidades reales, se puede armar de esa manera, ¿no? Conjuntamente sociedad civil (...) la comunidad organizada no depende del Estado ni mucho menos. El pueblo se organiza ante la amenaza de no vida, de eso y ahí hay comunidad organizada hace 40-50 años. Entonces como esto que hace 25 años que están organizados [en referencia a la cooperativa de cartoneros donde estábamos haciendo la entrevista], en

la peor crisis económica [la crisis socioeconómica que atravesó la Argentina a fines de los ´90 y principios del 2000], entonces abrazar esos espacios comunitarios que ya existen (...) percibir que esos son espacios que nuclean, responden y buscan resolver problemas (Celina).

Emerge el concepto de *comunidad organizada* acuñado por Juan Domingo Perón (2012) y su importancia para afrontar situaciones críticas a partir de esa articulación entre el Estado abocado a “resolver o responder las necesidades reales” y las organizaciones de la sociedad civil. Al igual que la idea de pueblo que “se organiza ante la amenaza de no vida”, pueblo al cual Graciela Di Marco (2011, 2023) refiere como sujeto político que reclama y se organiza ante lo que entiende que lo daña. Podemos pensar a su vez que ese pueblo de Villa Itatí, a través de sus organizaciones, demanda ser tenido en cuenta, aquello que Jacques Rancière (1996) plantea como ser parte de la cuenta de la democracia. Lo cual podría ser una traducción del reclamo/valoración de que el Estado responda a las necesidades reales y del “percibir” y valorar a los espacios comunitarios existentes y su historia como “espacios que nuclean, responden y buscan resolver problemas”.

349

Imagen 2: Galpón de la Cooperativa de Cartoneros de Villa Itatí, cuenta aproximadamente con 100 cooperativistas



Fuente: Pablo Martín Ferrari Gaibazzi, 8/11/2024

Imagen 3: Galpón de la Cooperativa de Cartoneros de Villa Itatí, cuenta aproximadamente con 100 cooperativistas



Fuente: Pablo Martín Ferrari Gaibazzi, 8/11/2024

A pesar de la valoración que se hace de la larga historia de solidaridad y organización, en las entrevistas surge la preocupación y denuncia de las grandes dificultades que se empiezan a vivir para mantener los espacios comunitarios a partir de las políticas llevadas a cabo por el actual gobierno nacional, que afectan la vida cotidiana

tanto en lo material como en la construcción de sentido. Construcción en la que se promueve el individualismo.

Los barrios están implorando (...) hay falta de sentido. Se está promoviendo mucho el individualismo (...) en todos lados y entonces llevar adelante una cooperativa, llevar adelante un emprendimiento social con impronta comunitaria es muy muy complicado, hoy, ¿no? Además, bueno, se cayó lo del Potenciar Trabajo³⁵, el Salario Social Complementario, todo aquello que iba sosteniendo, agregándole al compartir, ¿no? al deseo de compartir. Entonces hoy para cocinar, nosotros hacemos 400 viandas, para conseguir gente que todos los días le ponga el cuerpo a la papa, la cebolla, al fuego, a lavar, no es tan.... viste la gente es buena, pero tiene que morfar, tiene que darle... tiene que educar al hijo, bueno. Así que no es fácil este maniobrarla, estamos en un momento muy difícil (Diego).

351

Si bien esto que menciona Diego excede el recorte temporal, desde un compromiso ético y político con la salud y la vida digna, nos vemos en la obligación de incluirlo y colaborar en dar a conocer lo que sucede actualmente en los barrios populares de la Argentina.

3.2. Concepciones sobre la salud y la importancia del cuidado

Uno de los resultados llamativos, si se tiene en cuenta que las sociedades occidentales se encuentran atravesadas e

³⁵ Programa social implementado por el Ministerio de Desarrollo Social de la nación entre los años 2020 y 2023, con el propósito de ofrecer oportunidades de inclusión social y productiva a personas en situación de vulnerabilidad económica y social. Implicaba la transferencia del 50% de un Salario Mínimo Vital y Móvil a partir del cumplimiento de contraprestaciones: finalización de estudios, formación laboral, capacitación en oficios, realización de tareas en proyectos productivos o socio comunitarios.

impregnadas por lo que Eduardo Menéndez (1988) define como *modelo médico hegemónico* (MMH), se encuentra en lo referido a las concepciones sobre salud y la no centralidad en la enfermedad. El MMH se caracteriza por el individualismo, el desdén por las dimensiones históricas y sociales, el mercantilismo, la asimetría, el autoritarismo, las personas entendidas como *pacientes* en tanto subordinadas y subalternas respecto al saber médico. Lo que además lleva a excluir e invalidar los conocimientos y *saberes otros* (Ferrari Gaibazzi, 2024; Santos, 2009) de las personas al no ser considerados *saberes científicos*. Cristalizando en una concepción biológica y medicalizante de la salud, reducida a la ausencia de enfermedad y consumo de prestaciones médicas.

Salud es vivir el buen vivir o el sí, vivir bien, integrado aun con una enfermedad o sin enfermedad, como que somos una unidad corpóreo espiritual y entonces cuando eso está bien integrado y está alineado eso es tener buena salud (Diego).

352

Eso refería Diego al consultarle qué era para él la salud, sobre cómo era la salud en el barrio comentaba lo siguiente:

... en general hay una salud espiritual en cuanto a la alegría, al esparcimiento, al estar bien con lo que uno es, no? comparado con otros barrios donde quizás hay mayores posibilidades económicas y está parece todo dado, pero después no hay tanta salud mental (...) en general la gente es distendida, se celebra todo lo que se puede celebrar, se hace fiesta, se baila, hay murgas, habrá cuatro clubes, y uno por ejemplo un día de fiesta, un 24 de diciembre, un 31 festejarse en el barrio y cuando llegas a la zona urbanizada está todo el mundo enrejado y acá está todo el mundo en la calle (...) esto es un desborde en la calle y se saca la mesa a la calle, se baila (Diego).

Como decíamos llama la atención la no mención o referencia a enfermedades, a condiciones clínicas o biológicas, a la vez que se pone la centralidad en el *vivir bien* y en la alegría y el celebrar. Relatos en los que parece resonar la prédica de Floreal Ferrara (Blanco, 2010; Svampa, 2010) sobre la salud como la lucha por vivir en la construcción de la felicidad; pero que no dejan de poner en evidencia las carencias estructurales vinculadas a la determinación social de la salud (Breilh, 2003, 2013) ante la ausencia de trabajo, vivienda digna, acceso a servicios básicos como agua potable, cloacas y saneamiento ambiental.

Después sí esto es más precaria las condiciones de vida. Porque hay más hacinamiento, porque el agua no está del todo pura, porque se respira en la cava [sector del barrio] hay momentos donde se pone muy pesado el ambiente de la laguna (...) porque no hay cloaca, porque no hay agua potable... (Diego).

353

Con relación al funcionamiento de los servicios de salud previo a la sindemia, se menciona el funcionamiento desarticulado de los mismos y la impronta del MMH en el quehacer cotidiano.

... cuando llegó la pandemia, había un montón de cuestiones que no estaban funcionando de una manera más integral digo. Yo creo que a partir de la pandemia se empezó a pensar y se empezó de alguna manera a dejar de pensar solamente en un sistema médico hegemónico y se empezó a trabajar desde otro lado (...) que una promotora de salud pueda acompañar ciertas situaciones era novedoso, la verdad es que sabemos que se transformó el modelo en ese sentido (Marcela).

A la vez que se pone en valor que con la irrupción del Covid-19 se empezó a trabajar de una forma que comienza a poner en

discusión la persistencia del MMH. Estas modificaciones mencionadas, no pueden ser disociadas de la estrategia implementada basada en una clara articulación entre los agentes estatales y las organizaciones del territorio.

... mapeamos todo lo que es el barrio de Itatí, que en ese momento 17 zonas teníamos cubiertas. Que las dividimos en tres zonas programáticas digamos (...) Lo hicimos las organizaciones sociales con el personal del CAPS (...) Entonces con ellos y las organizaciones sociales mapeamos, estas 17 orgas que podían participar digamos de todo lo que veníamos pensando, ¿no? de acompañar el esquema de salud, de acompañar también a otras áreas del municipio que obviamente estaban también trabajando en el barrio, como desarrollo social, como seguridad. Entonces a partir de que hicimos ese mapeo, dividimos las áreas en tres: A, B y C. (Marcela).

354

Cada área tenía como responsables a una persona por parte de las organizaciones y a un miembro del equipo del CAPS. Además de contar con promotoras de salud, enfermeras y voluntarios.

... los voluntarios eran los propios vecinos que se sumaban a dar una mano para cuidar a la población, para cuidar a su propio vecino, que no cobraban un centavo (...) O sea, salieron a defender la vida de sus vecinos, porque en ese momento se jugaba literalmente la vida de las personas (Mariana).

A mí como vecina también, a mi familia le tocó transitar el Covid. Yo estuve aislada 25 días. Fue terrible y 25 días donde también mis mismos compañeros venían a traerme la vianda de comida, venían a tirarme la basura, digo porque hasta había lógicas que se fueron armando

en el barrio que era bueno a la persona que está aislada tenemos que tratar de que no salga. Bueno, ¿cómo garantizamos eso? Nos acercamos tres veces por día a la casa, le garantizamos que tenga la comida, le garantizamos que tengan agua, si necesitan que se les compre algo y eso fue increíble. Porque realmente fue así, digo se puso tanto tanto tanto, tanto de las orgas como del Estado (Marcela).

En estos dos fragmentos se hace visible tanto el compromiso como la integralidad de la estrategia implementada, en la cual toma dimensión la centralidad del cuidado. Cuidado de la vida de cada vecino y vecina por parte de sus mismos vecinos. Es decir, la comunidad cuidándose a sí misma en articulación con el Estado. Lo cual se fortalece con la resignificación realizada sobre la sigla COE.

... esto de cuidar. Cuidar, porque si bien el COE era el Comité Operativo de Emergencia, nosotros decíamos: C cuidar, O organizaciones religiosas, organizaciones populares, organización del pueblo, organización popular y el Estado, un Estado presente, ¿no? COE, Estado presente que nuclea... Lo resignificamos al nombre, claro Estado y comunidad presente cuidando a la gente, ¿no? y el cuidado era en salud, en alimentación, en... (Diego).

355

3.3 El rol de la Atención Primaria de la Salud

Este apartado es prácticamente una continuidad de lo comentado en el anterior, ya que entendemos que la estrategia territorial que venimos describiendo es la concreción de la APS. No obstante, pretendemos recuperar algunos aspectos destacados que ponen en valor lo comunitario como componente central de la atención primaria.

Para mí la atención primaria sí o sí tiene que tener un trabajo comunitario, si no, no cumple con los objetivos de la atención primaria, digo tiene que tener el centro de salud un lugar físico, pero la realidad es que los profesionales tienen que estar en la comunidad laburando, ¿no? (Marcela).

... fue un equipo que se flexibiliza de alguna manera y comienza a mirar, porque también se empezó a enterar lo que sucedía y la realidad de esos vecinos, digo un poco rompiendo la barrera de la puerta al consultorio. Entonces como que había que salir a buscar y había que salir al territorio, entonces muchos del equipo conocieron las condiciones en las que vivían sus pacientes. Y eso los hizo cambiar, digo ver la realidad que vivían esos pacientes. A algunos los empezó a hacer algunos cambios y bueno, en la perspectiva (Mariana).

356

Ese estar de los profesionales en la comunidad, es considerado como uno de los factores relevantes de lo realizado en Itatí y del cual se resalta que permitió que las y los trabajadores de salud conozcan las condiciones de vida de la población con la cual trabajan a diario.

3.4 El COE: herramienta para la participación social en salud

Como aclaramos en el apartado metodológico, la centralidad de la investigación, de la que se desprende este artículo, gira en torno a la participación social en salud y al COE como puesta en práctica de esta.

...pienso que es primordial que las organizaciones sociales podamos ser parte de la salud y que sea un trabajo con los centros de salud. (Marcela).

Y se tendría que decir que fue el COE [risas], creo que el mejor ejemplo para definirlo es el COE. Es esto, es poder generar esa herramienta de construcción con la población y el equipo de salud. Digo, es desde ahí para mí. Es con la población y el equipo de salud discutiendo la problemática sanitaria con el que sufre y vivencia la problemática sanitaria del lugar, ¿no? (Mariana).

Estas fueron las respuestas obtenidas al consultar sobre qué consideraban que era la participación social o popular en salud y su importancia. Respuestas en las que se destaca la valoración positiva de la participación y del COE como sinónimo de esta. Respecto a la conformación del COE, como ya mencionamos, se dio sobre la base de las organizaciones que se vienen reuniendo desde hace más de veinte años. La cual se vio enriquecida con la incorporación de representantes del Estado municipal y provincial, junto a quienes se incorporaron organizaciones políticas.

357

El COE se enriquece con todas esas organizaciones y el Estado, empieza a participar el Estado y juega un papel importante por la urgencia que había, ¿no? (...) y muchas organizaciones de partidos políticos y movimientos sociales que no participaban de esta mesa. Cuando se arma el COE ahí se empiezan a congregarse y junto con ellos [representantes del gobierno municipal] vienen todas las otras organizaciones (Diego).

Sobre la iniciativa de conformar el COE, puede decirse que ocurrió en base a la coincidencia de la demanda de las organizaciones al Estado ante el temor de lo que ocurriría en la vecina Villa Azul —en este barrio, de menor población y extensión geográfica, se registró un brote de Covid ante el cual los gobiernos municipal y provincial implementaron un aislamiento comunitario, es decir, el cierre del perímetro y la habilitación de la circulación únicamente dentro del barrio— y la convicción y predisposición del

Estado municipal y provincial de avanzar en estrategias participativas y democráticas para afrontar la sindemia (COSAPRO, 2022).

... el hecho que a nosotros como organizaciones sociales, nos pone, digamos a trabajar fuertemente es a partir del cierre de Villa Azul (...) Frente a eso nos empezamos a reunir las organizaciones sociales y empezamos a exigir al Estado municipal que se haga presente y que nos explique qué era lo que había, qué iba a pasar (...) a partir de ahí empezamos a trabajar (Marcela).

... el Secretario de Salud Pública, un genio. O sea, el primer día cuando nos vimos, él se dio cuenta de qué estamos planteando: “Organizá la reunión con los referentes de las organizaciones del barrio. Yo vengo” (Celina).

... es una estrategia que se traza un poco desde el municipio con el Secretario de Salud a la cabeza de toda esta estrategia sanitaria (...) y otros funcionarios también, responsable de salud y provincia y nación y se toma esta decisión de la necesidad de conformar esta herramienta de juntarnos todos y ordenarnos. Porque por separado iba a ser imposible (Mariana).

Sobre el funcionamiento del COE, si bien se pondera que permitió “estar todos juntos organizados, discutiendo responsables desde el Estado y los vecinos y los referentes de los vecinos. O sea, de frente a frente, discutiendo de par a par y pensando entre todos cuál era la mejor alternativa” (Mariana, comunicación personal 16/8/2024) tal como se desprende de este relato de Mariana; en el mismo se pusieron en evidencia las tensiones que se generan al

poner en práctica espacios de *democracia directa* (Gaspardo, 2018), tal como se observa en lo siguiente que comenta Diego:

...al Estado le costó mucho reconocer a las organizaciones y al principio compitió mucho con las organizaciones, ¿no? que siempre se lo achacamos. Al principio, los primeros 6-7 meses, hasta que se dieron cuenta que en realidad no eran una organización más y tenían la capacidad, el poder y sobre todo el mandato de hacer algo que no era hacer otra organización sino ser también la que nuclea, la que descubre, potencia otras organizaciones y bueno se pone al servicio y se deja criticar y cuestionar y presionar por las organizaciones, no? (Diego).

Esta dificultad por parte del municipio para reconocer a las organizaciones más adelante será retomada y puesta en diálogo con el pensamiento de Butler (2018) sobre el reconocimiento mutuo y la superación de relaciones cosificadas.

Estas tensiones entre organizaciones y agentes estatales también sobresalen en la insistencia por parte del municipio para colocar a una concejala, del mismo partido, al frente del COE.

... fue también todo un quilombo eso, porque me acuerdo la primera reunión cuando Mayra [intendenta] dice que Nahir [concejala] era la que iba a conducir el COE, saltaron todos como... (Diego).

A pesar de esta *imposición*, las personas consultadas destacan que el COE funcionó de forma colectiva.

... nunca fue un instrumento individual, siempre fue un instrumento colectivo de construcción de decisiones y de estrategias (...) La palabra circulaba para todos de la

misma manera. No (...) había una jerarquía para opinar o valía más la palabra de uno que de otro (Mariana).

Este fragmento, a su vez, señala la democratización de la palabra como característica del funcionamiento del COE.

3.5 Aprendizajes

Sobre los aprendizajes y la valoración de lo realizado, se destaca el intercambio o diálogo de saberes.

... el intercambio de saberes es algo que se tomó muy en cuenta y laburamos, también, eso fue uno de los grandes aprendizajes del COE. Poder trabajar y convivir con los saberes populares, con el saber popular. Porque la realidad es que nosotros como institución, como Estado podemos tener las herramientas, podemos tener la formación, pero el acceso a la problemática real de esa población te la dan las organizaciones sociales (Mariana).

360

Aspecto, que junto a lo ya mencionado sobre los cambios en la concepción hegemónica del equipo de salud, la democratización de la palabra y de que superada la sindemia una promotora de salud como Mariana pase a dirigir el CAPS de Villa Itatí, parece dar cuenta del inicio de un proceso de democratización en los espacios de salud de Itatí.

Por otro lado, cabe destacar que a pesar de que el COE continúa funcionando —con menor intensidad que durante la emergencia de la sindemia—, a partir del mismo se conformó la Mesa de Salud Mental de Villa Itatí que se reúne mensualmente para tratar el serio problema del consumo problemático de sustancias. A la vez que las y los referentes destacan que hoy el COE es ámbito de discusiones que van más allá de la atención de la salud.

Finalmente, consideran que a partir del COE quedó fortalecida la articulación entre las organizaciones y el CAPS.

4. Diálogos entre la teoría crítica y la participación social en salud

A partir de la caracterización del COE realizada en el apartado anterior y del marco que nos brinda la teoría crítica, analizamos los aportes de esta experiencia en lo referido a la representación de las minorías, el reconocimiento y la transición hacia relaciones no cosificadas, y la democratización de los espacios de salud a partir de la redistribución de poder.

4.1 *La representación de las minorías en el proceso democrático*

En este apartado buscamos analizar y enumerar las diferentes formas de organización de las minorías llevadas a cabo por el COE para lograr representación dentro del espacio democrático. Para Iris Marion Young (2006), una democracia fuerte ciertamente requiere varias ocasiones en las que autoridades públicas y ciudadanos se reúnan para discutir ciertas experiencias y temas. Esto se debe a que, en el contexto contemporáneo, existen numerosas quejas de diversos grupos sociales que indican verse excluidos de las normas de representación en órganos influyentes de discusión y toma de decisiones, como legislaturas, comisiones y consejos, además de los medios de comunicación.

Además, Young sugiere que las personas a menudo se quejan de que los grupos sociales de los que forman parte o con los que tienen afinidad no están adecuadamente representados en órganos influyentes de discusión y toma de decisiones, así como en su cobertura mediática. De estas demandas se desprende la importancia de los representantes formales en la toma de decisiones en el ámbito político y social, con el fin de canalizar la influencia que un determinado grupo o individuo puede ejercer.

Así, es posible en términos de Young, hablar de una demanda de mayor *inclusión política*, especialmente para grupos

subrepresentados, es decir, minorías o incluso aquellos que sufren desigualdades estructurales. Por estas razones, muchas propuestas recientes para una mayor inclusión política en los procesos democráticos abogan por medidas que proporcionen una mayor representación de los grupos subrepresentados.

Además, una sociedad es más plenamente democrática cuanto más tiene foros patrocinados por el Estado y fomentados por la sociedad civil para la discusión de políticas, procurando influir desde el punto de vista procesal en las decisiones gubernamentales.

También se da, en el ámbito informal, el ascenso y crecimiento de grupos de interés, como los que participan en el COE, que indirectamente buscan suplir la falta de representación de los ciudadanos. Estos grupos pueden considerarse un medio eficaz de participación de las minorías, ya que son capaces de expresar sus deseos e ideales políticos, sociales y económicos. En sintonía con Young podemos decir que ampliar espacios de participación como el COE no solo mejora la eficacia de las acciones públicas, ya que tal mecanismo neutraliza los intereses corporativos de la burocracia, sino que también favorece la adaptación de las decisiones a las demandas reales de la población.

362

4.2. Reconocimiento y superación de la reificación

En esta sección, ponemos en diálogo el pensamiento de Judith Butler (2018), especialmente en lo referente al reconocimiento y la superación de la cosificación en las relaciones sociales, con fragmentos de las entrevistas a Mariana y Diego. Los relatos de estas dos personas ilustran cómo las iniciativas de participación social frente a la sindemia de Covid-19 desafiaron estructuras tradicionales de poder y promovieron una colaboración horizontal y democrática.

El testimonio de Mariana enfatiza la organización comunitaria como un instrumento de transformación social. La horizontalidad presente en el COE, donde las decisiones se tomaban colectivamente, ejemplifica lo que Butler entiende como

reconocimiento genuino: una interacción que valora la subjetividad de todos los involucrados. La capacidad de “discutir de igual a igual y pensar entre todos cuál era la mejor alternativa”, según narró Mariana, rompe con la instrumentalización de los individuos, permitiendo que cada miembro contribuya como sujeto, promoviendo así una superación de la cosificación, es decir, dejando de reducir al otro a un objeto funcional. La búsqueda de esta superación también se refleja en una de las declaraciones de Diego cuando, al referirse a las reuniones del COE, afirma que “Todos podían disentir, hablar (...) nunca se le negaba la palabra a nadie”, valorando así las opiniones de todos (Mariana, comunicación personal 16/8/2024).

En cuanto a la entrevista con Diego, este destaca la resignificación del COE como un espacio de cuidado y colaboración entre los vecinos, las organizaciones populares y el Estado. Relata que “al Estado le costó mucho reconocer a las organizaciones (...) dejarse criticar y cuestionar por las organizaciones” (Diego, comunicación personal 8/11/2024). Esta tensión entre agentes estatales y comunitarios refleja la transición de relaciones cosificadas hacia prácticas de reconocimiento mutuo, donde el Estado permite ser cuestionado por las organizaciones, reconociendo así la legitimidad de las voces locales (Butler, 2018).

Estas tensiones también se percibieron dentro del COE, descritas por Diego como *pedras dentro del barco*, los desacuerdos entre los integrantes evidencian la ambivalencia de las relaciones humanas. Según Butler, es precisamente en estas fricciones donde el reconocimiento se fortalece, creando espacios para transformaciones mutuas y resiliencia. La continuidad del COE tras la pandemia demuestra la durabilidad de las prácticas basadas en el reconocimiento, incluso frente a los desafíos institucionales.

Por último, tanto Mariana como Diego enfatizan la necesidad de garantizar el reconocimiento de las contribuciones individuales y colectivas. El papel de las promotoras de salud, descrito por Mariana como *merecedoras de una ley*, ilustra la urgencia de superar la cosificación de estas trabajadoras, considerando su relevancia y

subjetividad. De manera similar, la propuesta de replicar el modelo del COE en otros contextos, presente en ambos relatos, sugiere que las prácticas de reconocimiento pueden ser la base para una sociedad más justa y relacional.

Experiencias como las de Villa Itatí, demuestran que las prácticas locales de organización y cuidado no solo responden a crisis inmediatas, sino que también cuestionan y transforman relaciones sociales cosificadas. La articulación de estas prácticas con el pensamiento de Butler ofrece una base teórica para comprender cómo el reconocimiento puede servir como fundamento para cambios sociales y políticos duraderos.

4.3. Reconocimiento y redistribución en salud

Desde la perspectiva de Nancy Fraser, la justicia social en el mundo postsocialista requiere tanto redistribución como reconocimiento. La concepción de injusticia económica arraigada en la estructura económica y política de la sociedad moderna incluye, entre otros problemas, la imposibilidad de acceso y privaciones a bienes y servicios necesarios para una vida digna. Es necesario señalar que el cambio de paradigma de la redistribución al reconocimiento tiene su base en el fenómeno de la globalización, en un movimiento que en última instancia pretende eclipsar la necesidad de luchar por la redistribución. Al respecto Fraser (2006, 2007) destaca que, si bien el reconocimiento tiene una impronta progresista, al buscar cuestionar y superar jerarquías, corre el foco de la necesidad de discutir las inequidades económicas.

En un primer análisis, pensar la participación en el espacio territorial y el acceso a políticas participativas, tanto en términos del derecho efectivo a las mismas como de la discusión de los destinatarios de los derechos, exige una institucionalización de lo que llamamos *democracia participativa* (Gaspardo, 2018), que incluye la toma de decisiones por parte de la población, además de planificar, implementar y controlar políticas con el objetivo de mitigar las injusticias sociales en una demanda de redistribución.

Esto configura un movimiento contrahegemónico a la división desigual de áreas de poder, brindando a la comunidad la posibilidad de colocar sus demandas en la agenda del Estado (Fraser, 2006, 2007).

La redistribución para Fraser (2007) implica redistribución del poder, calificando a los demás, respetando sus idiosincrasias, en un movimiento diario hacia la ciudadanía plena. Sostiene que el remedio a la injusticia económica radica en una reestructuración político-administrativa del Estado, que además de implicar una redistribución del ingreso transforme otras estructuras de la sociedad. En nuestro caso particular, podemos hablar de proporcionar una participación efectiva en el control democrático de los bienes y políticas públicas como las de salud y en otras estructuras básicas de la sociedad.

Vale la pena recordar que las políticas de reconocimiento y las políticas de redistribución se mueven por escenarios contradictorios. Mientras el primero se basa en la diferenciación, el segundo deconstruye esta variable en una clara relación de tensión y conflicto. Para que se produzca la redistribución los individuos deben ser tratados como iguales, esto permite la implementación de procesos participativos e inclusivos dentro de una lógica de justicia social (Fraser, 2006, 2007).

La experiencia del COE ejemplifica cómo la organización popular y la solidaridad pueden articularse para enfrentar crisis en contextos de profunda vulnerabilidad. Villa Itatí, caracterizada por una larga historia de movilización comunitaria, transformó su tradición solidaria en una estrategia fundamental para mitigar los impactos de la pandemia de Covid-19. La articulación entre organizaciones locales y el Estado evidenció que, incluso en escenarios con escasez de recursos, el fortalecimiento de las redes de apoyo puede promover soluciones innovadoras y eficaces. Esta movilización comunitaria, descrita por Diego como la resistencia a la privación material, refleja la fuerza de la organización colectiva como un recurso central y diferencial.

5. Conclusiones

Momentos de crisis, como la reciente pandemia de Covid-19, pueden intensificar la lucha por el reconocimiento, ya que ha revelado las grandes desigualdades sociales y de acceso a los recursos económicos y sanitarios. Así, el COE de Villa Itatí ilustra cómo prácticas integradas de organización, solidaridad, cuidado, participación, representación, reconocimiento y redistribución pueden enfrentar desigualdades estructurales en contextos de crisis. Esta experiencia reafirma el potencial transformador de la acción comunitaria articulada con el Estado, destacando que la construcción de una salud verdaderamente democrática requiere la centralidad de las comunidades y sus organizaciones como agentes de transformación.

En cuanto a la concepción de salud en Villa Itatí, como ya mencionamos trasciende el modelo médico hegemónico y se relaciona con el *buen vivir* a partir del cual incorpora dimensiones emocionales, sociales y espirituales. Esta visión integral y humanizada se materializó en las acciones del COE, que prioriza prácticas de cuidado colectivo, como la asistencia a familias en aislamiento y la participación de promotoras de salud y vecinos/as en la implementación de estrategias locales; prácticas donde el cuidado va más allá de las intervenciones biomédicas promoviendo dignidad y reconocimiento a los involucrados.

Otro punto central en las acciones del COE fue la participación social, reafirmando su papel como elemento transformador en el ámbito de la salud. La construcción de una plataforma participativa, que incluyó desde el mapeo territorial hasta la formulación de estrategias conjuntas, garantiza la voz activa de la comunidad. Esto se evidencia en los diversos relatos que ponen en valor que el COE no se limitó a la consulta, sino que transformó a quienes participaron en protagonistas de las decisiones, promoviendo una redistribución del poder y reforzando la idea de que la democracia en salud requiere la inclusión y participación efectiva de las comunidades en los procesos de toma de decisiones.

Sin embargo, las tensiones entre las organizaciones del territorio y el Estado demuestran que el mantenimiento de prácticas representativas exige mediación constante y diálogo abierto, resaltando los desafíos y avances en la consolidación de un espacio verdaderamente democrático. Es un hecho que el servicio público está permeado por una red de patrimonialismo, clientelismo y personalismos que obstaculizan las agendas de políticas públicas, el avance de cambios institucionales tendientes a mejorar el desempeño del Estado y hacerlo más inclusivo, viable, plural y éticamente sostenible. Arreglos institucionales como el COE brindan una nueva forma de aprender sobre la participación, guiada por prerrogativas deliberativas y de supervisión popular, cambiando el ejercicio de hacer política a través de la constitución de un nuevo foro para que la sociedad civil se reúna con el Estado (Resende Carvalho y Gastaldo, 2008).

Después de enfrentar la sindemia por Covid-19, debemos reflexionar sobre el papel del Estado y los efectores de salud, considerar la movilización de las comunidades para salvaguardar la vida, promover la mirada y la preocupación por los demás, extender las relaciones de cuidado más allá de la familia al prójimo, al colectivo. Experiencias como las del COE, además de evidenciar el desencadenamiento de procesos de democratización en las relaciones de poder del campo de la salud; nos permiten sostener la discusión frente a las máximas neoliberales que plantean una menor presencia del Estado y promueven el individualismo.

367

6. Referencias

Autoridades provinciales y municipales de salud, congresistas e invitados especiales al COSAPRO 2022. (2022). *Carta por un sistema de salud integrado y fortalecido*.

<https://infocielo.com/wp-content/uploads/2024/11/0001401130.pdf>

Bispo Júnior, J. P. y Barbosa dos Santos, D. (2021). COVID-19 como sindemia: Modelo teórico e fundamentos para a abordagem abrangente

- em saúde. *Cadernos de Saúde Pública*, 37(10).
<https://www.scielosp.org/article/csp/2021.v37n10/e00119021/>
- Blanco, B. (2010, abril 19). *La salud es la solución del conflicto*.
<https://www.pagina12.com.ar/diario/dialogos/21-144143-2010-04-19.html>
- Breilh, J. (2003). *Epidemiología crítica: Ciencia emancipadora e interculturalidad*. Lugar Editorial.
- Breilh, J. (2013). La determinación social de la salud como herramienta de transformación hacia una nueva salud pública (salud colectiva). *Revista Facultad Nacional de Salud Pública*, 31(1), 13-27.
http://scielo.org.co/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0120386X2013000400002
- Butler, J. (2018). Adotando o ponto de vista do outro: Implicações ambivalentes. En *Reificação: Um estudo de teoria do reconhecimento* (pp. 97-119). UNESP.
- Di Marco, G. (2011). *El pueblo feminista. Movimientos sociales y lucha de las mujeres en torno a la ciudadanía*. Biblos.
- Di Marco, G. (2023). *Cuarenta años de democracia. Una aproximación a la situación del cumplimiento de los derechos sexuales en territorios vulnerabilizados* [Seminarior]. Travesías en cuarenta años de derechos sexuales en Argentina, CONICET Mendoza.
- Feo Istúriz, O., Feo Acevedo, C., y Jiménez, P. (2012). Pensamiento contrahegemónico en salud. *Revista Cubana de Salud Pública*, 38(4), 602-614.
<https://www.scielosp.org/pdf/rcsp/2012.v38n4/602-614/es>
- Ferrari Gaibazzi, P. M. (2024). Entre la pragmática de la traducción para romper la ceguera y la persistencia colonial: Revisitando parte de la obra de Boaventura de Sousa Santos. *Algarrobo- MEL*, 12(1), 1-8.
<https://revistas.uncu.edu.ar/ojs/index.php/mel/article/view/7549>
- Fraser, N. (2006). Da redistribuição ao reconhecimento? Dilemas da justiça numa era “pós-socialista”. *Cadernos De Campo*, 15(14-15), 231-239.
<https://revistas.usp.br/cadernosdecampo/article/view/50109>
- Fraser, N. (2007). Mapeando a imaginação feminista: Da redistribuição ao reconhecimento e à representação. *Estudos Feministas*, 15(2), 291-308.
<https://www.scielo.br/j/ref/a/qLvqR85s5gq56d63QhPX4VP/>
- Gaspardo, M. (2018). Democracia participativa e experimentalismo democrático em tempos sombrios. *Estudos Avançados*, 32(92), 65-88.
<https://www.scielo.br/j/ea/a/jGVkdSF8SjLPjQkxCckWTQG/>

- Honneth, A. (2003). *Luta por reconhecimento: A gramática moral dos conflitos sociais*. Editora 34.
https://www.academia.edu/6241804/Axe1_Honneth_LUTAPOR_RECONHECIMENTO_A_gram%C3%A1tica_moral_dos_conflitos_sociais_TradUf_ao
- Horton, R. (2020). Fuera de línea: COVID-19 no es una pandemia. *The Lancet*, 396, 874.
<https://ecotropia.noblogs.org/files/2021/05/Fuera-de-linea-COVID-19-no-es-una-pandemia.pdf>
- Jacques Aviñó, C., Rodríguez Giralt, I., Ruiz, M., Medina Perucha, L., Anigstein, M. S., y Berenguera, A. (2022). ¿Para cuándo el diálogo interdisciplinar en la gestión de la sindemia de la COVID-19? *Revista Española de Salud Pública*, 96.
<https://ojs.sanidad.gob.es/index.php/resp/article/view/360>
- Menéndez, E. (1988). *Modelo Médico Hegemónico y Atención Primaria*. 451-464.
https://www.psi.uba.ar/academica/carrerasdegrado/psicologia/sitios_catedras/electivas/816_rol_psicologo/material/unidad2/obligatoria/modelo_medico.pdf
- Morales Borrero, C., Borde, E., Eslava Castañeda, J. C., y Concha Sánchez, S. (2013, diciembre). ¿Determinación social o determinantes sociales? Diferencias conceptuales e implicaciones praxiológicas. *Revista de Salud Pública*, 15(6), 797-808.
<https://www.scielosp.org/pdf/rsap/2013.v15n6/810-813/es>
- Perón, J. D. (2012). *La comunidad organizada*. Fabro.
- Ramacciotti, K., Guerrero, G. N., y Gilligan, C. (2022). Aprender al calor de una crisis sanitaria. El aislamiento comunitario en Villa Itatí y Villa Azul. *Revista de Educación*, 2(27), 113-134. <https://ri.conicet.gov.ar/handle/11336/221393>
- Rancière, J. (1996). *El desacuerdo. Política y filosofía*. Nueva Visión.
- Resende Carvalho, S., y Gastaldo, D. (2008). Promoção à saúde e empoderamento: Uma reflexão a partir das perspectivas crítico-social pós-estruturalista. *Ciênc. saúde coletiva*, 13(2), 2029-2040.
<https://www.scielosp.org/pdf/csc/2008.v13suppl2/2029-2040/pt>
- Santos, B. de S. (2009). *Una epistemología del Sur: La reinención del conocimiento y la emancipación social*. Siglo veintiuno.

Singer, M. (2000). A dose of drugs, a touch of violence, a case of Aids: conceptualizing the SAVA syndemic. *Free Inquiry in Creative Sociology*, 28(1), 13- 24.

<https://ojs.library.okstate.edu/osu/index.php/FICS/article/view/1346>

Svampa, M. (2010). *Certezas, incertezas y desmesuras de un pensamiento político: Conversaciones con Floreal Ferrara* (Primera). Biblioteca Nacional.

Young, I. M. (2006). Representación política, identidad y minorías. *Lua Nova*, 67, 139-190.

<https://www.scielo.br/j/ln/a/346M4vFfVzg6JFk8VZnWVvC/?format=pdf&lang=pt>

7. Fuentes

Presidencia de la Nación Argentina. (2020, marzo 20). *Aislamiento social preventivo y obligatorio*.

<https://www.boletinoficial.gob.ar/detalleAviso/primera/227042/20200320>

Zucchini, B., del Río, J. P., y Marín, L. (s. f.). *Índice de vulnerabilidad socioterritorial para el monitoreo de poblaciones vulnerables en contexto de la pandemia covid-19*. Ministerio de

Salud, Gobierno de la Provincia de Buenos Aires.

https://www.gba.gob.ar/saludprovincia/informes_de_gestion/%C3%A1ndice_de_vulnerabilidad_socioterritorial_para_el_monitoreo_de