



Bianchini, Natalia

¿Partici-pasión o participación? Programas estatales de Participación Comunitaria en salud para mujeres cisgénero de sectores populares en Ciudad Autónoma de Buenos Aires



Esta obra está bajo una Licencia Creative Commons Argentina.
Atribución - No Comercial - Sin Obra Derivada 2.5
<https://creativecommons.org/licenses/by-nc-nd/2.5/ar/>

Documento descargado de RIDAA-UNQ Repositorio Institucional Digital de Acceso Abierto de la Universidad Nacional de Quilmes de la Universidad Nacional de Quilmes

Cita recomendada:

Bianchini, N. (2024). *¿Partici-pasión o participación? Programas estatales de Participación Comunitaria en salud para mujeres cisgénero de sectores populares en Ciudad Autónoma de Buenos Aires. (Tesis de maestría). Universidad Nacional de Quilmes, Bernal, Argentina. Disponible en RIDAA-UNQ Repositorio Institucional Digital de Acceso Abierto de la Universidad Nacional de Quilmes*
<http://ridaa.unq.edu.ar/handle/20.500.11807/4439>

Puede encontrar éste y otros documentos en: <https://ridaa.unq.edu.ar>

¿Participación o participación? Programas estatales de Participación Comunitaria en salud para mujeres cisgénero de sectores populares en Ciudad Autónoma de Buenos Aires

TESIS DE MAESTRÍA

Natalia Bianchini

nataliabianchini.arg@gmail.com

Resumen

La presente investigación se centra en el análisis de la Participación Comunitaria de mujeres en Salud (PCS) vinculada a dos (2) programas: Salud Ambiental y Equipo Ampliado de Salud Comunitaria implementados en los 2 (dos) dispositivos de Atención Primaria (CeSAC N° 35 y 10) dentro área programática del Hospital General de Agudos “Dr. José María Penna”. Los efectores de salud se ubican en dos barrios de la zona sur de la Ciudad: Villa 21-24 y Constitución.

Maestría en Desarrollo Urbano y Territorial

Universidad Nacional de Quilmes

¿Partici-pasión o participación? Programas estatales de Participación Comunitaria en salud para mujeres cisgénero de sectores populares en Ciudad Autónoma de Buenos Aires

Tesista: Lic. Natalia Bianchini

Directora: Dra. Gabriela Bard Wigdor

Diciembre 2023

Esta investigación pretende hablar sobre lo que existe, ponerle palabras a las contradicciones, a lo incómodo, lo abigarrado, lo diverso. Que gire y que sea útil a la lucha de los pueblos.

Índice

Agradecimientos.....	4
Introducción.....	6
Capítulo 1: La Modernidad y un Capitalismo Local, Heteropatriarcal, Racista y Colonial.....	8
1.1 La Colonialidad del Ser, Saber, Poder y de Género en Nuestra América.....	8
1.2 División Social, Racial y Sexual del Trabajo de los Cuidados y Su Incidencia en la Participación Política de las Mujeres de Sectores Populares.....	15
1.3 El Estado del Estado: Liberal o Intervencionista.....	17
1.4 Neoliberalismo y Confusión: - Derechos + Participación.....	21
1.5 Neoliberalismo y Confusión II: - Estado + Trabajo No Pago Feminizado.....	26
1.6 Resumen del Capítulo.....	28
Capítulo 2: Genealogía del Debate.....	31
2.1 ¿Cómo llegamos hasta acá? Participación, Estado y Salud.....	32
2.2 ¿Con quiénes dialogamos?.....	40
2.3 Resumen del Capítulo.....	42
Capítulo 3: Inmensidad. Sobre La Estrategia Metodológica.....	43
3.1. Aspectos Epistémicos Centrales del Enfoque Metodológico.....	44
3.2 Sobre la Fundamentación del método elegido.....	45
3.3 Criterios de selección y delimitación.....	47
3.4 Sobre las técnicas de investigación.....	49
3.5 Presentación de los Casos de Estudio.....	52
3.6 Resumen del Capítulo.....	67
Capítulo 4: Sobre la Participación Comunitaria, Estado y Salud Pública.....	68
4.1 Introducción.....	68
4.2 Sobre los Programas de Salud Comunitaria.....	71
4.3 ¿Neoliberalismo y Participación Comunitaria?.....	78
4.4 La Participación Social Comunitaria como Respuesta a los Estereotipos Neoliberales..	85
4.5 La Participación que Soñamos.....	92
4.6 Pausa: ¿Qué Pasó en la Pandemia?.....	93
4.7 Todo Concluye al Fin.....	98
Referencias Bibliográficas.....	101

Agradecimientos

Yo Natalia,

sería nada,

o sería muy poco,

Si no fuera por las personas que comparten la vida conmigo.

Esta tesis es, (principalmente) un puñado de emociones propias y colectivas. Propias y del pueblo.

¡Tasojkamik!

A las protagonistas de esta historia, a las mujeres promotoras de salud que prestaron su tiempo y relatos.

A la única heroína en este lío, la gran Gabi. Lealtad a vos y admiración por tu infalible compromiso con la docencia, los territorios y las personas. Con vos, a todos lados. Para vos, la gloria eterna.

A la siempre pública gratuita feminista Educación. A todes les docentes que fueron parte de este recorrido académico y político que empezó en la docta, en la querida Facultad de Ciencias Sociales.

A la siempre pública gratuita y comunitaria Salud. A la residencia de Trabajo Social del Hospital Penna, mis compañeros, referentes y colegas.

A la familia que elijo en Ciudad Autónoma de Buenos Aires y la que me vio nacer en los pagos alicieños.

A la Apolinaria, por transmutar intempestivamente de una simple convivencia a la amistad, ¡qué sea eterno ese hogar que supimos construir!

A mi manada de Córdoba, les imprescindibles en este y anteriores capítulos de mí vida. Por salvarme tantas veces, aceptarme cómo soy y por seguir apostando a esta amistad, haciéndome parte del cotidiano, burlando las distancias geográficas, que no separarán jamás nuestros corazones.

A la ranchada de Vientos de Libertad, por adoptarme desde el primer minuto como una compañera más.

A mis compañeras de Talleres Protegidos.

A Susana, Juanjo, Julieta y Pedro, por ser el mejor equipo de los últimos 50 años. Su presencia, es la firmeza que mis alas necesitan para volar. Absurdamente afortunada de

contar con el privilegio de su cariño, que todo lo sana, y su ternura que todo lo salva.

Gracias por estar ahí, frente a todo pronóstico. Son lo más hermoso que tengo.

¡Hasta que todo sea como lo soñamos!

La patria y la dignidad de los pueblos no se vende.

Introducción

La presente investigación se centra en el análisis de la Participación Comunitaria de mujeres en Salud (PCS) vinculada a dos (2) programas: Salud Ambiental y Equipo Ampliado de Salud Comunitaria implementados en los 2 (dos) dispositivos de Atención Primaria (CeSAC N° 35 y 10) dentro área programática del Hospital General de Agudos “Dr. José María Penna”. Los efectores de salud se ubican en dos barrios de la zona sur de la Ciudad: Villa 21-24 y Constitución.

El motivo de esta incia con los relatos - incómodos, diversos y contradictorios - de las mujeres cisgénero protagonistas de los programas mencionados acerca de sus experiencia de participación comunitaria en sus territorios. A lo largo de mi recorrido como Trabajadora Social en dichos efectores y en el marco de la rotación por Atención Primaria de la Salud (APS) programada entre el primer y segundo año de la residencia de Trabajo Social en el subsistema de Salud Pública del Gobierno de la Ciudad de Buenos Aires, fui distanciandome de una lectura dominante sobre estos procesos que vivenciaban las mujeres y que podemos caracterizar como el binomio: participación-interés, no participación-desinterés, que aparecía constantemente en los discursos de diferentes sujetos que participan de los programas. Esta relación (léase reduccionista) se intenta problematizar a lo largo del trabajo incorporando otros aspectos de los discursos de las mujeres promotoras de salud y mi propia lectura feminista, situada y “aguafiesta” sobre estos procesos.

En ese sentido, el propósito de la presente investigación es analizar críticamente la PCS desde múltiples miradas, atendiendo especialmente a las voces de las mujeres promotoras de salud, para generar conocimiento situado, feminista y co-construido con las propias protagonistas, que contribuya a mejorar las políticas de salud vinculadas a la promoción de la participación comunitaria.

En cuanto a la estrategia metodológica se desarrolla un enfoque metodológico, multisituado y desde la Teoría Fundamentada, lo cual permite construir categorías flexibles y repensar la teoría desde la empiria. La investigación se centra en la Participación que gira en torno a las problemáticas sociales vinculadas a las condiciones ambientales y habitacionales que configuran las particularidades de los territorios. Es decir, las condiciones ambientales y habitacionales son ejes que atraviesan el análisis. Por ende, esta investigación se aborda desde un enfoque socio-territorial que supone definir el territorio incorporando la noción de poder desde un sentido relacional - no como objeto sino relación de fuerza dialéctica -. Es

decir, como construcción social (Lefebvre, 1974). Así pues, el territorio en tanto reproductor de las relaciones de producción capitalista, como expresión material de las contradicciones y desigualdades inherentes al sistema capitalista, colonial y patriarcal (Lefebvre, 1974; Mançano Fernandes, 2018). En cuanto al recorte temporal cabe señalar que el trabajo de campo se realizó durante el año 2021 y 2022. A los fines de organizar la lectura del trabajo, los datos se organizaron en cuatro capítulos que brevemente presento a continuación.

En el primer capítulo se presentan los debates teóricos desde los que se construye el posicionamiento teórico, político e ideológico de esta investigación. Para ello, desde la perspectiva decolonial y feminista se recurre a las categorías de Colonialidad de Ser, Saber, Poder y Género, la división -social, sexual y racial- del trabajo. Además se reconstruyen ciertos aspectos de la coyuntura socio-económica de los '90 en relación a las políticas de promoción de la Participación y el recorte de derechos sociales; la feminización de la pobreza, los cuidados y el sostenimiento de la vida en las casas y comunidades.

En el segundo capítulo, se presenta la ruta teórica o antecedentes de textos, artículos, autores, poesías sobre participación y que hicieron camino anteriormente a este tesis sobre el tema. Así, este capítulo engloba la genealogía del debate en torno a la Participación Comunitaria en Salud, comenzando por discusiones en torno a las concepciones históricas sobre la salud, es decir Modelo Médico Hegemónico y perspectiva de Salud Colectiva. Además, se presentan ciertos cambios en la configuración socio-política que tuvieron incidencia en el sentido de las políticas de salud pública, a nivel nacional y local. Un aspecto que se recupera es la genealogía del debate sobre perspectivas en torno a la Participación comunitaria. A partir de los diferentes estudios se logra identificar dos grandes posturas: la sociocéntrica y la estado-céntrica para pensar la participación social en los territorios.

En el tercer capítulo se presenta la estrategia metodológica de la investigación, la cual se trata de un enfoque metodológico socio-territorial, multisituado y desde la Teoría Fundamentada, para construir categorías flexibles y repensar la teoría. Como se anticipa al comienzo, se busca mostrar otros discursos no necesariamente hegemónicos, ni heroicos ni felices, sino más bien contradictorios, dolorosos y “aguafiestas” (¡depende quién lo lea!).

En el cuarto capítulo, se describen los programas de salud comunitaria objeto de estudio para reflexionar desde los discursos de las promotoras sobre la Participación Comunitaria en Salud, la infiltración neoliberal en los procesos participativos, la tensión entre procesos de autonomía-heteronomía dentro de los programas de salud comunitaria. Por último, se abordan ciertos cambios sucedidos durante la pandemia y debates en torno a la participación que soñamos desde los feminismos.

Capítulo 1: La Modernidad y un Capitalismo Local, Heteropatriarcal, Racista y Colonial

“Voy a decirlo de entrada, para el que quiera entender,
son penas muy encimadas el ser pobre y ser mujer.
Trabaja toda la vida apenas para comer.
Tiene las penas del pobre y más las de ser mujer:
La rica tiene derechos, la pobre tiene deberes.
Ya es mucho sufrir por ser pobre y encima por ser mujer.
Está tan desamparada y es madre y padre a la vez.
Derechos, ni el de la queja, por ser pobre y ser mujer: Se hacen muchos discursos sobre su
heroísmo de ayer:
Son penas muy encimadas el ser pobre y ser mujer”
(Carmen Soler)

En el capítulo uno introducimos la discusión en torno a la instalación de la Modernidad y el capitalismo en los territorios de Nuestra América y sus patrones jerárquicos de poder enraizados en las ficciones de género, raza y clase. Para ello, se retomarán los estudios descoloniales y materialistas de diferentes autores que acuñan las categorías de colonialidad del poder (Quijano, 2014), saber (Lander, 2014), ser (Maldonado Torres, 2007) y de género (Lugones, 2008) y se dará cuenta cómo estos patrones de poder inciden en la configuración (histórica y actual) de la división social sexual y racial del trabajo (Federici, 2010). Luego, se analizará la relación entre esta división moderna colonial y patriarcal de los trabajos y la participación política de las mujeres (Pateman, 2009), principalmente de sectores populares. Estas claves teóricas permitirán construir una mirada posible sobre la participación de las promotoras de salud en los programas de salud comunitaria del CeSAC N° 10 y 35. Finalmente, se expondrán algunas tensiones que guiarán las búsquedas y reflexiones a lo largo del estudio.

1.1 La Colonialidad del Ser, Saber, Poder y de Género en Nuestra América

La modernidad occidental impuesta a partir del genocidio de Nuestra América (1492), implicó la instalación de un nuevo ordenamiento capitalista, colonial y

heteropatriarcal en el territorio que supiera llamarse Abya Yala¹ (tierra madura). De modo que, en base a la instalación - vía la guerra y el exterminio de los cuerpo-territorios-tierra de nuestras poblaciones - de un patrón de poder que estableció diferencias sostenidas en las ficciones² de la raza, el género, la clase social, entre otras matrices de opresión que operaron como estructurados de relaciones jerarquizantes y de división del trabajo en clave de dominación de los pueblos originarios (Quijano, 2014; Lugones, 2008).

Al respecto, Quijano (2014) sostuvo que, dos procesos históricos convergieron y se establecieron como ejes fundamentales del nuevo patrón de poder. Por un lado, la codificación de las diferencias entre conquistadores y conquistados en la idea de raza; por otra, la articulación de todas las formas históricas de control del trabajo, de sus recursos y de sus productos, en torno del capital y del mercado mundial. Los estudios descoloniales comienzan a condensar estas discusiones en perspectivas teóricas-políticas del Sur. Así, Quijano (2014) va a acuñar la categoría de Colonialidad del Poder, por su parte Lander (2014) alude a la Colonialidad del Saber y Maldonado Torres (2007) del Ser.

Este sistema colonial/moderno divide, diferencia, jerarquiza e invisibiliza los conocimientos, saberes, culturas, temporalidades acorde al paradigma de desarrollo hegemónico. Por lo cual, el fenómeno de la Modernidad no fue un descubrimiento sino que se trata de un proceso de **encubrimiento** de lo no-europeo (Dussel, 1992) que funcionó para que los varones europeos, blancos y los criollos locales, se aliaran para formas de esclavitud de los pueblos originarios y afrodescendientes, así como de privatización de la vida de las mujeres, ahora como cuidadoras de la familia, el hogar en el caso de las blancas y de esclavitud corporal en el caso de la indígenas, que incluye

¹Abya significa ‘sangre’, y la sangre significaba la vida entre los pueblos mesoamericanos. Yala significa ‘montaña’. En la lengua del pueblo kuna, Abya Yala significa “tierra madura”, “tierra viva” o “tierra en florecimiento” y es sinónimo de América. Más que un nombre, Abya Yala representa la posición política de reconocer la existencia de formas de vida y conocimientos antes de la Modernidad. Es un faro epistemológico que no nació en la academia, “sino de las tripas de la tierra, del vientre de las comunidades maltratadas”. La proposición de Abya Yala es “hacer propio un espacio a través de los nombres que se atribuyen a ríos, montañas, bosques, lagos, animales y plantas”. Es convertir un espacio en territorio. Es reapropiarse de sus mundos de vida y significación (Rubio, 2020). Disponible en: <https://malvestida.com/2020/08/que-es-abya-yala-lucha-descolonial/>

² Anibal Quijano (1992) introduce la noción de ficción para referir a la raza. Lo que el pesador buscó señalar con esta nominación fue la formulación de un marcador de diferencia que, al inscribirlo en el orden de lo biológico, fue instalado como natural. Esa diferencia establecida en términos de raza conlleva una jerarquización de las corporalidades en razón de su ascendencia y su color de piel. El término ficción posteriormente fue utilizado para dar cuenta del carácter artificioso de todos los marcadores de diferencia empleados por el régimen de subjetivación para clasificar a las corporalidades.

la violación por medios sexuales de sus cuerpos-territorios como práctica de ocupación de los territorios (Cabnal, 2010).

Al mismo tiempo, con sus diferencias de conceptualización acerca de qué sucedía con las relaciones de género en los pueblos indígenas antes de la conquista, María Lugones (2008), así como los feminismos comunitarios e indigenistas agregan el concepto de la Colonialidad del Género y de entronque patriarcal o patriarcado ancestral y moderno (Mendoza, 2014; Guzmán Arroyo, 2019; Cabnal, 2010) o de patriarcado de baja y alta intensidad (Segato, 2015).

En ese sentido, Lugones (2008) afirma que existe una relación entre la colonialidad del poder y el sistema de género, en la cual la ficción de género juega un rol central. Sostiene que se trata de una organización colonial/moderna del género que impone patrones sociales, sexuales y raciales a partir de los cuales se organiza la sociedad. Esta organización es sostenida y legitimada a través de valores, leyes, mandatos, estructuras e instituciones impuestas por la tríada de los sistemas de opresión. Según refiere la autora, es necesario entender los rasgos históricamente específicos de la organización del género en el sistema moderno/colonial de género (dimorfismo biológico, la organización patriarcal y heterosexual de las relaciones sociales) para comprender la organización diferencial del género en términos raciales.

Tanto el dimorfismo biológico, el heterosexualismo, como el patriarcado son característicos de lo que se denomina como el lado claro/visible de la organización colonial/moderna del género (Lugones, 2008).

“(…) Todas corremos la misma suerte todas sujetas a las violentas y perniciosas ideas que hemos aprendido a odiar todas debemos combatir las e intercambiar maneras y medios pistas y remedios que solamente algunas de nosotras somos víctimas del sexismo que solamente alguna de nosotras somos víctimas del racismo (Morales, 1988, p. 85)

En la misma línea, Julieta Paredes (2008) refiere que históricamente existió una relación intrínseca entre el patriarcado precolonial y el occidental denominado entronque patriarcal. Esta expresión evidencia que, las relaciones injustas entre hombres y mujeres no sólo fueron fruto de la colonia. Es decir, la opresión de género no inicia con los colonizadores, sino que había una propia versión en las culturas y sociedades precoloniales, que dio lugar a la instalación y retroalimentación de ambas

visiones patriarcales. Cabnal (2010) refuerza esta idea afirmando que, “existieron condiciones previas en nuestras culturas originarias para que ese patriarcado occidental se fortaleciera y arremetiera” (p. 15) y así se fueran configurando manifestaciones y expresiones propias racistas y sexistas.

Por su parte Segato (2015) sostiene que el patriarcado no se puede explicar solo por el ordenamiento que impuso la conquista. Advierte que los pueblos nativos ya tenían sus propias prácticas asimétricas entre hombres y mujeres, en menor grado en comparación con las formas europeas. A esta forma prehispánica del mandato de masculinidad, Segato la llama “patriarcado de baja intensidad” y a la forma colonial del poder masculino, “patriarcado de alta intensidad”. La conjugación o entronque de ambos mandatos configura las formas de violencia actuales. Lo mencionado anteriormente permite, ahora sí, comprender los orígenes de la división **social, racial y genérica** del trabajo y su consecuente efecto de explotación/dominación de un sector de la población sobre otro.

La nueva estructura social impuesta con la conquista, ha sostenido (y sostiene) el capitalismo europeo en base a nuestros bienes naturales comunes y a la capacidad de trabajo de nuestros pueblos y reproducción de nuestras mujeres y cuerpos gestantes. De allí que Quijano (2014) plantea que no fuera posible la industrialización europea sin la instauración del capitalismo autóctono en nuestros territorios de Abya Yala. Por ello, urge revisar críticamente las etapas históricas que el eurocentrismo ha impuesto como lectura lineal y desarrollista de nuestras sociedades, ya que en Nuestra América no vivimos etapas pautadas como feudalismo, burguesía, etc; sino que pasamos de formas comunales de vida a un capitalismo colonial impuesto vía la guerra (Dussel, 1992).

Al respecto, Federici (2010) advierte que el sostenimiento del capitalismo europeo también fue posible gracias a la imbricación histórica con el patriarcado ancestral y occidental impuesto por la conquista (Federici, 2010). Explica que durante la acumulación originaria no sólo se extrajeron materias primas para los países centrales sino que, se produjo un profundo cambio en el paradigma de la división del trabajo social. A partir de entonces, se escindió el trabajo productivo del reproductivo, siendo este último devaluado, feminizado y una estrategia de sometimiento a las mujeres como sus responsables naturales. Entonces, la acumulación primitiva no fue simplemente una acumulación y concentración de recursos y de trabajo esclavo, sino que fue una imposición de diferencias y divisiones dentro de lo que ahora se constituye como una parte de humanos esclavizados, otrxs en relación de trabajo y las mujeres en

su totalidad como reproductoras de vida y de todas las tareas de cuidado y domésticas que las garantizan, diferenciando entre las mujeres blancas y respetables, de las indias y negras como hembras explotables.

Si bien los autores clásicos dan cuenta en los orígenes del capitalismo del proceso desplegado para convertir el cuerpo en instrumento de trabajo, no se diferenciaron los modos bajo los cuales este proceso tuvo connotaciones específicas para las mujeres. A partir de este proceso se instauró el confinamiento a una esfera doméstica como elemento fundamental de las nuevas relaciones de producción, el cual se fue constituyendo, en la medida en que el trabajo reproductivo perdía valor social y las mujeres, movilidad e independencia en el espacio público. Se elaboró una división sexual del trabajo que garantiza la explotación femenina por parte del Estado, el mercado y la familia.

En síntesis, la imposición de la moderna colonialidad configuró una división social, racial y sexual del trabajo que reserva los trabajos productivos y la política para los varones (lo llamado espacio público); mientras que las mujeres asumieron los trabajos reproductivos al interior de los hogares y comunidades (espacio privado). Esto también permea las estructuras organizativas de las promotoras de salud que participan de los programas de salud comunitaria que analizaremos en esta tesis, ya que son mujeres y dos varones cis hetero, quienes sostienen las tareas vinculadas a la promoción de la salud.

En este aspecto, los debates feministas han contribuido a visibilizar que las actividades consideradas reproductivas reducidas al ámbito privado, en verdad contribuyen de forma directa al mantenimiento del sistema capitalista. En términos económicos son una porción significativa de los PBI de los países. En Argentina, según el informe elaborado por la Dirección, el Trabajo Doméstico y de Cuidados No Remunerado (TDCNR) representa un 15,9% del PIB y es el sector de mayor aporte en toda la economía (Dirección Nacional de Economía, Igualdad y Género, 2020). Además, las tareas de cuidado son esenciales para el sostenimiento de la vida planetaria; somos seres interdependientes que necesitamos lxs unxs de lxs otrxs, de la naturaleza y de los animales para reproducir la existencia en el sentido más literal del término (Carrasco, 2003, Rodríguez Enríquez, 2015; Pérez Orozco, 2014, Federici, 2010). Este planteo teórico sobre cómo se origina y naturaliza la división del trabajo en la sociedad permitirá, más adelante, analizar los casos de estudio, en tanto la relación

entre la distribución del trabajo reproductivo y las diferentes formas de participación política.

Ahora bien, abordando la continuidad de la colonización vía los procesos de colonialidad del poder, del saber, del ser y del género en el siglo XX, es oportuno señalar que en Argentina, las crisis - sociales, políticas y económicas - reconfiguraron el lugar de las mujeres (principalmente de sectores populares) al interior de las economías familiares. En efecto, el sostenimiento económico - usualmente asociado a la figura masculina del hogar - se reestructura a partir del desempleo y precarización laboral que sufrieron muchos varones proveedores de hogares. Esto implicó que las mujeres salieran al mundo del empleo para generar otros (o los únicos) ingresos económicos que sostuvieron las familias. En esta línea Bard Wigdor (2016) señala y recupera a Barrancos,

(...) en esta época se expande el fenómeno de la feminización de la pobreza, debido al impacto del desempleo en los múltiples hogares monoparentales de jefatura femenina. Barrancos (2007) explica que la desocupación golpeó a las jefaturas masculinas y que obligó a las mujeres a salir del hogar y buscar empleo.³ (p. 32)

Sin embargo, la incorporación de las mujeres al mercado laboral no modificó las condiciones laborales desiguales entre hombres y mujeres⁴ ni tampoco significó una redistribución equitativa de las tareas de cuidado reproductivas (Federici, 2010). Tal como sostiene Paredes (s/f) las mujeres somos las convocadas (nuevamente) a solucionar las crisis económicas, recesiones y otras maneras en que el Capitalismo nombra sus dificultades. En esa línea advierten Fraser y Rivera (2014), que los discursos neoliberales sobre la incorporación de las mujeres al mercado laboral se revisten de progresismo y sostienen con la excusa de promover el “empoderamiento”. Sin embargo, tal como afirman las autoras,

³ “Fueron especialmente los hogares más pobres los que vivieron esta experiencia expansiva de las mujeres como principales sostenedoras, puesto que en el segmento menos favorecido se pasó del 18,5%, a inicios de la década, al 27,5% hacia 1997” (Barrancos, 2007, p. 305).

⁴ “Las mujeres ganamos el 27% menos que los varones e incluso las brechas se replican entre mujeres a medida que analizamos la clase social y la raza. Además, tenemos una doble jornada laboral, porque hacemos el 76% del trabajo doméstico no remunerado”. Disponible en: <https://www.cronista.com/economiapolitica/Economia-feminista-moda-o-necesidad-20161014->

No parece importar que la realidad subyacente, en el nuevo ideal, sea la rebaja de los niveles salariales, la reducción de la seguridad en el empleo, el descenso del nivel de vida, el fuerte aumento del número de horas de trabajo asalariado por familia, la exacerbación del doble turno, ahora, a menudo, triple o cuádruple, y el incremento de la pobreza, cada vez más concentrada en los hogares de familias encabezadas por mujeres. El neoliberalismo nos viste a la mona de seda a través de una narrativa sobre el “empoderamiento” de las mujeres. Al invocar la crítica feminista del salario familiar para justificar la explotación, utiliza el sueño de la emancipación de las mujeres para engrasar el motor de la acumulación capitalista. (pp. 132-133)

Además, se agrega el endeudamiento financiero que recae sobre las mujeres y hogares de sectores populares vía toma de crédito para compra de alimentos, productos de primera necesidad y solicitud de préstamos usureros para sobrevivir. (Gago y Cavallero, 2019)

Por tanto, el capitalismo como sistema se basa en una distribución injusta e insostenible de los sistemas de cuidado (Phillips, 2022). Sumado a la crisis económica, el retraimiento del Estado en materia de derechos sociales, implicó que las organizaciones sociales (conformadas principalmente por mujeres cis de sectores populares) asumieran la tarea de garantizar, de alguna manera, ciertas necesidades sociales de la población. De esta forma, la triple jornada laboral (hogar, empleo y comunidad) se naturaliza en el cotidiano, principalmente, de las mujeres de sectores populares. Como el Estado deja de hacerse cargo de garantizar ciertos derechos sociales, son las mujeres quienes a través del trabajo **comunitario** en las organizaciones sociales intentan abordar las necesidades más urgentes de sus territorios. En nuestros casos de estudio, tanto la Mesa por el Derecho a la Salud y el Hábitat (MDSH) de Villa 21-24 como el Equipo Ampliado de Salud Comunitaria (EASC) son espacios colectivos conformados principalmente por mujeres (tanto profesionales como promotoras de la salud). Entonces, ¿se podría afirmar que - ahora sí - las mujeres “conquistamos” el espacio público? Ahora además de cuidar, también trabajamos y participamos de la lucha por mejorar las condiciones de vida, pero ¿todas eligen ese

involucramiento? ¿Cuánto hay del deseo y cuánto del deber en esa participación? ¿De qué tipo de participación hablamos? Seguidamente, nos detendremos en la compleja vinculación entre la división del trabajo y la participación política de las mujeres de sectores populares.

1.2 División Social, Racial y Sexual del Trabajo de los Cuidados y Su Incidencia en la Participación Política de las Mujeres de Sectores Populares

La historia del contrato social es la historia de la libertad, pero existe a la par una historia de sujeción, que es la del **contrato sexual**. En este sentido, Pateman (1995) sostiene que el contrato social no explica toda la vida social, sino sólo una parte, que se refiere a los hombres libres e iguales. Sin embargo, para que éste funcione, necesita de un contrato sexual implícito que permita a los varones regular y acceder a los cuerpos de las mujeres y que, a la vez, excluya a las mujeres del contrato social en cuanto sujetas. Para Pateman, el contrato sexual es el medio a través del cual se instituyen - al mismo tiempo que se ocultan - las relaciones de subordinación en el patriarcado moderno (Pateman, 1995). A su vez la autora sostiene como hipótesis que la distribución (o no) de las tareas reproductivas incide en la participación política de las mujeres y en las posibilidades de habitar el espacio de lo público-político de diversas formas. En efecto, si los géneros que se vinculan en las relaciones de cuidado compartieran equitativamente las responsabilidades en la crianza de sus hijos, personas temporal o siempre dependientes, así como las tareas domésticas, ocurrirían cambios radicales en la esfera pública, en la organización de la producción y en las prácticas de la ciudadanía democrática (Pateman, 2009). Para abordar estos debates es necesario superar algunos binarios que siguen articulando los debates feministas como el dilema igualdad-diferencia entre los géneros. Para la autora, no se trata de eliminar las diferencias sino abordar la desigualdad que implica dominación y subordinación. Por ello, el logro de una ciudadanía genuinamente democrática implica que la diferencia sexual no signifique la diferencia entre libertad y subordinación (Pateman, 1995).

Ahora bien, las mujeres de sectores populares que se encuentran atravesadas por procesos de desigualación estructural en términos de sus posiciones de género, clase y raza, se encuentran actualmente asumiendo roles de cuidado en el espacio público mediado por programas del Estado. Entonces estamos ante formas híbridas donde las tareas de orden “privado” se vuelven “públicas” y remuneradas vía becas o convenios

específicos con programas del Estado. En efecto, en el caso que nos compete, se gesta una figura mestiza donde se cruzan diferentes posiciones-sujeto, condiciones de vida y situación laboral, ya que las mujeres de sectores populares que participan de los programas de Salud Comunitaria⁵ son reconocidas simbólicamente y económicamente como promotoras de salud. A su vez, también son militantes de diferentes organizaciones sociales, a través de las cuales obtienen su salario (Potenciar Trabajo)⁶. Entonces, ¿qué sucede en estos procesos donde el barrio se torna un espacio laboral para las mujeres? ¿Qué pasa cuando la participación política está (ob)ligada al trabajo? ¿Es este tipo de propuesta una forma de participación política sustantiva? Interesa, a lo largo de este estudio, enfocar el análisis en esas tensiones e incomodidades entre la participación, la militancia, el trabajo, los cuidados y las mujeres.

Así pues, retomando las ideas de Pateman (2009) sobre participación política, la autora da cuenta de los criterios liberales y patriarcales que atraviesan las lógicas participativas. En ese sentido, estos modos masculinos, modernos y occidentales se expresan dentro de las organizaciones sociales en la inequitativa distribución de tareas y representación política. Trillada discusión: las mujeres al frente de las ollas populares, mientras los varones en los espacios de negociación, articulación y definición política.

Sin embargo, si a partir de la participación política de las mujeres deviene su respeto y reconocimiento social, frente a ese discurso socialmente hegemónico Skeggs (2019) contrapone lo siguiente. La respetabilidad se encuentra atravesada por la moralidad heteropatriarcal colonial capitalista que organiza nuestra sociedad actual. Por ende, lo que pone en juego la respetabilidad de las mujeres es que continúen con los roles socialmente asignados (reproductivos y de cuidado) tanto en sus casas como en sus barrios. “Te llamé mil veces, te dije que TU hijo se cayó” gritó frente a todes, la pareja de una militante que se encontraba haciendo diferentes tareas, en el comedor de su organización “donde le llenan la cabeza”. (Registro de la autora campo, 14 de septiembre de 2021, 11:30am, Ciudad Autónoma de Buenos Aires) Por eso, al sistema

⁵ Los programas de Salud Comunitaria objeto de este estudio son: Salud Ambiental (CeSAC N° 35) donde surge la Mesa por el Derecho a la Salud y Hábitat (MDSH) y Salud Comunitaria (CeSAC N° 10) desde donde se promueve la organización del Equipo Ampliado de Salud Comunitaria (EASC).

⁶ “Programa Nacional de Inclusión Socioproductiva y Desarrollo Local “Potenciar Trabajo” (Res. 121/2020), unifica a los programas Hacemos Futuro y Salario Social Complementario en una única iniciativa. Tiene como objetivo contribuir a mejorar el empleo y generar nuevas propuestas productivas a través del desarrollo de proyectos socio-productivos, socio-comunitarios, socio-laborales y la terminalidad educativa, con el fin de promover la inclusión social plena para personas que se encuentren en situación de vulnerabilidad social y económica” (Ministerio de Desarrollo Social de la Nación)

heteropatriarcal, capitalista y colonial le interesa que las mujeres de sectores populares sigan participando - de los espacios habilitados - y no que los transformen.. Si las mujeres se ausentan de sus tareas familiares y comunitarias rápidamente van a ser castigadas y consideradas una amenaza contra la integridad moral de la familia y de la sociedad.

En relación a lo expuesto, actualmente, de 20 ministerios nacionales, sólo 3 son conducidos por mujeres, de las 72 bancas en el Senado, apenas 28 son ocupadas por mujeres. Aunque de los 41 partidos políticos nacionales, 27 cuentan con una mayoría de afiliadas mujeres superando el 50%. “No obstante, es necesario impulsar un salto cualitativo para que esas mujeres logren sostener sus trayectorias políticas, accedan a encabezar listas, al financiamiento de campaña y logren incorporarse en los órganos de decisión partidaria” (Informe de paridad en Argentina, 2020). De las pocas que están en la conducción, la mayoría son mujeres cis, blancas, universitarias, clase media, es decir que cuentan con ciertos privilegios que han “facilitado” su incorporación y sostenimiento en las estructuras de poder. Aquí también está presente la colonialidad que divide determinados cuerpos al trabajo comunitario mientras que otras a los espacios de decisión. Hay un estereotipo de mujer que accede al poder y la participación política en los espacios formales, mientras que otras están en las calles, los barrios y las ollas. Ambas estructuras de participación política reproducen la colonialidad de poder donde algunas toman decisiones por y sobre otras.

Pero, más allá de lo que la sociedad y el Estado habiliten para las mujeres en términos de participación política, ¿dónde estamos las mujeres? ¿En las casas, en las calles, en los barrios? ¿Dónde queremos estar? ¿Qué tareas queremos? ¿Queremos ser parte de la lucha por mejorar nuestras condiciones de vida? ¿Desde qué lugar? ¿Movilizar es participar? ¿Quiénes quieren asumir un rol de referente comunitaria? ¿La mujer debe tener tiempo, energías y ganas para trabajar, cuidar y luchar?

1.3 El Estado del Estado: Liberal o Intervencionista

En este apartado interesa reconstruir brevemente ciertas concepciones teórico-políticas en torno al Estado y las políticas que promueven la participación. Se recuperarán los feminismos descoloniales del sur, a manera de comprender el sentido que subyace en las políticas públicas en general, y las políticas de salud pública en particular.

Los feminismos decoloniales sostienen que el Estado capitalista es colonial y esencialmente heteropatriarcal, tramado por relaciones de poder en clave de clase/género/raza y generación, que nos desigualan en el control de los medios de producción. Reproduce relaciones sociales desiguales, ya que no contribuye a la transformación radical del origen de las relaciones sociales desiguales, sino que genera reformas parciales con sus intervenciones a través de políticas públicas. Paredes Carvajal, (s/f) refiere que es una construcción social que trata de materializarse históricamente, gracias al miedo y la vulnerabilidad de la humanidad, y que son los sectores dominantes quienes instalan en la sociedad discursos hegemónicos vinculados al carácter “neutral” del Estado. Sin embargo, sostenemos que se trata de un instrumento patriarcal de dominación, en términos de la autora, es un *Estado de Poder*. Por su parte, Ochy Curiel (2013) acuña el término de Heteronación para dar cuenta del modo en que en la idea de la nación subyace el régimen de la heterosexualidad que, a su vez, se materializan y reproducen en las instituciones como la familia, el parentesco, o la nacionalidad, y se reflejan en la Constitución, es decir en los marcos normativos que regulan la sociedad.

Estos posicionamientos teóricos políticos permiten reconstruir una mirada desde la cual, esta investigación buscará identificar en qué medida las políticas de salud objeto de estudio vinculadas a la Participación Comunitaria en Salud (PCS) reproducen o cuestionan el discurso patriarcal, capitalista y colonial que orientaba las políticas de participación de los noventa (Svampa, 2005; De Marinis, 2005).

Las políticas públicas son consideradas como la síntesis de un vínculo entre el Estado, la sociedad civil y el mercado, que no es neutral ni estático, sino que implica una relación socio-histórica de intereses en disputa que van cambiando a lo largo del tiempo. Es una “arena de negociaciones” (Oszlak, 2004) que tienden a mantener o modificar el status quo de una sociedad. En términos de Fraser (1997), frente a las desigualdades inherente al sistema heteropatriarcal, colonial y capitalista las políticas públicas pueden ser de redistribución (económica) o reconocimiento (cultural) y a su vez, pueden ser de afirmación (aquellas que proponen cambios reformistas) - o transformativas (las cuales buscan la reestructuración radical del origen de las injusticias). Si bien ésta es una división analítica, permite discernir qué tendencia poseen los programas de salud comunitaria, en tanto reproducen o cuestionan el orden social, heteropatriarcal y colonial vigente.

En ambos casos, la convocatoria gira en torno a la organización colectiva para luchar por la transformación estructural de las condiciones de vida paupérrimas de los territorios donde se insertan. Desde una perspectiva de salud integral, las problemáticas ambientales y habitacionales inciden en los procesos de salud, enfermedad, atención y cuidados (PSEAC) de la población y por ende, se busca colectivamente construir estrategias para abordarlas, no sólo para cuidar la salud humana sino también para defender la naturaleza. No hay salud humana posible en territorios enfermos. En este marco, se invita a las organizaciones sociales del barrio a involucrarse activa y protagónicamente. Son las promotoras de salud quienes asumen la participación en representación de sus espacios de organización. Tanto la MSDH cómo EASC son espacios abiertos de debate y construcción donde se valora la palabra de las vecinas y legítima como actor fundamental para la transformación. (Registro de la autora campo, 6 de septiembre de 2021, 11:30am, Ciudad Autónoma de Buenos Aires)

En Argentina, pensar la política pública, desde una perspectiva ambiental y saludable, requiere asumir la gravedad de la situación sanitaria, como emergente del proceso de crisis ambiental y civilizatoria a la que nos han llevado los modos de producción y reproducción socioeconómica impuestos a partir del pensamiento antropocéntrico. Así, en el devenir histórico de nuestro país, la matriz productiva se configuró en torno al avance de intereses privados que, con apoyo de políticas públicas centraron la economía en base al avance de modelos que hoy denominamos extractivistas y agroindustriales (por su extensión territorial, por la cantidad de transgénicos (Camacho Hinojosa, 2011).

Los Estados son hegemónicos, sin embargo los Gobiernos no siempre son homogéneos. Justamente allí, en la diversidad que pueda existir entre quienes gobiernan, radica una posibilidad de encontrarse con funcionarios dispuestos a oír, dialogar con los saberes de los pueblos y comunidades que, desde las resistencias, son parte de las siembras de los procesos de transición hacia otros modos de producción y reproducción socioeconómica y política que sean respetuosos con los límites de la planeta y los tiempos del territorio. La crisis del sistema de salud se sostiene en inequidades económicas, sociales, de género y ecológicas, que determinan procesos estructurales deteriorando el ciclo vital de las personas y por lo tanto alteran su proceso de Salud-Enfermedad-Atención-Cuidado. Frente a esto es urgente, un giro hacia un paradigma del cuidado, a través del diálogo de saberes, de la recuperación y revalorización de los conocimientos ancestrales, la deconstrucción de las relaciones de

poder hegemónicas y la integración de la ética de la Vida y la participación comunitaria en la toma de decisiones.

Sin embargo, nuevamente ¿quiénes son los que participan de esos espacios? ¿Cuánto hay del deber y del querer en esa participación? Y en otro orden de interrogante, ¿qué posibilidades de cambio (estructural o parcial) es posible motorizar desde los espacios colectivos promovidos por las políticas de Salud Comunitaria? Para seguir pensando en torno a este último eje, se recupera la propuesta teórica de Esping-Andersen (1993) y Carrasco (1995) en torno a la relación entre Estado-Mercado-Sociedad Civil en la resolución de las necesidades.

Según el autor, existen tres modelos de bienestar (el liberal, el corporativo y el socialdemócrata) según el reparto de responsabilidades entre el Estado, el mercado y la familia. Así, propone pensar cómo y a través de qué actores se resuelven las necesidades sociales. En la misma línea, Carrasco (1995) sostiene que, en el proceso de reproducción de la vida participan tres esferas: el mercado (en forma directa a través del salario); la familia/sociedad civil (trabajo doméstico y comunitario) y el Estado (en forma indirecta, a través de las políticas sociales). En cuanto a las formas que asume la actuación estatal, depende de la estructura del gobierno en cada momento, el modelo económico y político que se impulse. Esto devela la relación intrínseca y continua entre Estado-Mercado-Sociedad Civil. Por tanto, durante los periodos neoliberales el retroceso estatal en materia de derechos implicaba un avance del mercado. Es decir, el supuesto “achicamiento” del Estado, más bien alude a un avance del mercado en la mercantilización de bienes y servicios. Por lo cual, los sectores sociales que, a partir del retraimiento del Estado en materia de derechos, han tenido dificultades para acceder a tales bienes y servicios, históricamente buscaron resolver comunitariamente esas necesidades.

Ahora bien, si las políticas públicas son una “arena de negociaciones” y por tal, reflejo de las demandas e intereses que, ciertos actores logran instalar en la agenda pública para que luego ingresen en la agenda estatal. La propuesta superadora de Mackinnon (1995) en el análisis del Estado es que debemos avanzar hacia una “jurisprudencia feminista” que cambie la relación entre el Estado, la vida y la ley, lo que implica reconocer las condiciones de desigualdades (social, de género, raciales) existentes para diseñar políticas públicas que favorezcan a los sectores más postergados. De lo contrario, acabamos con políticas públicas que reproducen las lógicas de dominación y perpetuación de las desigualdades, tal como ocurrió en la

década neoliberal Argentina que comienza en los años 70 y se profundiza en los 90. A continuación, el análisis estará centrado en el régimen neoliberal en Argentina y los paradigmas que subyacen en sus políticas de promoción de la Participación Comunitaria.

1.4 Neoliberalismo y Confusión: - Derechos + Participación

En este apartado se buscará analizar la instalación del régimen neoliberal en Argentina, los cambios establecidos en materia de políticas sociales y su vinculación con la (exacerbada y contradictoria) promoción de la participación social en general, y en las políticas de salud en particular.

En Argentina, el régimen neoliberal se instaló durante la última dictadura cívico-eclesiástica militar (1976) generando cambios en los patrones de producción, distribución y consumo. En palabras de Fleury (1997)

(...) el inicio de los años 90 marca un punto de inflexión en la historia de América Latina, en el cual se redefinen relaciones económicas y políticas, tanto en el interior de los diferentes países como en su inserción en el escenario mundial. (p. 305)

Luego, con el retorno democrático en los gobiernos de Carlos Menem (1989 y 1999) se agudizan las medidas de ajuste económico tales como apertura de las importaciones, privatización de empresas públicas, liberalización de la economía, entre otras. Y así, -repentina y vertiginosamente- el salario deja de ser el eje articulador bajo el cual se organizan las relaciones sociales, debido a que gran parte de la clase trabajadora fue excluida del mercado laboral formal y despojada de un piso de condiciones y derechos laborales conquistados a lo largo del tiempo, por la lucha de la clase obrera. En simultáneo, el Estado toma medidas que implican la reducción del gasto público recortando el presupuesto destinado a las políticas sociales vigentes y delegando en el mercado y la sociedad civil (familia y comunidad) la resolución de sus propias necesidades. Frente a este escenario, los sectores populares, vuelven a recurrir a estrategias económicas colectivas para reproducir su existencia (Bascuas, Sanfilippo, Piris, Cabrera, Ortega, Pérez, 2019).

En el campo de las políticas sociales, la reforma en la relación entre Estado, sociedad civil y mercado en los 90 tendió a la descentralización, restricción y privatización del sistema de seguridad social pública construido durante el Estado de Bienestar. Así, la sociedad se divide entre quienes pueden pagar y acuden al sector privado; quienes no pueden acceder a las prestaciones del mercado pero cuentan con redes socio-afectivas sólidas para resolver sus necesidades y quienes no cuentan con condiciones económicas ni sociales para resolver su reproducción cotidiana. En este marco, el Estado se reservaba la protección de estas últimas parcelas más desprotegidas de la sociedad, con escasos o nulos capitales económicos, simbólicos y sociales (Fleury, 1997).

“La reducción de toda reflexión teórica y de toda praxis humana a esta racionalidad instrumental medio-fin ha conducido a la humanidad a una crisis de sostenibilidad que hoy amenaza inclusive su sobrevivencia y la de la propia naturaleza” (Hillenkamp, Guérin y Verschuur, 2014, p. 8). Esto alude a que la instalación del régimen neoliberal no sólo modificó el modelo de acumulación económica, sino también afectó la cohesión social, promoviendo valores como la competitividad y la meritocracia. Así, se produce un desplazamiento que reemplaza la socialización comunitaria por la socialización mercantil (Modonesi y Navarro, 2014). Además, según Gago (2014), el capitalismo y la modernidad se sostienen y reproducen a partir de la internalización de la subjetividad neoliberal que el mismo sistema impone, donde impera el individualismo como modo de reproducción social.

Por eso, en un contexto de reducción del Estado, el gasto público está fuertemente relacionado con el control del conflicto y el malestar social. En una lógica neoliberal de políticas de ajuste estructural, las intervenciones estatales tienden a vehicular el avance de la mercantilización de los bienes y servicios. En este punto, Rodríguez Guerra (2001) esboza el término de «reorganización del malestar social» para caracterizar las prestaciones sociales de la época, orientadas en base a tres ideas fuerza: **racionalidad, selectividad y flexibilidad**⁷. No obstante, a partir del 2003, se percibe un cambio paradigmático en el sentido que atraviesa las políticas públicas.

⁷ La primera, vinculada a la eficacia: máximo resultado al menor costo; la segunda alude a la necesidad de construir un criterio de selección de la población destinataria de las políticas sociales, es decir sólo aquellos sujetos extremadamente marginados. Y el último, aparentar que son los “individuos” quienes eligen qué prestación social percibir y qué tipo de contraprestación asumir. (Rodríguez Guerra, 2001 en Anzorena, 2013).

Ciertos estudios⁸ aluden a un “giro a la izquierda” debido a las políticas de ampliación de derechos individuales, sociales y políticos con el fin de fortalecer la sociedad (Fernandez, 2014), entre otros cambios trascendentales.

En Argentina, la crisis socioeconómica neoliberal del 2001 impactó en la organización de las unidades domésticas/familias. Frente a la desocupación y precarización laboral, muchas mujeres comenzaron a trabajar fuera de sus hogares en trabajos no registrados con precarias condiciones laborales. Sin embargo esto no implicó la modificación de las condiciones laborales desiguales entre hombres y mujeres.⁹ Tal como sostiene la autora, esto no significó una redistribución de las tareas reproductivas ni comunitarias, sino por el contrario una acumulación de más trabajo para las mujeres (Federici, 2010). Este aporte nos permite pensar en la triple jornada laboral en términos de **triple explotación**. Conforme a ello, en este período la descentralización (y desfinanciación) de las políticas públicas, de la mano con el discurso de la promoción de la participación fueron pensadas como mecanismos que aumentan la eficiencia estatal y la legitimidad del sistema democrático que volvía a recuperarse.

En los 90 se vive un descreimiento hacia los gobiernos generalizado a nivel regional. Esto, sumado al retraimiento del aparato estatal en materia de derechos, generó un caldo de cultivo para que las estrategias comunitarias aparezcan en la sociedad. “Si hubo una convergencia, entre estas dos tradiciones (comunitarismo y neoliberalismo) opuestas en muchos sentidos, ésta era la falta de confianza en el Estado difundida en América Latina en los años 90” (Molyneux, 2001, p. 33). Así, tanto la lógica neoliberal como el comunitarismo convergen sobre la base de la desconfianza en un Estado ineficaz y la confianza en el individuo y en su solidaridad y a su vez, enfatizando en la mujer como un actor clave en la reproducción familiar y comunitaria. En el caso de la Ciudad de Buenos Aires, los vecinos comienzan a agruparse dentro de sus territorios, configurándose el barrio como unidad política en el proceso de descentralización donde las mujeres son las protagonistas (Menazzi, 2008).

⁸ Otros estudios consideran que, durante la era kirchnerista se continuaron y agudizaron políticas agroexportadoras y extractivistas, entre otras. (Svampa, 2005). Disponible en: <http://maristellasvampa.net/archivos/ensayo61.pdf>

⁹ “Las mujeres ganamos el 27% menos que los varones e incluso las brechas se replican entre mujeres a medida que analizamos la clase social y la raza. Además, tenemos una doble jornada laboral, porque hacemos el 76% del trabajo doméstico no remunerado”. Disponible en: https://www.cronista.com/economiapolitica/Economia-feminista-moda-o-necesidad-20161014-0123.html?fbclid=IwAR0fJt7Dbq3n0T8fJ4xZ4hLNpuHszCqPpg6tqS2UiA_eFkLLZ2fsA6qGyWY

En materia de la salud pública, la Atención Primaria de la Salud (APS) recobró importancia en la década de los 90, pleno auge del proyecto neoliberal en Nuestra América. Estos procesos participativos en salud “re-descubiertos” en esos tiempos, no son ajenos al marco socio histórico en el que se desarrollan. Es decir, en simultáneo al renovado impulso de promoción del protagonismo de la comunidad, se privatizaron numerosas áreas del gobierno avasallando derechos conquistados (Pagnamento, 2012). En este marco, la incorporación de “promotores de salud comunitarios” en las políticas de APS implicó - en gran medida - delegar en la sociedad civil, funciones y tareas previamente garantizadas por el Estado. En nuestro caso de estudio, las mujeres del barrio comienzan a participar en ambos efectores como promotoras de salud, en el marco de la contraprestación del Plan Jefes y Jefas de Hogar Desocupados.¹⁰ (Decreto 565/2002) (Registro de la autora campo, 7 de marzo de 2022, 11:30am, Ciudad Autónoma de Buenos Aires). En el capítulo cuatro ampliaremos sobre la trayectoria histórica y actual de la participación de las mujeres - promotoras de salud - en los CeSAC N° 10 y 35, y en particular, en los programas de salud comunitaria objeto de estudio.

Retomando, en el escenario local resulta clave recuperar dos procesos de reestructuración - política, administrativa y territorial - que surgen y se implementan en simultáneo: la regionalización territorial sanitaria y redistribución institucional de la Ciudad (Bonazzola, 2010). El primero, alude a la Ley Básica de Salud N° 153 (Art. 27)¹¹ la cual establece - entre otras cuestiones - la creación de las áreas programáticas (12), una por cada Hospital General de Agudos. Este proceso de regionalización territorial sanitaria comienza en 1988. El segundo, refiere al nivel político-institucional, en 1996, la Constitución de la Ciudad de Buenos Aires, establece una nueva división político-institucional creando 15 (quince) Comunas (Constitución de la Ciudad. Art. 127° A 131°). En septiembre de 2005 se sancionó la Ley Orgánica de Comunas N° 1777, la cual reafirmó - institucionalmente - el sentido de participación ciudadana, ya que según el Art. 3 la finalidad de la ley pretende, entre otras cosas:

¹⁰ Créase el PROGRAMA JEFES DE HOGAR para ser aplicado mientras dure la EMERGENCIA OCUPACIONAL NACIONAL, que por este Decreto se ratifica hasta el 31 de diciembre de 2002, destinado a jefes/as de hogar con hijos de hasta DIECIOCHO (18) años de edad, o discapacitados de cualquier edad, y a hogares en los que la jefa de hogar o la cónyuge, concubina o cohabitante del jefe de hogar se hallare en estado de gravidez, todos ellos desocupados y que residan en forma permanente en el país.
<http://servicios.infoleg.gob.ar/infolegInternet/anexos/70000-74999/73272/norma.htm>

¹¹ El subsector estatal de salud se organiza territorialmente en unidades de organización sanitaria denominadas regiones sanitarias, integradas cada una de ellas por unidades locales o áreas de salud. Las áreas de salud son definidas como las unidades locales de organización territorial del subsector estatal de salud.

- a. Promover la descentralización y facilitar la desconcentración de las funciones del Gobierno de la Ciudad, preservando su integridad territorial.
- b. Facilitar la participación de la ciudadanía en el proceso de toma de decisiones y en el control de los asuntos públicos. (Ley N° 1777, Art. 3)

De esta forma, la descentralización administrativa en las Comunas de la Constitución y la descentralización sanitaria en las Áreas de Salud de la Ley Básica establecieron un marco institucional propicio para contribuir a la transformación del sistema de salud y de gobierno (Bonazzola, 2010). Esta reorganización implicó una distribución administrativa hacia los barrios, pero no la división política del gobierno de la ciudad. Así, se reactivó el sentido más apolítico del barrio y de la comunidad (Menazzi, 2008).

Por su parte, los organismos internacionales también esbozaron discursos “progresistas” para justificar el proceso de individualización/comunitarización de las responsabilidades sociales, alentando al involucramiento individual en la implementación de las políticas sociales (Pagnamento, 2012). En este sentido, la incorporación de promotoras de salud en los efectores durante el neoliberalismo estuvo signada por estos lineamientos. Las mujeres que comenzaron a participar como promotoras de salud en el marco de las actividades socio-productivas de contraprestación se inscribían de manera individual en las instituciones, ya que no había una organización social que reúna y acompañe el acceso al Plan. (Registro de la autora campo, 20 de septiembre de 2021, 10:30am, Ciudad Autónoma de Buenos Aires). Cada una decidía donde “cumplir” las horas que se exigían para el sostenimiento de la remuneración económica.

Svampa (2005) sostiene que, tras la idea de una “ciudadanía activa” se desdibujó el lugar central del aparato estatal en la garantía de los derechos y lejos de ser un proceso participativo de corte “democratizador”, se trató de una tendencia a la autoorganización (individual, familiar y comunitaria) como estrategia para resolver las necesidades. Acercándose así, más a una ciudadanía restringida con escaso poder de decisión en los asuntos de política pública y con alta capacidad de organización colectiva. Este es el origen común tanto de las organizaciones de Constitución como las de Villa 21-24 que se vinculan con los efectores de salud en los programas de salud territorial.

En este sentido, pese a las resonancias positivas que casi automáticamente generan el “activismo” y el “dinamismo”, son atributos atravesados por profundas ambivalencias (De Marinis, 2005). Las prácticas y discursos de la PCS no pueden ser analizadas aisladamente sino, insertas en determinada coyuntura en la cual se producen y reproducen. Así, los procesos participativos en salud redescubiertos en la década de los noventa, no son ajenos a la política económica neoliberal que desencadenó una redefinición global de los roles y las relaciones entre el Estado, la sociedad y los agentes económicos en el mercado. Tal como refiere Anzorena (2013) “este activismo neoliberal oculta la desvinculación del Estado como garante de los derechos de la ciudadanía, la naturalización de las responsabilidades sociales y la utilización del tiempo impago, sobre todo de las mujeres”. (p. 57)

Sin embargo, es oportuno señalar que no todas tienen las mismas condiciones para abordar esta situación, algunas pueden pagar los servicios domésticos (generalmente) de otras mujeres para que estén a cargo del cuidado de sus hijos, adultos mayores o realizando tareas de limpieza mientras trabajan fuera de sus casas. Son las mujeres negras, trans, pobres, migrantes aquellas que trabajan fuera y dentro de sus casas y en sus comunidades, en condiciones de precariedad, explotación y triple jornada laboral (productiva, reproductiva-intra doméstica y comunitaria).

1.5 Neoliberalismo y Confusión II: - Estado + Trabajo No Pago Feminizado

En sintonía a lo desarrollado anteriormente, se indagará en las representaciones de género sobre las que se asienta la “participación” de las mujeres en las políticas sociales y cómo contribuyen al sostenimiento de la economía a nivel familiar y social.

El sentido común se encuentra permeado por las concepciones de la Economía Neoclásica - ortodoxa, patriarcal y liberal - la cual, invisibiliza el trabajo reproductivo, llevado a cabo (principal y en algunos casos, exclusivamente) por las mujeres. Además afirma que, estas tareas - domésticas, de cuidado, relación socio afectiva - son responsabilidades de las mujeres por su condición biológica (Arancibia, 2013). Por su parte, Pérez Orozco (2014) denuncia que este paradigma neoclásico adolece de profundos sesgos androcéntricos: se construye sobre la ausencia de las mujeres, negando la relevancia económica a las esferas que se asocian con la feminidad (el ámbito de lo privado-doméstico, el hogar y los trabajos no remunerados) y utiliza la

experiencia masculina en los mercados para definir la normalidad económica. La economía machista, heteronormativa, regula el acceso al mercado laboral, profundiza las desigualdades y construye obstáculos para la autonomía e independencia económica de las mujeres. La cual no mira al ámbito de la reproducción, ni mira a las mujeres que están en el ámbito de la producción, ni intenta reconocer la desigualdad de género en ninguno de ellos.

Es a partir de las discusiones instaladas por los movimientos feministas, que emergen otros posicionamientos teóricos-políticos como Economía Feminista (Carrasco, 1995) la cual, se trata de una corriente de pensamiento socioeconómico que incorpora al análisis económico el estudio de las desigualdades de género. No hay producción sin reproducción, no es posible pensar en la clase trabajadora, como fuerza de trabajo, sin alguien que garantice la alimentación, cuidados y bienestar, etc. al interior de las unidades domésticas. El “costo” de la reproducción de la fuerza de trabajo en el capitalismo ha sido (y es) pagado con el tiempo de las mujeres quienes, históricamente, realizan estas tareas sin remuneración ni reconocimiento. Dentro de las unidades domésticas las mujeres quedan sumidas a la dependencia económica de quienes dicen ser proveedores del capital económico dentro de las familias.

Al final de la década del 90, el empeoramiento de las condiciones de vida llegó a un punto extremo a partir del cual se define la implementación de reformas superficiales y paliativas. De esta forma, se aplicaron políticas compensatorias y focalizadas para contrarrestar los efectos económicos del ajuste. Surgen así programas de nutrición, salud y agua potable, capacitación de mano de obra, crédito para microemprendimientos, transferencia de dinero, etc. (Ezcurra, 1998 en Anzorena, 2013). El Plan Jefes y Jefas de Hogar (Decreto 565/02) es uno de los planes de trabajo con contraprestación .

A su vez, como refiere la autora

(...) desde el Estado, se asume que la intervenciones son neutrales, que los cambios en las relaciones sociales (los que ya se han dado y los que se darán) son ajenos a ciertos ámbitos como las políticas sociales de pobreza, para las cuales las mujeres siguen siendo sistemáticamente las destinatarias

privilegiadas, a las que se atribuye beneficios y dependencia del Estado, y no derechos ni autonomía como sujetos.¹² (p. 229)

Así, las políticas sociales, implementadas como respuestas a los efectos del modelo de ajuste estructural de los 90 y promovidas por los organismos internacionales se basaron en la exaltación de las mujeres pobres como foco para atribuir eficiencia a las intervenciones. (Anzorena, 2013, p. 79). La contraprestación que exigía el Plan para su sostenimiento se vinculaba a la realización de tareas socio-comunitarias. Así, algunas beneficiarias comenzaron a desempeñarse como promotoras de salud dentro de sus territorios. Afirma Segato, “el Estado entrega aquí con una mano lo que ya retiró con la otra” (2015, p. 73), haciendo referencia a las intervenciones estatales contradictorias donde por un lado, introduce un discurso moderno igualitario y por el otro, retroalimenta la racionalidad instrumental capitalista.

En simultáneo, a partir de las ofensivas neoliberales - que implicaron un recrudescimiento y precarización de las condiciones sociales, económicas y laborales - emergen fuertes procesos de politización y re-lanzamiento de diversas y muy variadas luchas por lo común. (Navarro, 2016) La mayoría protagonizadas por las mujeres quienes debieron afrontar la falta de ingresos debido a la situación de desempleo al interior de sus unidades domésticas. Surgen así, nuevos *entramados comunitarios* (Gutiérrez Aguilar, 2011) como espacios que disputan y construyen desde lógicas diferentes (e incluso opuestas) a la acumulación del capital. Estos procesos organizativos parten del reconocimiento colectivo de necesidades comunes las cuales deciden sortear (y resistir) en conjunto y ancladas territorialmente. Las ollas populares son una expresión de la estrategias que asumen estos entramados comunitarios para sortear las dificultades para resolver la reproducción cotidiana de la existencia-

1.6 Resumen del Capítulo

Este primer capítulo “abre las puertas” al debate teórico y, en simultáneo, “salen por la ventana” más preguntas, tensiones e incomodidades que la realidad nos salpica. Así, este recorrido teórico político empezó recuperando la Colonialidad de Ser, Saber, Poder y Género y las ficciones que se instalan a partir del ordenamiento moderno. A su

¹² En el caso del Plan Jefes y Jefas de Hogar Desocupados, si bien no se había privilegiado respecto del sexo del/la beneficiario/a, el 70% eran mujeres.

vez, a partir de la idea de la división social, sexual y racial del trabajo surgen reflexiones sobre la distribución del trabajo productivo y reproductivo en esta sociedad. Aquí se menciona, la -ya conocida- inequitativa distribución de las tareas de cuidado y su vinculación con la participación en los espacios públicos-privados. Hogar/cuidados y política/trabajo asuntos separados (y estereotipados).

Pero, para seguir complejizando el binomio mencionado anteriormente, irrumpe la coyuntura socio-económica de los '90. A raíz de la crisis, no sólo se nos invita a “trabajar” (como si no lo hubiéramos hecho durante todo este tiempo) sino también a “participar” a través de políticas públicas de promoción de una ciudadanía activa. ¡Al fin, las mujeres cisgénero conquistando el espacio público! Maravillosa jugada del capitalismo, patriarcado, colonialismo y el Estado para endeudarnos, responsabilizarnos del sostenimiento económico del hogar y seguir sentenciándonos a las históricas tareas de cuidado. Así, mientras se recortaban derechos sociales, mediante la privatización y desfinanciamiento de políticas públicas de salud y educación, (entre otras); el Estado se hacía a un lado para dar lugar a la ciudadanía como garante de la vida. En efecto, en tiempos de crisis las ollas populares fueron, en muchísimos casos, la única vía de acceso para cubrir las necesidades de alimentación. Es decir, la militancia territorial -encabezada, gestionada y organizada por mujeres cisgénero- malabareando en la escasez para que duela un poco menos el ajuste y la marginalidad. Aflorando así: la triple explotación.

Si esa es la participación a la que nos invitan, si eso es lo que este sistema de opresión en complicidad con el Estado tienen para ofrecernos, al menos que nos dejen elegir si queremos o no estar bajo **esas** reglas de juego. Tal como se menciona a lo largo del capítulo la (ob)ligada vinculación entre participación política y trabajo de las mujeres cisgénero de sectores populares no siempre da lugar a la pregunta por el deseo. En muchos casos este “trabajo militante” es la única opción para lograr obtener un ingreso económico estable que no sea incompatible con el trabajo reproductivo.

Sin embargo, estoy convencida que el feminismo es capaz de disputar ese campo y construir otros modos de pensar la política y la participación. Tal como refiere Segato (2019), el fascismo es la politicidad que se construye en torno a la figura del enemigo, el feminismo no puede ser punitivista, la construcción de una politicidad femenina no puede ser una política del enemigo. Sino se constituiría dentro de las variantes del fascismo, poniendo en riesgo los logros del movimiento feminista. Por ello, los feminismos se encuentran debatiendo nuevos conceptos de democracia y

participación, donde el punto de vista femenino sobre las ideas de la política, y en particular de la democracia podrían representar nuevos criterios para la categoría de ciudadana plena de derechos. Por ende, que no se confunda, el debate no es por asumir cargos de decisión, resignando las tareas comunitarias y de cuidado invirtiendo la torta con las tareas de los varones heterocisgénero. Queremos equidad en las calles, las casas, los trabajos, en el Estado y en la salud.

A modo de cierre de este primer capítulo resulta importante volver a afirmar algunas ideas. Por un lado, se considera que la violencia se constituye en el común denominador que atraviesa a todos los cuerpos de mujeres y hombres. Sin embargo, hay diferencias fundadas en las ficciones de género, raza y etnia. Por tal motivo, es necesario pensar históricamente la interseccionalidad lo cual permite dar cuenta de cómo se ha configurado, a lo largo del tiempo, el patriarcado, el colonialismo y el capitalismo y cómo se fue filtrando en la organización social del cuidado, en la política y el mercado laboral y en el subsistema de salud pública. Esta colonialidad de poder como sistema de coordenadas ordena el mundo y los cuerpos-territorio bajo una lógica de conquistualidad permanente (Segato, 2023), es decir, en riesgo constantemente frente a diferentes expresiones de despojo y extractivismo.

Otro aspecto importante a afianzar en este cierre es que, desde la perspectiva biocéntrica, la salud no se trata sólo de cuerpos sanos sino también el respeto y cuidado de la naturaleza. Debemos defender los territorios-barríos amenazados cotidianamente con el avance del mercado inmobiliario depredador. En este sentido, es necesario repensar la organización social del cuidado de la vida humana y natural, ¿quienes son les que cuidan y defienden la vida humana y natural? ¿Es un asunto de mujeres cis de sectores populares?

Por último, se recuperan los aportes de Segato (2022) quien invita a pensar sobre la existencia de dos proyectos históricos y opuestos entre sí: *el proyecto histórico de las cosas* y *el proyecto histórico de los vínculos*, dirigidos a metas de satisfacción distintas, en tensión y en última instancia incompatibles. El proyecto histórico centrado en las cosas como meta de satisfacción es funcional al capital y produce individuos, que a su vez se transformarán en cosas. El proyecto histórico de los vínculos insta a la reciprocidad, que produce comunidad. Aunque vivamos inevitablemente de forma anfibia, con un pie en cada camino, una contra-pedagogía de la crueldad trabaja la conciencia de que solamente un mundo vincular y comunitario pone límites a la cosificación de la vida.

Capítulo 2: Genealogía del Debate

El estado del arte consiste en un proceso de investigación que explora y analiza diferentes resultados de investigaciones que se hayan abocado a estudiar sobre el tema que le preocupa a la investigadora en dicho momento. Es decir, son avances, desafíos y tendencias en el problema de dicha investigación. De modo que, en el presente capítulo se desarrollan los antecedentes de investigaciones que constituyen una genealogía de indagación sobre participación, salud, Estado y las perspectivas feministas descoloniales de las cuales nos aproximamos y distanciamos en las apuestas e intuiciones de esta propuesta.

Los modos de ver, pensar, vivir, curar, morir son cosmovisiones, enfoques, paradigmas producto históricos - dinámicos y cambiantes - que, diferentes teorías y valores legitiman en una comunidad, en un territorio y tiempo determinado. En este marco, las concepciones en torno a la salud no son inocuas ni tampoco ingenuas, sino que tienen incidencia en la vida cotidiana de los pueblos. Así, la salud como campo de disputa (Laurell, 1981) se encuentra en conflicto permanente entre actores con diferentes intereses económicos, políticos y culturales que pugnan por instalar su visión hegemónica sobre los asuntos de salud.

El debate en torno a la Participación Comunitaria en Salud (PCS) no está exento de esto, por el contrario, está atravesado por dos miradas contrapuestas. Por un lado, el Modelo Médico Hegemónico (MMH) caracterizado por su biologicismo, asociabilidad y la asimetría en el vínculo entre el equipo de salud y las personas usuarias (Menendez, 1990), entre otras. Por otro lado, el enfoque de Salud Colectiva (SC), el cual implica otros modos de mirar, conocer y actuar en el Proceso de salud-enfermedad-atención-cuidado (PSEAC) de la población, a través del pensamiento complejo. Dicha corriente sitúa a la política como determinante de la mejora en salud, vinculando los asuntos políticos como asuntos de salud (Silva Paim, 2004; Silva Paim y Almeida Filho, 1999; Laurell, 1981). La perspectiva de SC es un espacio social donde se concentran los abordajes e investigaciones críticas sobre la salud pública. Surge de entrelazar el campo científico de salud con la política y se conforma por los aportes de la epidemiología crítica y las ciencias sociales. A su vez, se contrapone a la construcción biomédica hegemónica y busca tejer otras relaciones entre la salud y la sociedad. Se destaca su estrecha vinculación con distintas áreas como el desarrollo social, los derechos humanos, la educación, el trabajo y la naturaleza, entre otros. Tiene como objetivo

investigar los determinantes de la producción social de las enfermedades (Casas, 2013) en palabras de Breilh (2003), la determinación social de la salud.

2.1 ¿Cómo llegamos hasta acá? Participación, Estado y Salud

Para abordar la Participación Comunitaria en Salud (PCS) resulta necesario ver el recorrido histórico de los distintos modos de ver, pensar y abordar la salud, el cual fue cambiando a lo largo del tiempo. Para ello, se parte de comprender que la modernidad occidental impuesta a partir del genocidio de Nuestra América (1492) instaló un nuevo ordenamiento capitalista, colonial y heteropatriarcal en el territorio que supiera llamarse Abya Yala¹³ (tierra madura). A partir de entonces, la colonialidad del saber (Lander, 2000) colocó al pensamiento científico moderno como la forma más avanzada para explicar la realidad. Esto permea el campo de la salud, dentro del cual, el único conocimiento válido queda relegado a las ciencias médicas, cuyo límite se definieron desde perspectivas biológicas excluyendo los atravesamientos sociales, colectivos, culturales, económicos, políticos (Liborio, 2013)

En el campo de la salud pública, a lo largo del tiempo se identifican diferentes modelos sanitarios: el higienista, enfocado en prevenir las enfermedades a partir de saneamiento; el preventivista, el cual hace énfasis en la importancia de la prevención específica frente a determinadas enfermedades; y el multicausal, que incorpora los atravesamientos sociales como factores individuales que configuran las problemáticas de salud. Más allá de las particularidades, el común denominador de los modelos mencionados es la hegemonía de las ciencias médicas. Por ende, existe una apropiación histórica de la biomedicina en los asuntos de salud, como discurso único y universal, deslegitimando al resto de los saberes y conocimientos ancestrales que también fueron y son parte de los PSEAC. Así, se configura el Modelo Médico Hegemónico (MMH) cuyos rasgos estructurales son: el biologismo, concepción metodológica-positivista, ahistoricidad, asociabilidad, individualismo, considera la salud y la enfermedad como mercancías, pragmático, de dominio asistencial, deslegitima las estrategias de prevención y promoción de la salud, práctica

¹³Abya significa ‘sangre’, y la sangre significaba la vida entre los pueblos mesoamericanos. Yala significa ‘montaña’. En la lengua del pueblo kuna, Abya Yala significa “tierra madura”, “tierra viva” o “tierra en florecimiento” y es sinónimo de América. Más que un nombre, Abya Yala representa la posición política de reconocer la existencia de formas de vida y conocimientos antes de la Modernidad. Es un faro epistemológico que no nació en la academia, “sino de las tripas de la tierra, del vientre de las comunidades maltratadas”. La proposición de Abya Yala es “hacer propio un espacio a través de los nombres que se atribuyen a ríos, montañas, bosques, lagos, animales y plantas”. Es convertir un espacio en territorio. Es reapropiarse de sus mundos de vida y significación. Disponible en: <https://malvestida.com/2020/08/que-es-abya-yala-lucha-descolonial/>

curativa basada en la eliminación del síntoma, relación asimétrica médico-paciente, sujeto paciente como ignorante y responsable de su enfermedad (Espinosa, 2013).

En este marco, la Organización Mundial de la Salud (OMS) define a la salud como “un estado de completo bienestar físico, mental y social, y no solamente la ausencia de afecciones o enfermedades” (Constitución de la OMS, 1946). Esta visión responde al paradigma moderno positivista antropocéntrico que reduce los PSEAC al abordaje de la salud humana y construye un tipo de cuerpo hegemónico masculino, heterosexual y europeo como su objeto de intervención. Por ende, todo lo considerado anormal será abordado desde las ciencias médicas. Este modelo comprende a la salud humana como un asunto individual, descontextualizado, separando la salud de las comunidades de sus territorios. Así, se deja por fuera la vida natural y animal.

En esta línea, el postulado básico del modelo “bio-psico-social” sostiene que tanto la salud como la enfermedad son consecuencia de la interacción de factores biológicos, psicológicos y sociales, fragmentando los cuerpos. Aquí entra en juego la lógica mercantilista del sistema capitalista extractivista que cosifica cuerpos “aptos” como fuerza de trabajo y también, transforma la salud en mercancía, objeto de compra-venta, despojando a los pueblos del derechos a la autodeterminación y autogestión de los PSEAC.

Desde esta mirada occidental hegemónica, considerada como la única que posee la razón universal de hacer y vivir en este mundo, se crean actitudes de sometimiento y servidumbre hacia ella y con acciones “bienintencionadas” se van generando actitudes que, aunque con maneras civilizadas, son violentas en sí mismas, ya que irrumpen en formas, tejidos de vida y realidades que no se comprenden desde esa mirada mecánica occidental. Al querer plantear un solo modelo de salud occidental, se pretende uniformizar la diversidad cultural de nuestros territorios, donde la salud es comprendida como la vida íntegra, no solamente una parte del cuerpo que hay que reparar, seccionar y medicalizar. De esta forma se pretende devorar lo diverso para que sea digerido de acuerdo a las normas vigentes capitalistas, que han establecido a la especulación financiera, el lucro y la ganancia como las maneras principales de estructurar la vida. (Camacho Hinojosa, 2011).

Desde esta investigación se considera que no es posible hablar de cuerpos sanos en territorios enfermos. En contraposición a esa lógica, la propuesta de la perspectiva **biocéntrica** reconoce que los seres humanos somos parte de la Naturaleza, posee una mirada integradora, holística y relacional. Desde esta mirada, la salud es parte del proceso vital, donde el aprendizaje es permanente y desde la singularidad se construye en lo colectivo, haciendo consciente el reconocernos en lo que somos, sabemos y podemos. Desde este

paradigma la salud humana, animal, natural es parte de una misma salud: La Salud de la Madre Tierra. (Verzeñassi, s/f)

Si pensamos en Salud, como construcción histórica, social, cultural, intrínsecamente vinculada a la cuestión ambiental, consideramos que la crisis ambiental no es una crisis ecológica, sino social. Así, se supera, el concepto de “medio ambiente” que ubica al hombre al margen de la naturaleza para pensar en el ambiente como ese territorio donde surge la interacción cultura-sujeto-naturaleza a lo largo del tiempo (Galano, 2020 en Verzeñassi, s/f)

Reconocer los procesos metabólicos de la interfaz sociedad-naturaleza, sólo es posible desde una perspectiva más amplia que la de los paradigmas hegemónicos del positivismo, que asuma la complejidad de los ciclos vitales y los procesos de salud de las personas en el contexto histórico territorial en el cual se gestan y desarrollan. Con su capacidad de análisis crítico sustentado en modelos científicos tan rigurosos como permeables a los saberes de las propias comunidades. Aquí, el campo de la Salud Colectiva (SC) aporta herramientas como los modelos de determinación social de la salud y los procesos de metabolismo sociedad-naturaleza (Breilh, 2013; Almeida Filho, 1999).

Esta corriente inicia cuando comienzan a identificarse los límites en los modelos mencionados anteriormente para abordar los PSEAC. Desde este enfoque, la salud se trata de un objeto complejo, atravesado por dimensiones (no factores aislados) socio históricas, políticas, culturales que se interrelacionan entre sí y configuran diferentes PSEAC según el sector poblacional. Por lo cual, para transformar la salud es necesario también pensar el contexto estructural donde se produce (López Arellano, 2017).

La SC devela la dimensión económica y político-ideológica de las respuestas en salud en la reproducción de la fuerza de trabajo, la apertura de espacios de acumulación, la circulación de mercancías para la salud, el papel del Estado y la configuración de instituciones sanitarias, la legitimación de saberes y la disputa por el control de los cuerpos. (López Arellano, 2017, p. 20)

Las expresiones de Salud están vinculadas a los modos en las que se desarrolla la vida, configurando PSEAC situados temporo-espacialmente. Por ende, el territorio es un patrimonio al que todos los pueblos deben acceder, en el cual se va construyendo su vida cultural e identitaria. No es sólo un espacio geográfico o físico, sino también cultural, lingüístico, espiritual, social. Incluir al Territorio, es fundamental para comprender las desigualdades en los procesos de salud enfermedad y muerte, es decir, las diferencias en las

formas de vivir, de sufrir y en las posibilidades de bienestar. Es en el territorio donde se dan los procesos de producción y reproducción social junto al metabolismo sociedad-naturaleza, siendo estos procesos los que constituyen la base de la determinación social que establece los perfiles salud-enfermedad-muerte de las poblaciones que lo habitan. (Borde & Torres-Tobar, 2017)

Desde la perspectiva de la determinación social de la salud, implica que los territorios son espacios socioecológicos vivos en los que los grupos organizados, con relaciones de poder, con unas formas específicas de producción, unas maneras de reproducción social, modos diferenciados de consumo, una vida cultural y una construcción de identidad, transforman sus naturalezas y, en ese proceso, también son transformados por ellas. (Soliz, 2020, p. 12)

Desde esta mirada, el derecho a la salud no es solamente el derecho a la medicación o la atención médica occidental, sino el respeto por las maneras peculiares de concebir el mundo y la vida desde los pueblos. (Camacho Hinojosa, 2011) Por ello, la salud se construye y conquista entre todos, interdisciplinaria e intersectorialmente, con la participación protagónica de las comunidades en el abordaje de los PSEAC. Ahora bien, a este recorrido histórico en el campo de la salud, es necesario añadir las discusiones en torno a modelos de Estado y las configuraciones socio históricas políticas que se fueron generando en el país. Por tal motivo, en la investigación se abordan ciertas concepciones teórico-políticas en torno al Estado y las políticas públicas de promoción de la participación.

Previo a ello, Federici (2010) nos permite identificar la instauración moderna que divide a la sociedad, no sólo por ficciones de clase social sino también de género y raza. Esta división social, racial y de género permitirá comprender desde una lectura feminista decolonial el sentido de las políticas públicas de participación en salud, donde se busca identificar si existe una tendencia a reproducir las lógicas patriarcales, coloniales y capitalistas o cuestionar este status quo vigente.

En este marco, los estudios de Fleury (1997), Modonesi y Navarro (2014), Svampa (2005) y De Marinis (2005) permiten caracterizar la instalación del régimen neoliberal en Argentina, los cambios establecidos en materia de políticas sociales y su vinculación con la promoción de la participación hacia determinados sectores de la sociedad. En sintonía con ello, en sus estudios, Pagnamento (2012) cuestiona las propuestas participativas impulsadas

en materia de salud pública durante el periodo neoliberal, ya que en simultáneo al renovado impulso de promoción del protagonismo de la comunidad, la autora sostiene que se privatizaron numerosas áreas del gobierno avasallando derechos conquistados.

En la misma línea, los estudios de Gago y Quiroga Diaz (2014) definen al neocolonialismo como la encrucijada actual capitalista hetero-cis-patriarcal y colonial que se materializa en las políticas públicas mediante las cuales el Estado delega en la sociedad, principalmente en mujeres de sectores populares, las tareas de cuidado y reproducción, a nivel familiar y comunitario.

En cuanto a las particularidades del gobierno local, se recuperarán los aportes de Bonazzola (2010) quien centra su estudio en dos procesos de reestructuración - política, administrativa y territorial - que surgen y se implementan en simultáneo: la regionalización territorial sanitaria (Ley Básica de Salud 153/99) y la redistribución institucional (Ley 1777/05) de la Ciudad Autónoma de Buenos Aires. Refiere que, la descentralización administrativa en las Comunas y la descentralización sanitaria en las Áreas de Salud establecieron un marco institucional propicio para contribuir a la transformación del sistema de salud y de gobierno. En ese marco se inscribe la participación comunitaria de las primeras promotoras que comenzaron a participar de los programas de salud objeto de este estudio.

Ahora bien, la cuestión de la Participación posee una larga trayectoria y creciente importancia en la agenda pública, estatal y académica acompañada por la proliferación de diferentes experiencias participativas. Puesto que se trata de un tema de especial significación para los procesos de democratización e integración social resulta un asunto de interés para diversas áreas de estudio. Desde esta investigación se delimitan¹⁴ dos enfoques sobre la participación: estado-céntrico y socio-céntrico (Rofman, 2016).

Por un lado, la perspectiva **socio-céntrica** centrada en el lugar que conquistan y ocupan los movimientos sociales en las decisiones estatales. Durante las últimas décadas del siglo XX este enfoque consideraba que la participación social se trataba de las acciones colectivas que llevaban a cabo las personas que compartían un territorio geográfico (ej: barrio) para resolver problemáticas sociales comunes (González Bombal y Villar, 2003; González Bombal, Garay y Potenza, 2003, entre otros). Luego, a partir de la crisis socio-económica surge otra línea de pensamiento dentro de esta perspectiva que ponía el foco en la potencialidad política de la acción colectiva (Svampa y Pereryra, 2003; Delamata y Armesto, 2005, entre otros).

¹⁴ Desde este estudio se realiza este recorte en torno a los enfoques de la participación.

El estudio de la vida política de los sectores populares en la Argentina ha jerarquizado la dimensión de la territorialidad. La inscripción territorial de la acción colectiva de los sectores populares, resultado de la crisis de las formas de integración social propias del modelo industrial, pone de relieve la potencialidad de la proximidad espacial como fuente de sociabilidad cotidiana y de construcción de lazos políticos (Merklen, 2005). En esta realidad, el territorio se convierte en referencia de estrategias de integración social y, por lo tanto, en fuente de identidad colectiva. También constituye la base de la estructuración de sujetos políticos colectivos y, además, un recurso disponible para diseñar estrategias de acción colectiva que expresen públicamente las demandas sociales.

Cercanas a esta problemática, las elaboraciones sobre los conflictos socioterritoriales y ambientales constituyen un tema de creciente importancia en la agenda participativa nacional. Así, el estudio de la participación de la sociedad civil sobre problemas ambientales se expande a medida que se multiplican las acciones colectivas de denuncia de la degradación del medio ambiente (Merlinsky, 2013).

Otra vertiente que considera la referencia territorial de la participación proviene del pensamiento sobre el desarrollo local o territorial, que valoriza la articulación de los actores locales como recurso central para la producción social del territorio (Coraggio, 2006). También los aportes de la Participación Social en salud se incluyen dentro de esta perspectiva, fomentando la inclusión de la sociedad civil en los asuntos de salud en la prevención y promoción de enfermedades (Pagnamento, 2012). Estos estudios comparten la posición sociocéntrica que implica concebir a la sociedad civil como un ámbito separado del mundo estatal, la cual se agudiza en el periodo neoliberal debido a la crisis socioeconómica y de representatividad política. A su vez, afirman que, los movimientos sociales vinculados a las problemáticas socio-ambientales sostienen un posicionamiento ideológico-político en contra del sistema (capitalista, colonial, patriarcal) de muerte y profundas críticas contra el Estado. Esto no necesariamente es representativo del discurso y las motivaciones de los diferentes actores que participan de los programas de salud comunitaria.

Por otro lado, se identifica una mirada **estado-céntrica**, cuya lógica parte del Estado para la creación de estrategias y herramientas de intervención de la sociedad civil en el sentido de las políticas públicas. Según esta perspectiva, el punto de encuentro entre la cuestión de la participación y el campo de las políticas públicas se hace más visible cuando se supera la visión comunitarista para pensar en la participación de la ciudadanía en los procesos de política pública, es decir, hace referencia al universo de prácticas de intervención de la sociedad en la decisión y la gestión de los asuntos públicos.

Esto se distancia de las experiencias participativas objeto de estudio, ya que el Estado es un actor que, en el marco de las políticas de salud pública, impulsa los programas de salud comunitaria pero también es el ente institucional a quien se demanda la resolución de las problemáticas habitacionales y ambientales, sin obtener los resultados esperados hasta al momento. Por lo cual, en el caso de estudio, no hay un sentido único desde el aparato estatal, ni tampoco una identidad colectiva construida alrededor del Estado Nación.

En esta perspectiva el interlocutor privilegiado es el Estado como representación institucional del interés general, lo que fundamenta la importancia del involucramiento de los actores de la sociedad civil en los procesos de políticas públicas. Afirma que, la participación ciudadana construye, un espacio de interacción entre sociedad y Estado denominado como el ámbito público no estatal (Cunill Grau, 1997), es decir el espacio de acción de la sociedad en torno a cuestiones de interés público. El Estado ocupa una posición central en los procesos participativos, no solo como uno de los actores intervinientes en las experiencias de interacción, sino, principalmente, en su aspecto de representación de lo público. Los argumentos que fundamentan el valor de la participación ciudadana, entonces, están enfocados hacia un horizonte de democratización de la sociedad en su relación con el Estado, pero también apuntan a la democratización interna del Estado (Ziccardi, 2004).

Es por ello que, el sentido político de la participación adquiere centralidad en el debate, ya que alude a la intervención de la sociedad en políticas públicas de bienestar, e incide así en la orientación de la acción del Estado, lo que fundamenta el contenido político (Clemente, 2004). En este enfoque, los procesos de participación constituyen, en sí mismos, formas de disputa por el poder, una de las apuestas busca influir sobre el Estado pero resguardando su autonomía, esto es, sostener su posición de exterioridad en relación con el poder estatal (Leiras, 2007). Otras aproximaciones, comprenden la necesidad –también dentro de la participación estado-céntrica– de experiencias de articulación de la sociedad civil con instancias estatales para la gestión conjunta de políticas públicas, particularmente en el campo social. Numerosos estudios aplicados, referidos a la realidad argentina reciente se apoyan en esta lectura y dan cuenta de la densidad de la trama de la interacción entre Estado y organizaciones de la sociedad civil en los procesos de acción pública (Clemente, 2004; Manzano, 2007; Rofman, 2014).

Por otro lado, es oportuno añadir que, los estudios Sherwin (2014) sobre el trabajo de los promotores de salud y las percepciones de su rol en la comunidad se constituyen en un antecedente clave para mirar la temática y la población de estudio situada en otros barrios. La autora se pregunta por el trabajo de los promotores de salud y las percepciones de su rol en la

comunidad, por lo cual indaga sobre la formación que reciben los promotores de salud, el trabajo de los promotores en relación a los determinantes de salud, la relación entre promotores y los vecinos del barrio en el cual desarrollan sus tareas.

Por lo expuesto anteriormente, consideramos que los enfoques mencionados presentan limitaciones para el caso de estudio. Por un lado, la perspectiva socio-céntrica afirma que el único actor válido con capacidad real de transformación de las problemáticas son los movimientos sociales. De esta forma se posiciona frente al Estado pensando estrategias colectivas desde abajo. En los casos de estudio nos encontramos con grupos heterogéneos donde participan mujeres cisgenero con diferentes niveles de afiliación política que no necesariamente buscan resolver las necesidades por fuera del aparato estatal, sino más bien se organizan para exigirle que garantice sus derechos. A su vez, desde la perspectiva socio-céntrica los movimientos sociales poseen un posicionamiento ideológico político en contra del sistema de opresión capitalista, patriarcal y colonial. Las mujeres cisgenero que participan de los programas de salud comunitaria no necesariamente comparten radicalmente esa ideología política.

Por otro lado, la perspectiva estado-céntrica sostiene que el Estado sea el representante del interés común de la sociedad civil y que la participación ciudadana se enmarca dentro de una propuesta institucional. En nuestros casos de estudio, si bien la participación se encuadra dentro de una política de salud comunitaria, el Centro de Salud y Acción Comunitaria no se posiciona desde un lugar de mayor legitimidad, capacidad de disputa o poder de decisión, tampoco se presenta como representante de lo público, sino más bien intenta proponerse como un actor que permita a ampliar la convocatoria de las organizaciones sociales del barrio. Y, de esta forma, acrecentar las posibilidades de transformación de las desigualdades mediante un plan de lucha común.

Por lo desarrollado anteriormente, se apuesta a construir una lectura alternativa desde la subjetividad del sujeto de estudio. Para esto, resulta fundamental el trabajo de Sopransi y Lenta (2010) quienes a partir de la idea de autonomía-heteronomía ponen “entre paréntesis” las nociones de sentido común que se construyen alrededor de las propuestas participativas. Es decir, no siempre persiguen objetivos emancipatorios sino que, en algunos casos son estrategias de control de las organizaciones sociales y las mujeres. Esto abre la posibilidad de pensar que existen diferentes tipos de propuestas de participación, en este punto ahonda Uzcátegui (2005) quien esboza tres modelos de participación: neoliberal/conservadora, reformista y emancipatoria.

En sintonía con ello, según Ugalde (1985) aquellas experiencias que se acercan al modelo emancipatorio apuestan a generar cambios en la estratificación social, se añade: racial y sexual. Cabe preguntarse en este estudio si la participación de las mujeres en los programas de salud, cuestiona o reproduce dicha estratificación. Por último, para identificar motivaciones heterogéneas en la participación de las mujeres promotoras se recuperan las ideas de Zavaleta Mercado (1986) y Tapia Mealla (2008) sobre formación social abigarrada para comprender las características contradictorias y complejas presentes en la participación comunitaria de las mujeres. La cual se encuentra fuertemente ligada a las condiciones materiales y simbólicas de vida y salud. Es a partir de Rattini (2022) quien permite visibilizar esta vinculación entre participación y condiciones de vida, a partir de la cual surge la pregunta ¿cómo viven las mujeres la participación en el marco de sus posibilidades de elegir y sobrevivir económicamente?

2.2 ¿Con quiénes dialogamos?

En este recuento, falta mencionar los sujetos protagónicos de este estudio, las mujeres de sectores populares, hacia quienes estaba dirigida la propuesta de participación en salud. Cabe señalar que la tesis de maestría de Ornella Maritano (2022) “Articulaciones punitivas en y de los feminismos. Una mirada decolonial a la subjetivación dominante” fue inspiración para identificar como los sistemas de opresión operan como régimen de subjetivación cis-hetero-cap(ac)italista colonial y patriarcal en las cuerpos de las personas y de las mujeres en particular. A partir de ello, se ahonda en los estudios de Gago (2014) para comprender “desde arriba” (Estado) y “desde abajo” (sociedad civil) las motivaciones y significados en torno a la participación de los diferentes actores que participan de los programas de salud comunitaria objeto de este estudio.

En este sentido, los lentes feministas decoloniales (Mendoza, 2014; Guzmán Arroyo, 2019; Cabnal, 2010; Segato, 2015) permiten construir una mirada que reconozca los atravesamientos de género, clase, raza, y desde ahí pensar en las intersecciones de las mujeres que participan de los programas objeto de estudio y cómo condicionan/habilitan diferentes discursos y prácticas en torno a su participación. No es lo mismo las motivaciones de las mujeres organizadas en sus territorios, que las mujeres profesionales de planta/residentes de salud, que las mujeres beneficiarias del programa jefes y jefas de hogar desocupados.

A partir de entonces, es posible reflexionar en torno a las representaciones de género sobre las que se asienta la “participación” de las mujeres y de la mano de Arancibia (2013), Pérez Orozco (2014), Carrasco (1995), Anzorena (2013), Gutiérrez (2011) reflexionar sobre cómo contribuyen al sostenimiento estructural de la economía a nivel familiar y social.

Por su parte, los estudios de Cumes (2014) afirman que el trabajo doméstico no puede comprenderse sólo como una ocupación, sino que debe pensarse como una institución de servidumbre. En esta investigación, se comparten esa definición estructural en torno al trabajo reproductivo, sin embargo, al reflexionar desde las experiencias de participación de las mujeres de los programas de salud comunitaria es posible identificar que conviven (contradictoria y heterogéneamente) motivaciones y convicciones políticas con los mandatos de género vinculados al cuidado. Es decir, no sólo está presente la identidad de mujer-sirvientas y el “deber ser” sino también de la idea de mujer-trabajadora-militante quien trabaja por y para su territorio-barrio.

Para introducirnos en la filosa discusión de la participación política de las mujeres promotoras de salud de los programas de salud comunitaria se retoma la idea de contrato sexual de Pateman (1995). La autora sostiene que existe un contrato social y sexual a través del cual se instituyen - al mismo tiempo que se ocultan - las relaciones de subordinación en el patriarcado moderno, lo cual se materializa en la (no) distribución de las tareas reproductivas, y por ende en mayores restricciones para participar y habitar el espacio de lo público-político. En este aspecto, las tesis de maestría *Poner la cara por tod@s*. Prácticas de participación comunitaria de mujeres de Bajada de San José” (2014) y doctorado “Culturas políticas de mujeres de sectores populares cordobeses: políticas desde lo cotidiano” (2015) de Gabriela Bard Wigdor centran su estudio en las perspectivas que tienen las mujeres de determinados barrios populares de Córdoba sobre su participación y la política en general. Esta investigación permite cuestionar desde lo empírico, la idea de una cultura política unívoca, homogénea y universal para avanzar hacia un lectura integral que habilite la comprensión desde la heterogeneidad de motivaciones y significaciones en torno a la participación política. Esto dialoga y abona a la mirada desde la cual se analizan las experiencias participativas de los programas de salud comunitaria, sin embargo en nuestro caso de estudio trabajamos con mujeres vinculadas a organizaciones sociales y también con otras, no organizadas orgánicamente en ningún espacio colectivo de militancia.

Ahora bien, para mirar específicamente cómo se relaciona la salud en estos procesos participativos resulta importante la tesis de Castrillo, María Belén (2013) “Participación Comunitaria en Salud: El caso de Berisso”, donde se describen y analizan las prácticas y

sentidos asociados a la participación comunitaria en salud (tanto la promovida por organismos estatales como la autogenerada desde la sociedad civil) a partir de un estudio de caso en el municipio de Berisso de las políticas de Atención Primaria de la Salud. Así cómo también han sido clave los estudios en la misma temática de Pagnamento (2011) quien mira desde una perspectiva subjetiva el trabajo de las mujeres promotoras en la implementación de una política de participación en la atención primaria de salud. Ambos estudios realizan una reconstrucción histórica y actual de la relación entre la salud, normativas y la promoción de la participación. Se recupera dicha vinculación para ahondar luego en las particularidades del caso de estudio en Ciudad Autónoma de Buenos Aires.

Los antecedentes empíricos que fueron parte de fuentes secundarias claves para esta investigación son, el informe “Comunitarizando la salud: los desafíos de la salud comunitaria desde el Equipo Ampliado de Salud Comunitaria del CeSAC 10” presentado por el equipo de salud en las jornadas científicas multidisciplinarias del Hospital General de Agudos “Dr. José María Penna”. Aquí se sintetizan los objetivos y resultados de acciones comunitarias realizadas hasta el 2022 lo cual materializa el trabajo del equipo en general y las mujeres en particular. Asimismo, la ponencia de Bisso y Bianchini “las organizaciones sociales y participación comunitaria en salud: una experiencia de trabajo en territorio” (2022) en las XIII Jornadas provinciales de Trabajo Social describe y reflexiona sobre el trabajo comunitario realizado en el marco del Equipo Ampliado del Centro de Salud y Acción Comunitaria N° 10.

Por su parte, dentro de las indagaciones empíricas sobre la Mesa por el Derecho a la Salud y al Hábitat de Villa 21-24 y Zavaleta (MDSH), los trabajos de fin de la rotación programática de las residentes de salud de trabajo social (Vidal, 2021 y Ventureira, 2018) resultan importantes debido a que realizan una recopilación pormenorizada de la trayectoria de acciones llevadas a cabo y analizan la vinculación entre las condiciones de vida y los procesos de salud, enfermedad, atención y cuidados (PSEAC) desde la perspectiva de la epidemiología crítica (Breilh, 2003).

2.3 Resumen del Capítulo

En el presente capítulo se presentó la genealogía del debate en torno a la Participación Comunitaria en Salud. Para ello, se realizó una historización en torno a las concepciones que giraron sobre la salud a lo largo del tiempo, partiendo de la instalación del pensamiento

científico desde la modernidad. En salud pública, el modelo biomédico se consolida como el único legítimo para abordar los procesos de salud-enfermedad-atención-cuidados (PSEAC). Sin embargo otras perspectivas existen y resisten como el enfoque biocéntrico desde el cual se posiciona esta investigación.

Además, se presentan brevemente ciertos cambios en la configuración socio-política que tuvieron incidencia en el sentido de las políticas de salud pública, tal como la instalación del régimen neoliberal en Argentina. A su vez, a nivel local la regionalización territorial de la salud sumado a la descentralización administrativa de la Ciudad Autónoma de Buenos Aires impactaron en el sentido de las políticas de salud pública en general y en la Participación Comunitaria en Salud en particular.

Otro aspecto que se recupera en la genealogía del debate son las perspectivas en torno a la Participación. A partir de los diferentes estudios se logra identificar dos posturas: socio-céntrica y estado-céntrica para pensar la participación. Sin embargo, desde esta investigación se recuperan lecturas en torno a la construcción de otra mirada para analizar la experiencia objeto de estudio.

Por último, resultan oportunas las lecturas feministas para comprender el sujeto de esta investigación desde una perspectiva feminista decolonial interseccional. Se analizaron entonces, estudios en torno al trabajo doméstico, tareas de cuidado y participación política recuperando los atravesamientos de género, clase, raza, para pensar cómo condicionan/habilitan diferentes discursos y prácticas en torno a su participación.

Capítulo 3: Inmensidad. Sobre La Estrategia Metodológica

“PRINCIPIO 10. Estoy dispuesta a participar en un movimiento aguafiestas” (Ahmed, 2017)

A lo largo del presente capítulo se desarrolla la estrategia metodológica elegida, acorde a la teoría y caso de estudio. A través de ella la investigación no pretende contar cuentos felices, discursos esperables, sujetos ideales ni heroicos. Al contrario, se asume el (inmenso) desafío de ser parte del movimiento aguafiestas, construyendo una mirada crítica pero nunca conservadora ni neoliberal en torno a la Participación Comunitaria en Salud (PCS) de las mujeres promotoras de salud.

En primer lugar, se recuperan los aspectos epistémicos centrales del enfoque metodológico. Luego, se describen los casos y territorios de estudio, y seguidamente se fundamenta el enfoque metodológico elegido. Por último, se exponen las definiciones

teóricas-metodológicas sobre los criterios de selección de la población, las técnicas e instrumentos utilizados.

3.1. Aspectos Epistémicos Centrales del Enfoque Metodológico

La presente investigación se centra en el análisis de la Participación Comunitaria en Salud (PCS) vinculada a dos (2) programas de salud territorial (Salud Ambiental y Equipo Ampliado de Salud Comunitaria) implementados en los 2 (dos) dispositivos de Atención Primaria de la Salud (CeSAC N° 35 y 10) dentro área programática del Hospital General de Agudos “Dr. José María Penna”. Los efectores de salud se ubican en dos barrios de la zona sur de la Ciudad: Villa 21-24 y Constitución. El trabajo de campo se realizó en julio de 2021 a septiembre de 2022, en el marco de la rotación por Atención Primaria de la Salud (APS) programada entre el primer y segundo año de la Residencia de Salud.

Para abordar este tema, se tiene presente la mirada de Gladys Tzul Tzul quien advierte sobre la diferencia *“entre escuchar decir y hacer decir” en un proceso de conocimiento*, por ende, vigilar ética y epistemológicamente nuestras prácticas durante **todo** el proceso de investigación es una tarea imprescindible para asegurar un acercamiento responsable y cuidadoso con las experiencias de los otros. En esta línea, resulta oportuno recuperar el sentido de la “lengua”, tal como refiere el idioma maya tojolabal, el cual tiene dos concepciones: 'ab'al y k'umul. El primero corresponde a la lengua o palabra escuchada y el segundo a la lengua o palabra hablada. Lo interesante, es que el 'ab'i no solo corresponde al escuchar, sino que también implica situarnos, comprender, sentir desde la perspectiva de los otros, lo cual se corresponde con la empatía. (Lenkersdorf, C.)

Sin embargo, es importante señalar que, desde esta parte (investigadora) no existe una intención de “representar” a los sujetos de esta investigación, sus discursos e intereses. No se pretende forzar traducciones que excedan lo lingüístico, debido a que están cargadas de atravesamientos de clase, género, raza. Por lo cual, muchas veces no alcanza con la actitud empática de “ponerse en el lugar del otro”, como si eso se pudiera y como si al hacerlo, podríamos llegar a conocer el mundo que habita ese otro/a, despojándolo de su posición como hablante y entonces de su potencialidad para decir sobre el mundo. Esta tesis busca compartir una aproximación singular, situada y

sobre todo muy corpórea sobre los temas que trae a debate y que nos invita a reflexionar.

En ese sentido, el propósito de la investigación es analizar críticamente la PCS desde múltiples miradas, atendiendo especialmente a las voces de sus protagonistas y generar un insumo que pueda contribuir a mejorar las políticas de salud vinculadas a la promoción de la participación de la comunidad.

Se opta por recuperar los discursos de los trabajadores de la salud (promotoras y profesionales) que participan de la implementación de los programas de salud objeto de estudio y atender a sus propias experiencias en torno a la PCS desde una mirada feminista descolonial. Así, se intenta obtener una lectura de la PCS desde la perspectiva de los actores (Guber, 2001) en diálogo con las interpretaciones teórico-políticas propias como mujer cisgénero, blanca, de sectores trabajadores, con perspectiva feminista descolonial y actualmente residente de salud¹⁵.

3.2 Sobre la Fundamentación del método elegido

Para este estudio, las condiciones ambientales y habitacionales son ejes que atraviesan el análisis. Por ende, esta investigación se aborda desde un enfoque socio-territorial que supone definir el territorio incorporando la noción de poder desde un sentido relacional - no como objeto sino relación de fuerza dialéctica -. Es decir, como construcción social (Lefebvre, 1974), producto del movimiento de desterritorialización-reterritorialización que significa una disputa constante por el control territorial (Haesbaert, 2011). Así pues, el territorio en tanto reproductor de las relaciones de producción capitalista, es expresión material de las contradicciones y desigualdades inherentes al sistema capitalista, colonial y patriarcal (Lefebvre, 1974; Mançano Fernandes, 2018). El territorio entonces, no se reduce sólo a una dimensión material, sino también simbólica-inmaterial cargada de sentidos que disputan su hegemonía entre diferentes sectores de la sociedad.

Además, cabe señalar que este estudio multisituado (Ferrandiz, 2011 en Masso Guijarro, 2013) no se enfoca en un solo lugar ni en “una” comunidad, sino que se fue desplazando en ambos barrios y durante diferentes momentos. Adopta un método cualitativo de corte descriptivo y explicativo (Martinez Carazo, 2006) centrado en las

¹⁵Si bien los residentes somos trabajadores de la salud, nuestro contrato es a término y estamos de paso, ya que constantemente rotamos por diferentes áreas y proyectos.

particularidades de dos experiencias participativas. Se trata de un estudio de caso (Martínez Carazo, 2006) que no se agota en la descripción microsocial, sino que abona a la (re)construcción de categorías teóricas desde la singularidad de dichos procesos sociales. A su vez, se construyen ideas, categorías, significados a partir de lo emergente en la realidad. Este enfoque denominado Teoría Fundamentada (Vasilachis Di Gialdino, 2006) propone comprender el sentido de la acción social desde la perspectiva de sus participantes, privilegiando lo profundo sobre lo superficial, lo intenso sobre lo extenso, lo particular sobre las generalidades, la captación del significado y del sentido interno, subjetivo antes que la observación exterior de presuntas regularidades objetivas. Así, a partir de preguntas y a través del método de comparación constante y muestreo teórico se recuperan datos empíricos significativos que permitieron resignificar/ampliar/contradecir los conceptos seleccionados. Incluso, al tratarse de un proceso dialéctico de co-construcción, se suele modificar (parcialmente) el marco teórico según lo emergente en el trabajo de campo. Desde esta perspectiva, construir conocimiento significa un diálogo de saberes y nuevas búsquedas teóricas. Así pues, este proceso no puede ser etapista, sino más bien flexible, un camino circular en la búsqueda de conocimientos, factible de ser modificado a partir de lo empírico-emergente (Vasilachis Di Gialdino, 2009 en Marradi, 2007).

En este marco, la estrategia estuvo compuesta por diferentes técnicas de investigación que se fueron readecuando acorde al encuadre, condiciones de posibilidad y los sujetos. Por tanto, esa flexibilidad “in situ” no significa una improvisación sino un posición ética-política de respeto a lo otro, sus tiempos, disposiciones, apertura y condiciones para compartir sus saberes, experiencia, opiniones, entre otros.

Ahora bien, los sentidos en torno a la PCS, así como las percepciones en torno su carácter transformador en torno a las problemáticas (habitacionales y ambientales) suelen “caer” en discursos sobre lo que “debería ser” y no lo que sucede realmente. Por ello, no basta con la sistematización exhaustiva de ideas y frases obtenidas en las entrevistas, sino que resulta necesario aproximarse al conocimiento desde una mirada respetuosa pero ¿curiosa/desafiante?, que no se conforme con lo aparente de las posibles respuestas. Para ello, se adoptará una postura investigativa atenta no sólo a lo emergente en las entrevistas, sino que se ponderarán la observación participante y los registros senti-pensantes propios del “estar allí” (Guber, 2001) como trabajadora social y residente de salud. Además, para poder dar cuenta de esos discursos no alcanza con un abordaje “formal” desde los espacio y momento acordados para la investigación. Se

buscará actuar sobre la realidad, procurando acceder a las estructuras de significado propias del contexto mediante la participación en el mismo (Vasilachis Di Gialdino, 2006)

Asimismo, se alojan y visibilizan aquellos discursos que surgen en el trabajo de campo que no responden al orden de lo esperable, “tomando en serio” las voces de los actores. Por ende, no se trata “aplicar” una perspectiva metodológica, sino de construirla/deconstruirla/reconstruirla respetando el punto de vista de quienes vamos a importunar con preguntas, aunque sus respuestas generen tensiones y confrontaciones que incomodan las perspectivas de quienes hacemos investigación (Skegg en Gorban, 2019). Más bien, a partir de ello, se volverá sobre las premisas y verdades pre construidas desde lo teórico, cuestionando y reconstruyendo en diálogo con la realidad a interpretar. En efecto, es construir desde la empiria, un enfoque teórico coherente con los saberes populares y que reconoce su legitimidad y validez en la “construcción de conocimiento”.

Finalmente, el hecho de que nos centramos en las significaciones de los sujetos, no supone que debamos comprender esas singularidades como casos aislados de la estructura social. Por el contrario, en los sujetos se sintetiza y expresa el sentido común (con más-menos grado de naturalización) dominante. De modo que las significaciones que poseen estarán atravesadas por su posición en el campo, es decir, las condiciones objetivas-subjetivas y su trayectoria dentro de un contexto socio-histórico determinado. Por ende, los sujetos son producto y productores de la estructura social, con diferentes capitales - potencialidades y condicionamientos - para transformar su realidad (Bourdieu, 1990).

3.3 Criterios de selección y delimitación

La muestra está conformada por trabajadores de la salud que participan de los programas de salud territorial: Equipo Ampliado de Salud Comunitaria (CeSAC N° 10) y Salud Ambiental (CeSAC N° 35). Dentro de la misma podemos discernir en dos grandes grupos: promotoras de salud de las organizaciones sociales y profesionales de la salud (planta permanente y residentes de salud). Esta confluencia en las acciones políticas-comunitarias de actores con diferentes posiciones sociales, políticas, culturales puede resumirse en un cosmopolitismo o, “dicho de otro modo, su inclinación cosmopolita, tendencia a considerar lo ajeno como propio o del mismo nivel que lo

propio, y el deseo por reconocerlo, incluirlo y hacerlo patente” (Masso Guijarro, 2013, p. 84). Ahora bien, interesa ver cuáles son los intereses que motivan la participación de cada una, ya que se encuentran realidades muy distantes:

En cuanto a las promotoras de salud, tal como refiere Menendez y Spinelli (2006), su participación se tiñe de necesidad y urgencia,

(...) participan/son parte de los procesos específicos donde ocurren la desnutrición, las violencias de diferente tipo o la extrema pobreza, y se ven obligados a actuar frente a estos problemas que son parte de sus vidas locales, dichos sujetos o grupos no suelen ser los que generaron las condiciones que dan lugar a la existencia de dichos problemas [...] Por lo tanto, la participación social constituye una condición necesaria de los sectores sociales subalternos para asegurar un mínimo de supervivencia. (p. 14)

En la investigación se indaga sobre qué otros intereses motivan/obligan su participación en dichos programas.

En cuanto a los profesionales de la salud (en condición de planta permanente y residentes), movilizados por la injusticia social que se traduce en las problemáticas particulares de los territorios donde se insertan laboralmente. Y a su vez, reunidos por una perspectiva de salud integral que, a contrapelo del Modelo Médico Hegemónico (Menendez, 1988) considera que los Procesos de Salud-Enfermedad-Atención y Cuidados (PSEAC) se encuentran intrínsecamente vinculados a las (in)condiciones de vida (Brehil, 2010; Laurell, 1982), es decir por las problemáticas habitacionales y ambientales en cuestión.

En este sentido, es posible identificar un tejido relacional de personas involucradas como una comunidad mestiza¹⁶, donde la pertenencia de clase, género, etnia, situación laboral, pierde relevancia frente a otros elementos identitarios, emocionales y políticos (en su sentido amplio: de acción política). Y estas formas, vías o cauces de relación, estos porqués de la relación y el conocimiento, del hacerse juntas, de las personas que comparten esta comunidad, crean, un trabajo colectivo, comunitario y político desde lo genuino (Masso Guijarro, 2013). Así, ejercen una ciudadanía de alta intensidad (Sousa Santos, 2007), más allá que no se desarrollan en los ámbitos

¹⁶ La conformación del Equipo Ampliado de Salud Comunitaria (CeSAC N° 10) y Salud Ambiental (CeSAC N° 35) es heterogénea ya que involucra a trabajadores de la salud y miembros de la comunidad organizada.

habituales del ejercicio político (democracia representativa, partidos políticos, voto, elecciones, etcétera). Ello permite explicitar la heterogeneidad real encontrada en la arena sociopolítica y constatar la existencia de alternativas políticas micro que funcionan donde las personas que los cánones occidentales demarcan como “diferentes” (en cuanto a adscripción nacional, ciudadanía y cultura) trabajan colectivamente para lograr determinados objetivos en común.

Para construir esta muestra se llevó a cabo la técnica del muestreo intencional, es decir, la indagación se realizará a partir de un muestreo no probabilístico y estratégico, priorizando aquellos informantes con mayor antigüedad en el programa y con disposición para la entrevista. Así, se comenzó con una muestra estimada de al menos a tres profesionales de la salud y tres promotoras de salud por cada efector. La definición del número total de entrevistados, a fin de tener un panorama lo más heterogéneo posible, respondió al criterio de “saturación teórica”. Es decir, que se trabaja con una categoría de análisis hasta que ya no aporte datos nuevos.

Finalmente, se trabaja con un muestreo no probabilístico, intencional y estratégico, donde el análisis de datos no pretendió una categorización homogénea sino identificar la diversidad de discursos de los diferentes actores en torno a la PCS. Por tanto, los resultados de este estudio no pretenden tener alcance explicativo, sino más bien captar la singularidad y la profundidad de sus relatos.

3.4 Sobre las técnicas de investigación

En el siguiente apartado se describen las técnicas de investigación implementadas durante el proceso de investigación, las cuales son: revisión documental de fuentes secundarias; observación participante, entrevistas semiestructuradas en profundidad y registro de campo.

Revisión Documental de Fuentes Secundarias

A los fines de acceder a información descriptiva en torno al origen, objetivos, líneas de trabajo, población destinataria, recursos de los programas de salud territorial se emplea la revisión documental de fuentes secundarias, con el propósito de realizar un análisis sistemático de la información institucional sobre los programas y la PCS. Esta búsqueda abona al conocimiento detallado sobre la normativa que encuadra a los

programas, y trasluce el sentido de política de salud del actual gobierno. Por ende, a través de su lectura no sólo se accede a los lineamientos generales en torno a los programas de salud, sino que también permite conocer el paradigma de participación que subyace en los programas. Las fuentes para analizar son:

1. Marco normativo (Ley Básica de Salud 153, Res. 631/2006 creación del Departamento de Salud Ambiental)

2. Registros institucionales de cada efector (informes de evaluación y seguimiento de circulación interna, minutas de reuniones, sistematización de actividades, resumen de ponencias presentadas a congresos y artículos científicos elaborados por el equipo, trabajos finales de la residencia de Trabajo Social)

3. Evoluciones de las actividades comunitarias en SIGHEOS (Sistema de Gestión Hospitalaria) desde los usuarios de los profesionales que participan de los programas. Esto abonan al conocimiento descriptivo de los programas, así cómo también del sentido en torno a las nociones de Participación Comunitaria y salud desde la perspectiva de los profesionales de la salud.

Observación Participante

Esta técnica alude a “observar sistemática y controladamente todo lo que acontece en torno del investigador, y participar en una o varias actividades de la población” (Guber, 2001, p. 59). Considero que la observación cotidiana por un período de tiempo prolongado abona a las reflexiones analíticas que posteriormente se realizaron con el resto de la información recolectada (Marradi, A.; Archenti, N. y Piovani J.I, 2007).

Se observaron:

1- 60 (sesenta) reuniones semanales de planificación

2- 30 (treinta) reuniones quincenales ampliadas con otros actores que participan indirectamente del programa

3- 15 (quince) mesas de trabajo mensuales

4- 20 (veinte) instancias de formación/capacitación (sujeta a la fecha que se planifique)

5- 15 (quince) postas sanitarias de vacunación COVID-19 y 5 (cinco) postas de vacunación antirrábica y castración de animales de compañía.

Por ende, se asistió durante 15 (quince) meses a diferentes actividades, encuentros, reuniones, jornadas, postas de salud. Los ejes de la observación estuvieron dirigidos a identificar las particularidades de dicho programa en cada efector, teniendo en cuenta, los objetivos del programa, los recursos reales con los que cuenta, la población que asiste/participa, la modalidad de trabajo y las prácticas de los actores que participan de la implementación. Este registro situado temporo-espacialmente pretende complementar aquello establecido en los marcos normativos.

En este punto es importante recordar que la observación participante no es una técnica lineal sino que se encuentra inserta en un campo con la presencia de otros actores, lo cual puede implicar cambios en función de las relaciones que como investigador/residente pueda construir. De aquí cobra importancia mi posición-sujeto como residente, pero también mis atravesamientos de género, clase social, etnia, generación y trayectoria política-militante (Marradi, Archenti, N. y Piovani J.I, 2007).

Registro de Campo

Durante el trabajo de campo surgen constantemente conversaciones cotidianas en ámbitos formales e informales (en los pasillos, en los tiempos “muertos” entre una actividad y otra, en la pre-tarea, en el almuerzo, en las recorridas barriales) que brindan información relevante en la investigación. La predisposición y apertura de los informantes “casuales” es mayor en esos momentos cortos pero claves para recuperar ciertos sentidos, que remiten al orden de lo incómodo, contradictorio y complejo. Por ende, se recuperan, sistematizan y valoran dichos aportes para esta investigación. Se realizaron alrededor de 400 registros diarios durante las actividades extra-muros (posta de salud, recorridas barriales, festivales, postas de vacunación, actividades de formación) y también intra-muros (reuniones de equipo, espacios de formación interna, almuerzos), en diálogo/intercambio con los miembros de los equipos del Equipo Ampliado de Salud Comunitaria y Salud Ambiental. .

Entrevista en Profundidad

Las entrevistas en profundidad consistieron en reiterados encuentros - programados y casuales - entre los informantes y la investigadora, dirigidos a

comprender los discursos en torno a la Participación Comunitaria en Salud, su capacidad transformadora de las problemáticas habitacionales/ambientales y carácter emancipatorio-conservador. Esto no implicó un intercambio formal y unidireccional de preguntas y respuestas, sino que consistió en un encuentro diálogo, no directivo y flexible. Se fundó en el supuesto de que “no participar con un cuestionario o pregunta preestablecida, que favoreciera la expresión de temáticas, términos y conceptos más espontáneos y significativos para el entrevistado” (Guber, 2001, p. 32).

Se realizaron entrevistas en profundidad (Ruiz Olabuénaga, 2007), en tanto conversación previamente acordada, centrada en conocer los sentidos de la PCS, así como también las opiniones en torno a las potencialidades y limitaciones políticas, sociales e institucionales que posee la PCS en su incidencia en las problemáticas ambientales y habitacionales. Las entrevistas semiestructuradas son de carácter individual, holística y no directiva, en la cual se combinan preguntas abiertas y cerradas (el guión de las entrevistas se encuentra disponible en el sección Anexo)

La factibilidad de esta estrategia metodológica se debe a la inserción laboral que la autora posee en los programas de salud territorial (Salud ambiental y Hábitat y salud). El programa de residencias de salud del GCBA prevé una rotación durante el segundo año en los dispositivos de Atención Primaria de la Salud del área programática. En mi caso, como residente de salud de Trabajo Social de la sede del Hospital Penna me encuentro trabajando en el CeSAC N° 10 y 35.

3.5 Presentación de los Casos de Estudio

Sobre el Equipo Ampliado de Salud Comunitaria

La pandemia por COVID 19 y la posterior implementación de las medidas de Aislamiento Social Preventivo y Obligatorio (ASPO) tuvieron impacto en la vida cotidiana, recrudesciendo las condiciones de vida que estructuralmente existen en el barrio de Constitución de Ciudad de Buenos Aires. Ejemplo de ello son, la insuficiencia o inexistencia de ingresos asociadas al incremento de la desocupación y la precarización laboral; dificultades para acceder a los servicios de salud y educativos, incremento exponencial de las familias en emergencia habitacional por amenaza de

desalojo¹⁷ y situación de calle, aumento de las situaciones de violencia de género favorecidas por la permanencia obligada en condiciones de hacinamiento crítico, etc.

En este marco, las organizaciones sociales del barrio, junto con trabajadores del CeSAC 10, se organizaron para formar la Red de Organizaciones de Constitución, con el propósito de dar respuesta a las consecuencias de la emergencia socio-sanitaria. Esto fue la antesala que, con el tiempo, dio lugar a la consolidación del Equipo Ampliado de Salud Comunitaria (EASC), integrado por trabajadores del Centro de Salud, residentes y militantes de organizaciones sociales¹⁸ presentes en el territorio. El objetivo principal del equipo fue y es promover el mejoramiento de las condiciones de salud del barrio Constitución a través de la construcción colectiva de acciones barriales.

Para lo cual, en enero de 2022, se realizó un diagnóstico colectivo a partir del cual se identificaron problemáticas relevantes sobre las cuales intervenir. Así se definieron cuatro líneas de acción, se conformaron comisiones de trabajo y distribuyeron personas interesadxs en cada una. Las líneas son: Biblioteca Ambulante, Comunicación Comunitaria, Recorridas y distribución de preservativos y Alimentación Saludable. Cada comisión organiza su dinámica y actividades e invita al resto del equipo y otros actores a participar de las actividades abiertas.

Además, también existen trabajos/acciones transversales a todas las comisiones tales como: los reclamos por mejoras en la salud pública, las marchas para evitar desalojos, entre otras. A continuación se presentan algunas imágenes que permiten ilustrar lo descrito en líneas anteriores.

Figura 1

Comisión: Recorridas del Equipo Ampliado de Salud Comunitaria

¹⁷ DESALOJOS: https://www.youtube.com/watch?v=vLDdLULlbpq&ab_channel=T%C3%A9lamo

¹⁸ Las principales organizaciones sociales son: Frente de Organizaciones en Lucha, Casa Vecinal, Puerta Abierta, Somos Fuego, Frente Popular Darío Santillán.



Nota. La foto representa las trabajadoras de salud que conforman la comisión de recorridas y distribución de preservativos del Equipo Ampliado de Salud Comunitaria del CeSAC N° 10. El trabajo cotidiano de la comisión consiste en salidas territoriales cuyo objetivo principal es distribuir preservativos en organizaciones sociales, hoteles familiares y viviendas colectivas.

Para ello han construido 4 (cuatro) recorridos donde se divide geográficamente el territorio para organizar la tarea. A su vez, a través del diálogo e intercambio con vecinxs y organizaciones sociales se realiza un diagnóstico cotidiano de las necesidades vigentes en el barrio para luego debatir colectivamente desde el EASC que respuestas se pueden elaborar. La cotidianeidad de las salidas territoriales es la condición de posibilidad de sostener un vínculo cotidiano con lxs vecinxs y organizaciones. Esta comisión ocupa un lugar central en la articulación de las necesidades del territorio con las propuestas de trabajo de las comisiones del EASC.

De esta forma, conocer y participar del abordaje de demandas urgentes como desalojos forzosos que suelen ser ejecutados por la Policía de la Ciudad en complicidad con el sector inmobiliario, sin aviso previo. En la imagen están presentes promotoras de salud del CeSAC, de las organizaciones sociales y profesionales de la salud.

Figura 2

Comisión: Biblioteca ambulante del Equipo Ampliado de Salud Comunitaria



Nota. La figura 2 corresponde a la posta de la comisión Biblioteca Ambulante durante el Festival “Otras saludes son posibles”. Esta comisión está conformada por promotoras de salud, profesionales de planta permanente del Centro de Salud y Acción Comunitaria N° 10 y profesionales residentes de psicopedagogía, Residencia Interdisciplinaria de la Salud y Trabajo Social.

Figura 3

Festival “otras saludes son posibles”



Nota. Las figuras 2, 3 y 4 corresponden al Festival “Otras salud(es) son posibles” organizado desde el Equipo Ampliado de Salud Comunitaria el 24 de septiembre de 2022 de 14 a 19hs, en Plaza España (B° Constitución), Ciudad Autónoma de Buenos Aires. Este encuentro se vincula al objetivo general del Equipo Ampliado de Salud Comunitaria del CeSAC N° 10 el cual se trata de promover el mejoramiento de las condiciones de salud del barrio Constitución a través de la construcción colectiva de acciones barriales.

El festival intentó constituirse en un espacio de cuidado, de encuentro y alegría, contribuyendo a socializar las acciones que venimos llevando a cabo en red frente a situaciones problemáticas del barrio. El nombre “Otras salud(es) son posibles” surge en pos de entender la salud de manera integral, más allá de lo individual y biologicista. Por ende, encontrarse y celebrar que no estamos solxs ese post-pandemia invitó a sortear las ideas individualistas que se agudizaron durante ese tiempo de COVID-19.

Por ende, se trató de un dispositivo de promoción de salud por el cual se llevó a cabo un trabajo intra e interinstitucional que abonó a la consolidación de lazos sociales preexistentes, así cómo también nuevos vínculos y articulaciones sociales. Cada comisión organizó una posta donde logró materializar el trabajo realizado mediante material audiovisual y/o una propuesta lúdica.

Posta 1: alimentación saludable. Se realizó el intercambio de semillas con información sobre su importancia para la soberanía alimentaria y la salud integral, manualidad de macetas, reciclado. Se habilitó un espacio de aprendizaje e intercambio colectivo entre la comunidad y trabajadorxs de la salud pensando y problematizando la alimentación y su dimensión “saludable” en un territorio (B° Constitución) con múltiples derechos vulnerados. Algunas de las preguntas disparadoras del debate en la posta fueron: ¿qué y cómo nos alimentamos?, ¿qué y cómo producimos lo que comemos? ¿Cómo se vincula esto con el derecho a la salud?

Posta 2: juegos reciclados, salud ambiental. El barrio de Constitución se caracteriza por tener viviendas colectivas, hoteles-pensión que tienen pocos espacios de juego para niñxs o los que existen no son seguros. Se generó un espacio de juego para personas de todas las edades y promover la salud ambiental en cómo podemos reutilizar objetos que serían descartados para transformarlos en juegos. Teniendo en cuenta las tres R del reciclaje: “reducir, reciclar, reutilizar”. Por el derecho al juego y mejorar la calidad de vida en el barrio, para la integración social y la revalorización de las diferentes culturas, constituyéndose en actos cuidadores de salud.

Posta 3: salud sexual, juegos. Es importante destacar que en el área de responsabilidad del CeSAC 10 hay una alta circulación de personas que ejercen el trabajo sexual, algunas de las cuales habitan en hoteles y pensiones de la zona. En este sentido, en el área circula población con alto riesgo de adquirir VIH-Sida, lo que prioriza y justifica la implementación acciones ampliadas de promoción de uso del preservativo y test de VIH. Además, en este territorio circula población vulnerada por situaciones relacionadas con la pobreza (tales como bajo nivel de instrucción, trabajo precario, vivienda precaria, entre otras), las cuales determinan un mayor riesgo de adquirir la infección por VIH-Sida. Por este motivo, se implementaron juegos de salud sexual para problematizar las representaciones sociales y las prácticas de cuidado en la sexualidad.

Posta 4: Biblioteca Comunitaria. Se realizaron actividades de promoción de lecturas.

Figura 4

Cartel colectivo sobre “¿Qué es la salud para vos?”



Nota. Posta inicial: ¿qué es la salud para vos? Aquí se convocó la participación de les vecinx presentes para recuperar las voces y representaciones sociales sobre qué es la salud para cada unx. A partir de ello se elabora el cartel “otras saludes son posibles”.

Figura 4

Taller de Alimentación Saludable



Nota. La foto representa el cierre del primer taller de Alimentación Saludable realizado en la sede de la organización Frente de Organizaciones en Lucha (FOL) durante enero de 2022 en Ciudad Autónoma de Buenos Aires. Esta comisión busca abordar el cuidado de la salud integral, promoviendo la participación activa y el tejido de lazos sociales en torno de la producción agroecológica de alimentos.

Por un lado, la comisión realiza talleres quincenales donde se aborda la alimentación desde un sentido político situado en las singularidades de los sectores populares. Por ende, se intenta pensar cómo mejorar la calidad nutricional de nuestras casas y comedores comunitarios con los recursos existentes. También cómo generar estrategias de demanda al Estado por alimentos de mejor calidad. Sin embargo, por otro lado, también se habilitan instancias de intercambio de saberes sobre agroecología para pensar otras salidas posibles desde la producción autogestiva de nuestros alimentos.

Así, se apuesta a problematizar la producción y el consumo actual de alimentos e incluir la perspectiva de soberanía alimentaria a nuestras prácticas. Para ello, esta comisión articula con organizaciones sociales presentes en el barrio (Frente de Organizaciones en Lucha y Frente Popular Darío Santillán) con el fin de organizar talleres en los que podamos intercambiar saberes sobre alimentación y manipulación de alimentos en contexto de comedores.

Sobre el Territorio: Barrio Constitución

El CeSAC 10 Se encuentra ubicado B° Constitución, en el centro sur de la CABA y junto con los barrios de Retiro, San Nicolás, Monserrat, San Telmo y Puerto Madero integra la Comuna 1¹⁹, zona sur de la Ciudad Autónoma de Buenos Aires, uno de los barrios más antiguos de la ciudad. La centralidad en la que se encuentra y la fuerte conectividad dada por las líneas de colectivos, subterráneos, tren y metrobús, lo convierten en un barrio con mucho tránsito y conexión entre el centro y la zona sur de la ciudad y el conurbano bonaerense. A continuación se recupera un fragmento del cuento “el chico sucio” de Mariana Enriquez para ilustrar sobre las características del barrio:

Constitución es el barrio de la estación de trenes que vienen del sur a la ciudad. Fue, en el siglo XIX, una zona donde vivía la aristocracia porteña, por eso existen estas casas, como la de mi familia —y hay muchas más mansiones convertidas en hoteles o asilos de ancianos o en derrumbe del otro lado de la estación, en Barracas—. En 1887 las familias aristocráticas huyeron hacia el norte de la ciudad escapando de la fiebre amarilla. Pocas volvieron, casi ninguna. Con los años, familias de comerciantes ricos, como la de mi abuelo, pudieron comprar casas de piedra con gárgolas y llamadores de bronce. Pero el barrio quedó marcado por la huida, el abandono, la condición de indeseado. Constitución no es fácil y es hermoso, con todos esos rincones que alguna vez fueron lujosos, como templos abandonados y vueltos a ocupar por infieles que ni siquiera saben que, entre estas paredes, alguna vez se escucharon alabanzas a viejos dioses. (Enriquez, 2016, p. 1)

¹⁹ La misma es muy desigual entre las características de los barrios que la integran. Por un lado, posee el valor del m² más caro de la ciudad en Puerto Madero, un barrio para sectores económicos de muy altos ingresos, oficinas corporativas y empresas internacionales, como también turismo internacional. A su vez, posee uno de los mayores números de viviendas precarias dentro de la CABA, que se distribuyen en viviendas en villas 31 y 31bis, el asentamiento Rodrigo Bueno, piezas en hoteles-pensión, inquilinatos y conventillos. De hecho, esta comuna posee los valores más altos de este tipo de vivienda, 16,2% del total del parque habitacional, muy por encima de la media de la CABA que es del 3,8%. También son llamativos los valores de hacinamiento, siendo del 20%, frente al 9,5% de la media de la ciudad (Dirección de censos y estadísticas, 2015). En cuanto a su población, se puede señalar que un 33% no accede a la canasta básica de consumo y el 13% tienen una tenencia irregular de sus viviendas. A su vez, concentra el 8% de viviendas deficitarias. El 11,8% de los hogares viven en condiciones de hacinamiento (Rodríguez, 2015: 21).

Según el informe elaborado por la RED Constitución (Junio 2022) la superficie del barrio se encuentra fragmentada de este a oeste por la presencia de la Avenida 9 de Julio y la línea del Ferrocarril Roca, estación Constitución y se pueden identificar dos zonas respecto de norte y sur. En la primera, funciona desde el 2007 la nueva sede de la Facultad de Ciencias Sociales de la Universidad de Buenos Aires (FSOC-UBA). Por el otro lado, la segunda, es la zona típicamente comercial y de mayor circulación de personas por encontrarse la estación del tren, el subte línea C y el centro de trasbordo de 35 líneas de colectivos. Limita con el barrio de Barracas y Parque Patricios donde se ubican a su vez diferentes hospitales de alta complejidad a los cuales concurren residentes de CABA, interior del país y migrantes de países limítrofes, principalmente. Es identificada como conflictiva, degradada y de fuerte concentración de venta de drogas, delincuencia, prostitución en las calles (Toscani, 2019). Por eso, tal como refiere Enriquez, Constitución, es un lugar de paso, transitorio, no siempre elegido como un barrio donde quedarse a vivir.

Según trabajadores de la salud del CeSAC N° 10, la población que reside son, en su mayoría, migrantes de países aledaños como Perú, Bolivia, Paraguay y Senegal, cuyos principales trabajos se vinculan a la venta ambulante en las inmediaciones de la Estación de Tren Roca y las paradas colectivos urbanos cerca de Plaza Constitución (Registro de la autora campo, 10 de marzo de 2021, 11:30am, Ciudad Autónoma de Buenos Aires). Existe una fuerte impronta de la estación de trenes y centro de transbordo metropolitano “Constitución”, que promueve un intenso tránsito de personas e importante actividad comercial, por ello hay una concentración de economías de tipo informal y marginales. También suelen trabajar de manera no registrada en fábricas textiles, en la limpieza de casas particulares y en el cuidado de personas. (Registro de la autora campo, 6 de abril de 2021, 10:30am, Ciudad Autónoma de Buenos Aires)

El barrio se caracteriza por la presencia de viviendas multifamiliares-colectivas²⁰, según datos oficiales, el 3,1% de las viviendas de la Ciudad son piezas en hoteles, pensiones, inquilinatos o casas tomadas y tienen mayor concentración en las comunas 1 (11,4%) y 3 (11,9%). La población que vive en este tipo de vivienda alcanza a 103.963 personas, lo que significa el 10% de lxs inquilines de la Ciudad. Específicamente en el barrio de Constitución, el 22% de los hogares del barrio habitan esta tipología de vivienda (el 12, 6% en piezas de

²⁰ Denominamos vivienda multifamiliares-colectiva a aquella que aloja a múltiples personas y/o grupos familiares, quienes comparten baño y/o cocina y/o habitación. Incluimos dentro de esta categoría a hoteles, pensiones, inquilinatos, conventillos y casas recuperadas.

hoteles o pensiones y 9,3% en piezas de inquilinatos). (Red de Organizaciones e Instituciones del barrio de Constitución, 2020). La mayoría de las viviendas se caracterizan por tener mal estado edilicio, escasa ventilación, condiciones de hacinamiento, baño y cocina compartido por grupos familiares. Todas estas condiciones de las viviendas impactan de manera negativa en la salud de las personas, tanto en el aspecto físico, como psíquico y social. Por ende, el predominio de viviendas multifamiliares-colectivas se consolida como una de las principales estrategias frente a la emergencia habitacional que atraviesa la Ciudad de Buenos Aires. También, muchas personas viven - temporal o permanentemente - en situación de calle o pernoctando en paradores comunitarios o en ranchadas en las proximidades de la estación de tren. Según el Informe preliminar del Censo Popular de Personas en Situación de Calle (2017), se pudieron identificar 215 adultos y 27 niñas, niños y/o jóvenes. Así, esta problemática de acceso a la vivienda digna se constituye en una de las características principales de la zona.

Es importante destacar que en el barrio hay gran cantidad de comedores y merenderos que cubren las necesidades alimenticias de muchos vecinos de la zona, los cuales dependen de organizaciones sociales/ONG. Estos espacios colectivos poseen diferentes ideologías políticas y líneas de trabajo, sin embargo suelen actuar en red frente a situaciones extremas de desalojo. El decreto de Emergencia Pública 320/20 pretendía frenar los desalojos de los dueños e inmobiliarias, pero sólo cubría un sector mínimo de inquilinos ya que abarcaba a quienes tenían deudas atrasadas en un contrato formal. En el caso del barrio, la mayoría se encuentra en condiciones no formales de alquiler, por lo cual, los desalojos aumentaron por falta de pago en tiempo y forma, así como también las redes y estrategias de resistencia.

Tan grande es el nivel de informalidad que no hay números precisos sobre la cantidad de personas que corren riesgo de ser desalojados. Parte de esa cifra se cocina a fuego lento con el endeudamiento progresivo de los alquileres impagos y la falta de ingresos de los inquilinos ante el impacto de la pandemia. El decreto tampoco protege a quienes no tienen contratos de alquiler. (Tiempo Argentino, 2020)

A continuación se exponen imágenes del último intento de desalojo y la resistencia colectiva de los vecinos y organizaciones sociales²¹.

²¹ Para mayor información léase:
<https://www.pagina12.com.ar/481339-intento-de-desalojo-en-constitucion-con-un-impresionante-des>

Figura 6

Intento de desalojo del Hotel Familiar (Solis 1841)



Figura 7

Intento de desalojo del Hotel Familiar (Solis 1841)



Figura 8
Intento de desalojo del Hotel Familiar (Solis 1841)



Figura 9

Intento de desalojo del Hotel Familiar (Solís 1841)



Nota. Las figuras 6 a 9 corresponden al intento de desalojo forzoso a los vecinos del Hotel Familiar ubicado en Solís 1841 (B° Constitución, Ciudad Autónoma de Buenos Aires) realizado por la Policía de la Ciudad en septiembre de 2022. En las mismas se visibiliza la resistencia colectiva de los vecinos y organizaciones sociales que apoyaron la lucha. Este hecho se suma a la ola de intentos de desalojo que se vivieron en el territorio por los cuales surge una comisión “ad hoc” de hábitat y salud para organizar estrategias inmediatas. Esta comisión se sumaron otras organizaciones que no forman parte del EASC pero están presentes en el territorios tales como Movimiento de Ocupantes e Inquilinos (MOI) y Movimiento de Trabajadores Excluidos (MTE).

Sobre el Territorio: Barrio Villa 21-24

Villa 21-24 se encuentra al sur de la ciudad de Buenos Aires en el Barrio de Barracas, lindando con Pompeya y Parque Patricios. Sus límites van desde las vías del Ferrocarril Roca de la estación de cargas al Riachuelo y de la calle Luna a la calle Iguazú. Comprende más de 60 hectáreas, constituyendo la villa más extensa de la CABA. Gran parte de los terrenos de la villa se fueron rellenando a lo largo del tiempo con desechos urbanos (basura y escombros), característica que afecta la salud de los habitantes de la villa.

Según el Censo Poblacional de 2022, los habitantes de Villa 21-24 son más de **45.285**. Sin embargo, las proyecciones poblacionales de diversos grupos comunitarios e instituciones del estado, indican que la población actual ronda los 60.000 habitantes. (Noe, comunicación personal, 10 de junio de 2022)

Una característica propia que hace a la conformación cultural del barrio, es que la mayoría de sus habitantes son migrantes o hijos de migrantes, principalmente de Paraguay, del norte de nuestro país y de otros países limítrofes como Bolivia y Perú.

El barrio comenzó a constituirse en la década del `40/^50 del siglo pasado como consecuencia de los procesos migratorios internos. En 1978, el intendente Cacciatore, en el marco del Plan de Erradicación de Villas diseñado por la última dictadura militar, desalojó violentamente cientos de familias y destruyó gran parte de las viviendas. A mediados de los `80 se comienza a repoblar nuevamente en forma ininterrumpida hasta nuestros días.

Dentro de Villa 21-24 pueden diferenciarse distintos sectores que fueron conformándose a lo largo del tiempo mediante procesos de ocupación colectivos de tierras: San Blas (2006), Loma Alegre (2000), Tres Rosas (1960), Pavimento Alegre, La Loma (1992), Tierra Amarilla y Agustín Magaldi. La situación del Barrio Nuevo “El Ceibo” difiere ya que se encuentra vinculada a un intento del Estado de transferir las tierras a los pobladores, regularizar la situación dominial y urbanizar la villa.

Una problemática transversal a toda la población de Villa 21-24 y que afecta el desarrollo y la calidad de vida de las personas es la falta de acceso a una *vivienda digna y hábitat adecuado*²². Muchas familias viven hacinadas en las unidades residenciales por no disponer de espacio suficiente para todos los miembros. La mayoría de las casas son construidas con diversos materiales como cemento y otros materiales precarios como madera, cartón y los techos suelen ser de chapa. Se evidencia en muchas casas falta de ventilación e ingreso de luz natural. Hay muchas viviendas con pisos de tierra y sin revestimiento en las paredes. La humedad y las filtraciones de agua de lluvia suelen ser problemas estructurales. La contaminación de la Cuenca Matanza-Riachuelo agudiza la situación de salud de la población.

²² Artículo 31 de la Constitución de la Ciudad de Buenos Aires

Les vecinos de Villa 21-24 no disponen de servicios esenciales y básicos como acceso a agua segura, luz eléctrica y gas. El ASIS²³ realizado en el barrio en el año 2008 informa que muchas viviendas cuentan con conexiones precarias de agua y electricidad construidas con materiales no apropiados e inseguros.

En cuanto al servicio de recolección de residuos, no se realiza en forma domiciliaria sino en la periferia del barrio, lo cual aumenta la presencia de roedores y plagas que actúan como vectores de diversas enfermedades. Por otro lado, gran parte de la villa no se encuentra urbanizada ni pavimentada, carece de alumbrado público y del suministro seguro y permanente de energía eléctrica y teléfono de línea en las viviendas. Tampoco dispone de transporte público que acerque a los vecinos al Hospital Penna en forma directa y conecte al barrio con el resto de la trama urbana.

La desocupación es un grave problema que enfrentan las familias de la Villa. El desarrollo de actividades en el sector informal de trabajo redundan en una inestabilidad de los trabajos y en bajos ingresos, insuficientes para satisfacer las necesidades de las familias. Las principales fuentes laborales se vinculan a trabajos como: recuperadores de residuos, cartoneros, vendedores ambulantes, feriantes, cuidadoras domiciliarias, empleadas domésticas. También un sector reducido se desempeña en la rama de la construcción realizando tareas como albañil o ayudante de albañil. Los trabajos de cuidado/reproducción y limpieza al interior de las unidades domésticas son llevados a cabo principalmente por las mujeres y personas con capacidad de gestar. Los jóvenes suelen conseguir trabajos temporales y de baja calificación. La discriminación laboral por ser “villero” es recurrente. El cartoneo y la asistencia social del estado, constituyen dos estrategias de supervivencia importantes.

Es oportuno destacar que existe una fuerte presencia de organizaciones sociales - con diversos posicionamientos ideológico-político - donde un sector de la población participa activamente realizando tareas socioproductivas. Se organizan en el marco de comisiones de trabajo dentro de cada organización de base y luego de un tiempo, suelen recibir una remuneración económica que proviene (principalmente) del programa nacional Potenciar Trabajo.

²³ Análisis de Situación de Salud

Cabe señalar que también están presentes ciertas extensiones territoriales de instituciones estatales tales como Instituto de Viviendas de CABA, Centro de Acceso a la Justicia, ANSES, Migraciones, entre otros.

3.6 Resumen del Capítulo

A lo largo del presente capítulo se desarrolló la estrategia metodológica de la investigación la cual se sitúa en la Participación Comunitaria en Salud de las promotoras de salud de dos programas de salud territorial (Salud Ambiental del CeSAC N° 35 y Equipo Ampliado de Salud Comunitaria del CeSAC N° 10). Se parte manifestado desde qué lugar se habla, investiga es decir, el locus de enunciación de la autora.

La estrategia metodológica se centra en la Participación que gira en torno a las problemáticas sociales vinculadas a las condiciones ambientales y habitacionales que configuran las particularidades de los territorios. Por tal motivo, se desarrolla un enfoque metodológico socio-territorial, multisituado y desde la Teoría Fundamentada para construir categorías flexibles y repensar la teoría. Como se anticipa al comienzo, se busca mostrar otros discursos no necesariamente hegemónicos, ni heroicos ni felices, sino más bien contradictorios, dolorosos y “aguafiestas” (¡depende quién lo lea!).

A su vez, en este capítulo se exponen los criterios de selección y delimitación de los informantes claves de la investigación, promotores y profesionales de la salud, sus diferencias cómo sujetos y su vinculación cómo colectivo mediante la idea de Comunidad Mestiza (Masso Guijarro, 2013). Se utilizó el muestreo no probabilístico cómo selección de informantes. También se presentan las técnicas de investigación utilizadas: registro de campo, revisión documental de fuentes primarias, entrevista en profundidad y observación participante. Por último se presentan características de ambos casos de estudio y territorios donde se insertan.

Capítulo 4: Sobre la Participación Comunitaria, Estado y Salud Pública

4.1 Introducción

El presente capítulo reúne debates teórico-políticos que atraviesan el sentido de las instituciones y dispositivos vinculados directa e indirectamente a las sujetos de este estudio. Por lo cual, a continuación se reflexionará sobre el modo de vinculación entre el Estado, la Salud pública y la Participación Comunitaria de mujeres cisgénero, expresando de manera analítica, empírica y literaria diferentes tensiones que dicha relación supone a lo largo del tiempo y en el caso particular que nos compete. En este apartado, se mira la *¿Participación o participación?* en clave de las tensiones de autonomía-heteronomía que se dirimen en estos procesos colectivos y las exigencias de diferentes actores.

Se parte de comprender que las políticas públicas son intervenciones estatales, es decir, un conjunto de decisiones institucionalizadas para abordar problemáticas inherentes al sistema capitalista, capacitista, colonial, hetero-cis-patriarcal (Oszlak y O'Donnell, 1981). Cris Shore (2010) refiere que estas son tecnologías políticas que funcionan como símbolos, estatutos de legitimidad y formas de gubernamentalidad. Pueden ser interpretadas en cuanto a sus efectos, las relaciones que crean y los sistemas de pensamiento más amplios en medio de los cuales están inmersas” (2010, p. 31). Además, según el gobierno que dirija el Estado, estas suelen responder a las necesidades de la población o a los intereses de los sectores dominantes o de ambos al mismo tiempo; y a su vez en algunos casos están más ocupados en institucionalizar un diálogo con la sociedad civil, y en otros a impugnar o ignorarlo. Lo cual depende de las condiciones de desarrollo de las fuerzas productivas y a los regímenes de acumulación vigentes en cada sociedad y a cada momento histórico, como a la posibilidad y voluntad de las clases dominantes de *«hacer concesiones»* en el plano económico y político (Gramsci, 2003), las políticas sociales pueden comprenderse como una tensión entre las luchas sociales en términos de conquistas de derechos y al mismo tiempo, como otorgamientos del Estado para aquietar la potencial revuelta social. Es decir, siempre que existe un conflicto social, se producen momentos de coerción y de consenso.

En sintonía con lo mencionado anteriormente, desde este estudio se considera que los diferentes sectores de la sociedad civil a través de mecanismos de diálogo,

negociación y lucha, logran ocupar ciertos lugares en los momentos de planificación e implementación de las políticas sociales. Este espacio puede ser concedido por el aparato estatal mediante estrategias de democratización y participación social, o en su defecto, pueden ser conquistado (e incluso desestimado) por las organizaciones sociales, en un juego de poder permanente a lo largo de la historia. Así comienza a deslizarse una compleja y para nada lineal interacción entre el Estado, la sociedad y la participación, lo cual puede interpretarse desde diferentes paradigmas. Desde Gramsci (2003) se trata de una “guerra de posiciones y de movimientos” para alcanzar la hegemonía del bloque histórico, es decir el sentido que organiza la vida en sociedad.

En el caso particular de esta indagación, nos interesa el componente de participación social de las políticas de asistencia y salud. Al respecto, es posible diferenciar al menos dos paradigmas de participación: por un lado, la perspectiva **socio-céntrica** centrada en el lugar que conquistan y ocupan los movimientos sociales en las decisiones estatales. Durante las últimas décadas del siglo XX este enfoque consideraba que la participación social se trataba de las acciones colectivas que llevaban a cabo las personas que compartían un territorio geográfico (ej: barrio) para resolver problemáticas sociales comunes (González Bombal y Villar, 2003; González Bombal, Garay y Potenza, 2003, entre otros). Luego, a partir de la crisis socio-económica surge otra línea de pensamiento dentro de esta perspectiva que ponía el foco en la potencialidad política de la acción colectiva (Svampa y Pereryra, 2003; Delamata y Armesto, 2005, entre otros).

El estudio de la vida política de los sectores populares en la Argentina ha jerarquizado la dimensión territorial de la acción colectiva, resultado de la crisis en las formas de integración social propias del modelo industrial, lo que pone de relieve la potencialidad de la proximidad espacial como fuente de sociabilidad cotidiana y de construcción de lazos políticos (Merklen, 2005). En esta realidad, el territorio se convierte en referencia de estrategias de integración social y, por lo tanto, en fuente de identidad colectiva. También constituye la base de la estructuración de sujetos políticos colectivos y, además, un recurso disponible para diseñar estrategias de acción colectiva que expresen públicamente las demandas sociales. Cercanas a esta problemática, las elaboraciones sobre los conflictos socioterritoriales y ambientales constituyen un tema de creciente importancia en la agenda participativa nacional. Así, el estudio de la participación de la sociedad civil sobre problemas ambientales se expande a medida que se multiplican las acciones colectivas de denuncia de la degradación del medio ambiente (Merlinsky, 2013).

Otra vertiente que considera la referencia territorial de la participación proviene del pensamiento sobre el desarrollo local o territorial, que valoriza la articulación de los actores locales como recurso central para la producción social del territorio (Coraggio, 2006). También los aportes de la Participación Social en salud se incluyen dentro de esta perspectiva, fomentando la inclusión de la sociedad civil en los asuntos de salud en la prevención y promoción de enfermedades (Pagnamento, 2012). Estos estudios comparten la posición sociocéntrica que implica concebir a la sociedad civil como un ámbito separado del mundo estatal, la cual se agudiza en el periodo neoliberal debido a la crisis socioeconómica y de representatividad política. A su vez, afirman que, los movimientos sociales vinculados a las problemáticas socio-ambientales sostienen un posicionamiento ideológico-político en contra del sistema (capitalista, colonial, patriarcal) de muerte y profundas críticas contra el Estado. Cabe señalar que, esta característica no necesariamente es representativa del discurso y las motivaciones de los diferentes actores que participan de los programas de salud comunitaria que se analizan en este estudio.

Por otro lado, se identifica una mirada **estado-céntrica**, cuya lógica parte del Estado para la creación de estrategias y herramientas de intervención de la sociedad civil en el sentido de las políticas públicas. Según esta perspectiva, el punto de encuentro entre la cuestión de la participación y el campo de las políticas públicas se hace más visible cuando se supera la visión comunitarista para pensar en la participación de la ciudadanía en los procesos de política pública, es decir, hace referencia al universo de prácticas de intervención de la sociedad en la decisión y la gestión de los asuntos públicos.

Esto se distancia de las experiencias participativas objeto de estudio, ya que el Estado es un actor que, en el marco de las políticas de salud pública, impulsa los programas de salud comunitaria pero también es el ente institucional a quien se demanda la resolución de las problemáticas habitacionales y ambientales, sin obtener los resultados esperados hasta al momento. Por lo cual, en el caso de estudio, no hay un sentido único desde el aparato estatal, ni tampoco una identidad colectiva construida alrededor del Estado Nación. En esta perspectiva, el interlocutor privilegiado es el Estado como representación institucional del interés general, lo que fundamenta la importancia del involucramiento de los actores de la sociedad civil en los procesos de políticas públicas. Afirma que, la participación ciudadana construye, un espacio de interacción entre sociedad y Estado denominado como el ámbito público no estatal (Cunill Grau, 1997), es decir el espacio de acción de la sociedad en torno a cuestiones de interés público. El Estado ocupa una posición central en los procesos participativos, no solo como uno de los actores intervinientes en las experiencias de

interacción, sino, principalmente, en su aspecto de representación de lo público y común. Los argumentos que fundamentan el valor de la participación ciudadana, entonces, están enfocados hacia un horizonte de democratización de la sociedad en su relación con el Estado, pero también apuntan a la democratización interna del Estado (Ziccardi, 2004).

En esta investigación interesa centrarnos en cómo se lleva el vínculo Estado, cuestión social y sociedad civil, en el marco de los programas de salud comunitaria del Centro de Salud y Acción Comunitaria N° 10 y 35 y en el período de estudio seleccionado. Se pretende mirar la participación desde un paradigma contrahegemónico que ponga en el centro en la autonomía/heteronomía que se dirige en los procesos de participación de las personas, en este caso mujeres cisgénero promotoras de salud. A continuación, se recuperan las características de los programas de salud objeto de estudio para analizar.

4.2 Sobre los Programas de Salud Comunitaria

Esta investigación se centra en la Participación Comunitaria en Salud (PCS) vinculada a dos programas: Mesa de Hábitat y Salud (CeSAC N° 35) y Equipo Ampliado de Salud Comunitaria (CeSAC N° 10). Ambos equipos de trabajo abordan determinadas problemáticas sociales comunes en el territorio, centrándose en el déficit habitacional y ambiental.

En cuanto al primer programa, en 2006 se crea el Departamento de Salud Ambiental del Ministerio de Salud de la Ciudad de Buenos Aires (Res. 631/2003) cuyo propósito es abordar las cuestiones de salud afectadas por las (in)condiciones del ambiente²⁴ desde una perspectiva de Atención Primaria Ambiental (APA)²⁵. A partir de ello, se promueve la creación de equipos de trabajo en los efectores de salud para llevar a cabo los objetivos del programa. En particular, el Equipo de Salud Ambiental (ESA) del CeSAC N° 35 surge en 2010 para contribuir al mejoramiento de las condiciones ambientales en Villa 21-24, generando espacios colectivos de sensibilización, discusión y reflexión junto a organizaciones sociales y vecines autoconvocados. Actualmente está conformado por una socióloga, una trabajadora social, tres promotoras de salud, una antropóloga, una

²⁴ Las enfermedades principales desencadenadas por las condiciones ambientales y habitacionales se vinculan a la acumulación de basura, proliferación de roedores e insectos, agua no segura, entre otras. Por ende, las enfermedades tales como Dengue y Leptospirosis son algunas de las enfermedades que afectan la salud de la población.

²⁵ La APA es una propuesta de acción ambiental, preventiva y participativa que reconoce el derecho de las personas a vivir en un ambiente adecuado y a ser informado sobre los riesgos del ambiente en relación con su salud; a la vez define sus responsabilidades y deberes en relación con la protección, conservación, y recuperación del ambiente y la salud (OMS/OPS, 1998).

nutricionista, una psicóloga, una médica veterinaria; las residencias de Educación y Promoción para la Salud y Trabajo Social (Registro de la autora campo, 10 de mayo de 2021, 10:30am, Ciudad Autónoma de Buenos Aires). Desde el año 2016 el ESA del CeSAC N° 35 comenzó a participar y centralizar sus actividades²⁶ casi exclusivamente en la Mesa por el Derecho a la Salud y el Hábitat (MDSH) de Villa 21-24 y Zavaleta originada durante la epidemia de dengue.

En cuanto al segundo programa, las organizaciones sociales del barrio, junto con trabajadores del CeSAC N° 10, se organizaron para formar la Red de Organizaciones de Constitución, con el propósito de dar respuesta a las consecuencias de la emergencia socio-sanitaria. Luego, esta red se consolidó en lo que actualmente se denomina Equipo Ampliado de Salud Comunitaria (EASC), integrado por trabajadores de la salud de organizaciones sociales y del centro de salud. El objetivo es promover el mejoramiento de las condiciones de salud del barrio Constitución a través de la construcción colectiva de acciones barriales. Es decir, construir una red comunitaria y estatal de promoción de la salud y cuidados en torno a problemáticas emergentes (Informe Equipo Ampliado de Salud Comunitaria, 2022). Ahora bien, - pausa - interesa señalar que,

(...) participan/son parte de los procesos específicos donde ocurren la desnutrición, las violencias de diferente tipo o la extrema pobreza, y se ven obligados a actuar frente a estos problemas que son parte de sus vidas locales, dichos sujetos o grupos no suelen ser los que generaron las condiciones que dan lugar a la existencia de dichos problemas. Por lo tanto, la participación social constituye una condición necesaria de los sectores sociales subalternos para asegurar un mínimo de supervivencia (Menendez y Spinelli, 2006, p. 14).

Este pasaje teórico invita a preguntarnos sobre quiénes son los/as sujetos que participan de los programas de salud comunitaria que proponen los efectores de salud y, a su vez, qué lugar tienen/logran/conquistan en dichos espacios institucionales, en qué medida se reúnen intereses, deseos, necesidades de supervivencia en dicha participación política de las personas que forman parte de los equipos de trabajo de los programas. En ese marco, en

²⁶ Las actividades desarrolladas 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), y presentación de reclamos a distintas áreas de gobierno (Equipo de Salud Ambiental CeSAC 35, 2018).

diversas entrevistas se repiten dos posturas, por un lado “si no nos quejamos, nadie viene a solucionar nada” (Romina, comunicación personal, 22 de junio de 2023) es decir, la organización colectiva como la única vía posible para construir estrategias de visibilización y reclamos por las condiciones ambientales y habitacionales precarias que afectan a la población. Por el otro, un posicionamiento más vinculado a la idea de “hacer hasta ahí” (Romina, comunicación personal, 22 de junio de 2023), donde la motivación se vincula más a la justificación del trabajo para el sostenimiento de la contraprestación económica.

En ambos casos, se percibe un cansancio generalizado por atravesar condiciones indignas habitacionales y ambientales. Incluso, para quienes participan desde un lugar de mayor afiliación política/posicionamiento ideológico o conciencia de clase, no está exento del cansancio que implica poner el cuerpo en la lucha diaria por la disputa de mejoras en el territorio.

En lo que alude a la experiencia de la MDSH desde sus inicios está conformada por una multiplicidad de actores institucionales - dependientes de distintas instancias de gobierno - y organizaciones sociales del barrio interesadas en la resolución de las problemáticas ambientales del territorio. Las actividades desarrolladas principalmente son: reuniones de trabajo, jornadas comunitarias de limpieza del espacio público y descacharreo domiciliario; postas de vacunación y castración 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 no segura, cloaca, acumulación de residuos)²⁷ y presentación de reclamos a distintas áreas de gobierno (Equipo de Salud Ambiental CeSAC 35, 2018). Resulta una línea de trabajo central para la MDSH el abordaje de problemáticas estructurales y el reclamo constante a organismos que tienen injerencia en ellos, tal como afirma la trabajadora de salud, profesional de planta:

(...) la verdad es que la presencia de la Mesa en todo eso tuvo mucho que ver porque le dio más fuerza a los reclamos. Imagínate que si va uno o dos vecinos a reclamar no te escuchan. Pero bueno cuando se unió, digamos, la Mesa ya nos dieron más bola a los reclamos y porque tenía más fuerza, a la par desde los Centros de Salud también se presentaban notas. (Noelia, comunicación personal, 27 de octubre de 2022)

²⁷ AGUA NO SEGURA Y PANDEMIA:
https://www.youtube.com/watch?v=gr06rEtZnWI&ab_channel=LANACION

De este testimonio, interpretamos que no sólo hay un interés en resolver ciertos problemas territoriales comunes, sino también la convicción de que la mejor salida posible es colectiva y organizada. Además se constituye en la única vía para construir una correlación de fuerza con posibilidad de disputa real.

En este marco, la incorporación de la dimensión territorial al campo del análisis abre un camino para reflexionar sobre la vinculación entre el Estado, la salud y la participación comunitaria. Una línea de pensamiento (Svampa y Pereyra, 2003; Cravino, 2008) sostiene que, las problemáticas ambientales y habitacionales han desencadenado movimientos sociales políticos importantes en Argentina y en el mundo. En efecto, la lucha por el acceso a la tierra, vivienda, hábitat digno, contra la explotación de la naturaleza son cuestiones con creciente lugar en la agenda social que pujan por instalarse en la agenda política de los gobiernos de turno (Cravino, 2008). Así se han llevado a cabo diversas manifestaciones sociales en el ámbito público denunciando esta lógica extractivista del modelo económico de nuestro país (Merlinsky, 2013; Manzanal, 2016).

Sin embargo, en los casos de estudio es necesario revisar la adhesión política de dicha participación, ya que las problemáticas ambientales/habitacionales que configuran su cotidianidad son parte de las condiciones precarias de vida y de salud en sus territorios. La elección, en parte, está condicionada por la necesidad urgente de una resolución y “si no nos organizamos nosotras, nadie vendrá a resolver nuestros problemas” (Romina, comunicación personal, 22 de septiembre de 2021). Aquí entra en juego la vida y los procesos de salud, enfermedad, atención y cuidados (PSEAC) de la población, entendiendo a éste como campo de disputa (Spinelli, 2010) atravesado por las desigualdades de género, raza, clase social que genera el sistema capitalista, colonial, capacitista, hetero-cis-patriarcal. En este marco, cabe señalar que las estrategias colectivas pensadas desde abajo, no suelen pensarse en clave de autonomía sino desde la exigencia hacia el Estado como (único) interlocutor válido en la resolución de las necesidades.

Por su parte, se afirma la idea de que los problemas de salud afectan a los diferentes sectores sociales según su posición-sujeto y en la estructura social, ya que “la miseria del pueblo es la madre de todas las enfermedades” (Frank, 1980 en Spinelli, 2010, p. 278). Por ende, la distribución de la enfermedad, los cuidados y la muerte tiene color, clase y género, es histórica, diferente y desigual (Laurell, 1982; Escudero, 2005), y en los barrios objeto de estudio, esta desigualdad se materializa en la falta de cloacas, agua segura, proliferación de plagas, falta de vivienda digna entre otras problemáticas ambientales y habitacionales.

Por otro lado, es importante señalar que la salud no se trata de un estado paciente o pasivo sino que también implica la lucha colectiva para modificar aquellas condiciones que limitan la vida (Ferrara, 1993). Sin dudas, los programas de salud objeto de estudio apuestan a acompañar procesos emancipatorios de participación para transformar el padecimiento subjetivo, de sometimiento y mortificación²⁸ en una actitud resolutiva, creativa y colectiva, de resistencia y autonomía progresiva como resultado (no sin diferencias políticas entre las personas organizadas) de la participación por la conquista de derechos fundamentales para la reproducción social (Ulloa, 1996). En los casos de este estudio, es la lucha por el derecho a la vivienda y ambiente en condiciones dignas el eje ordenador. Por eso, en esta investigación, es importante recuperar la noción de conflicto inherente a los PSEAC, como un continuo accionar de diferentes sectores sociales por transformar aquello que deba ser cambiado e imaginar y crear otros mundos posibles (Ferrara, 1993). Esto enfatiza la dimensión política que subyace en la perspectiva de Salud Colectiva desde la cual se piensa y aborda la salud, en tanto compromiso para la acción y transformación de los obstáculos en la reproducción cotidiana de los pueblos (Almeida-Filho y Silva Paim, 1999).

En este sentido, se trata de procesos organizativos de luchas en torno a la estratificación social, por la distribución y control de los recursos políticos y económicos en una sociedad. Los programas de salud abordan problemas sociales que afectan a una parte vulnerable de la sociedad, pero son generados por otros sectores que concentran el poder. Tal es el caso del Villa 21-24, territorio donde se encuentra el CeSAC N° 35, ubicado en zona sur, en el barrio de Barracas (comuna 4), es una de las villas más extensas de CABA. Históricamente fue un lugar que recibía residuos de otros barrios de CABA, por este motivo, gran parte de sus terrenos se fueron rellenando con desechos urbanos. Actualmente siguen ingresando camiones de recolección de basura, que arrojan los residuos provenientes de otras zonas aledañas. Sin dudas la contaminación (histórica y actual) del suelo, aire y agua tiene sus efectos en la salud de los vecinos y coincide con una posición en la estructura social y en el territorio: sectores relegados y subalternos (Noelia, comunicación personal, 10 de agosto de 2022).

En este escenario, por un lado, los sectores dominantes como el mercado inmobiliario pugnan por sostener el status quo y por el otro, los sectores populares a través de la lucha organizada y colectiva intenta modificar esas condiciones desiguales. Por ende, tal como

²⁸ Fernando Ulloa (1996) considera a la “cultura de la mortificación” como un matiz del sufrimiento contemporáneo que afecta a aquellos sectores en los que aún no ha desaparecido la capacidad de pensar ni el valor de resistir. Se liga al morir, a lo mortecino, por falta de fuerza, agobio.

sostiene Ugalde (1985), la participación comunitaria implica corromper los niveles de estratificación social.

Por su parte, los antecedentes de la experiencia de participación del CeSAC N° 10 poseen una larga trayectoria que ha ido modificándose a lo largo del tiempo según las demandas de la población, el contexto socioeconómico, político, sanitario y los equipos de trabajo. En el 2003 la incorporación institucional de las beneficiarias del plan JJDH como promotoras de salud del CeSAC habilitó la creación de comisiones de trabajo que funcionaron durante dos o tres años. Luego, se crea el equipo de Salud Comunitaria (SACO) el cual recupera los ejes de trabajo anteriormente sobre educación, vivienda, salud y se sostuvo durante un tiempo, con diferentes actividades con mayor-menor frecuencia según las disposición de los miembros del equipo de trabajo (Omar, comunicación personal, 10 de junio de 2023).

Durante la pandemia por COVID-19 y la implementación de las medidas de Aislamiento Social Preventivo y Obligatorio (ASPO) impactó en la vida cotidiana de las personas recrudesciendo las condiciones de vida que estructuralmente existen en el barrio de Constitución, tales como la insuficiencia o inexistencia de ingresos asociadas al incremento de la desocupación y la precarización laboral, dificultades para acceder a recursos para la subsistencia y a los servicios sanitarios y educativos, incremento de las familias en emergencia habitacional por amenaza de desalojo y situación de calle; aumento de las situaciones de violencia de género favorecidas por la permanencia obligada en condiciones de hacinamiento crítico, etc. (Informe Equipo Ampliado de Salud Comunitaria, 2022). A partir de ello se crea la Red de organizaciones de Constitución que comienza a reunirse virtualmente para abordar las necesidades urgentes del territorio durante la pandemia. Este trabajo colectivo será la antesala de la creación del Equipo Ampliado de Salud Comunitaria (Omar, comunicación personal, 13 de agosto de 2022).

Lo descrito anteriormente, visibiliza que el propósito principal de la participación comunitaria no tiene fines “recreativos” sino de disputa política para la transformación de una estructura social que genera inequidades en los PSEAC y en la dimensión de trabajo. De esta forma, se percibe el nexo entre la salud y las condiciones de vida, colocando en el centro las relaciones de poder, reconociendo la importancia de la inserción social de los sujetos en procesos de producción y reproducción social (Bertolozzi y De la Torre Ugarte Guanilo, 2012). Es decir, son las condiciones de vida las cuales configuran diversas formas de cuidar, enfermar, sanar, morir y vivir, heterogéneas y dinámicas ya que las sociedades cambian a lo largo del tiempo (Breilh, 2010).

A su vez, desde esta línea de pensamiento se rompe con la mirada antropocéntrica que considera a la salud como una cuestión que involucra exclusivamente la vida humana, para construir un enfoque biocéntrico basado en la retroalimentación entre lo social y lo natural. Esto se pone de manifiesto explícitamente en las problemáticas²⁹ que afectan los territorios donde se inserta este estudio. Es por ello que, la naturaleza no es recurso ni mero contexto donde se sitúa la población, sino que tiene un lugar clave en la configuración de los PSEAC. Así, se descarta el modelo causalista sobre “los determinantes de la salud” para pensar en la determinación social de la salud (Breilh, 2010). Bajo este fundamento es que, los programas de salud objeto de este estudio se centran en el abordaje de las problemáticas ambientales y habitacionales que configuran la determinación social de la salud de la sociedad, dando cuenta de la vinculación entre las condiciones de vida (natural y humana) y la salud.

En este marco, la PCS no necesariamente remite a una inscripción ideológica semejante al sector de la población clase media/universitaria/profesional vinculada a los movimientos sociales ambientales. Aquí, la participación política está ligada a la gestión de la vida e implica tomar en sus propias manos, de cada comunidad o colectivo, la construcción de las soluciones de manera autónoma, libre y diversa” (Rattini, 2022, p.183). Es decir, que la acción colectiva deviene de la urgencia en la resolución de su situación de vulnerabilidad socio-económica, habitacional y ambiental en la cual se encuentran, y frente a la cual están convencidos que sólo con organización y lucha lograrán exigir a las instituciones correspondientes una solución (Menéndez y Spinelli, 2006).

En ese sentido, es necesario pensar la complejidad del estudio, ya que son programas de salud comunitaria implementados desde efectores de Atención Primaria de la Salud que dependen del Ministerio de Salud del Gobierno de la Ciudad Autónoma de Buenos Aires. Sin embargo, desde dichas instituciones estatales se articulan con las organizaciones sociales para organizar estrategias de abordaje de los problemas, uno de los cuales es el reclamo hacia otras dependencias estatales a nivel local. Por ende, en este marco, el paradigma estado-céntrico (Rofman, 2016) no es un enfoque que permita analizar este estudio, debido a que considera que la espacialidad define a la ciudadanía, en tanto pertenencia dentro del territorio sometido a la autoridad estatal (Rofman, 2016). Es decir, la identidad colectiva se funda sobre la inscripción territorial - nacional, regional o local - y por lo cual la sociedad interactúa con el Estado desde su carácter de ciudadanos. Así, la participación ciudadana se da, en la vida política y en los procesos de política pública desde el enfoque estado-céntrico. No obstante,

²⁹ Algunas de las principales son: la falta de agua segura, recolección de residuos con frecuencia y en todo el barrio, ausencia de cloacas, condiciones de vivienda digna.

en los barrios objetos de estudio, la inscripción territorial de la acción colectiva deviene en la construcción de lazos políticos por ende, es el territorio-barrio, y no el Estado Nación, la fuente de identidad colectiva (Merklen, 2005).

Acorde a lo mencionado anteriormente, el enfoque socio-céntrico (Svampa y Pereyra, 2003; Cravino, 2008) y el paradigma estado-céntrico de la participación ciudadana (Rofman, 2016) no necesariamente permiten comprender el sentido de las experiencias participativas objeto de este estudio. Interesa pensar en el poder que circula detrás de las experiencias participativas, en términos de heteronomía/autonomía, es decir ¿cómo viven las mujeres la participación en el marco de sus posibilidades de elegir y sobrevivir económicamente? A continuación se abordarán ciertos aspectos históricos vinculados al giro neoliberal del Estado, para luego analizar su impacto en la participación social comunitaria dentro de los programas de salud objeto de estudio.

4.3 ¿Neoliberalismo y Participación Comunitaria?

“El capitalismo no te mata
te absorbe o te saca
te traga y te hace caca
te copia y reproduce en base a la matriz maldita
te esclaviza y te hace carne para trata”
(Cacho - Sara Hebe)

Tal como se describe en capítulos anteriores, a partir de la instalación neoliberal, se agudiza una situación de crisis socio-económica y precarización laboral en Argentina, sumado al vaciamiento, descentralización y privatización de los derechos sociales. En efecto, diferentes autores (Quiroga Díaz y Gago, 2014) sostienen que la razón política neoliberal no sólo permea el sentido del modelo de acumulación y organiza las políticas económicas, sino que se filtra en las relaciones sociales, entrometiéndose en la subjetividad y cosificando el mundo social. Esto implica instaurar en el imaginario común, una idea de sociedad como un medio para la realización de libertades, deseos y necesidades individuales y reducir la política a un mecanismo de vigilancia, control y castigo (Tapia Mealla, 2008). “Y no se les olvide”, advierte Morales (1988) en su poema, haciendo alusión a la (silenciosa) infiltración neoliberal en los cuerpos, discursos, prácticas y estructuras sociales:

(...) Esta sociedad, esta manera de vida increíble, nos divide por clase, por color

Nos dice somos individuos, y estamos solas ¡y no se les olvide! Nos dice que la

única manera de salir es la pérdida de nuestro género nuestra clase nuestra raza es poseer algún talento individual y carácter y trabajo duro y después lo único que conseguimos lo único que siempre conseguimos es cambiar de clase o de color o de género levantarnos blanquearnos masculinizarnos (...) (p. 84)

Y así, en esta corporalización del neoliberalismo se naturalizan y reproducen lógicas patriarcales, coloniales, capitalistas en la vida cotidiana. Es a partir de esta razón neoliberal que se promueve la competencia por sobre la cooperación, se prioriza y legitima al individuo - blanco, varón-cis, clase dominante - sobre lo colectivo y plural (Tapia Mealla, 2008). En efecto, algunas experiencias participativas en Argentina estuvieron atravesadas, en mayor o menor medida por esta lógica, más adelante se ahondará en ello.

Por su parte, Gago (2014) considera que el neoliberalismo se expresa en una doble dimensión - desde arriba y abajo - para referir a la infiltración de la lógica neoliberal a nivel estatal y social. Desde arriba, a partir de las políticas neoliberales de ajuste económico que agudizaron la desigualdad socioeconómica preexistente, y desde abajo, con la instauración del individualismo, competencia e indiferencia como valores que priman en las relaciones sociales. En efecto, tal como se refiere en líneas anteriores, el neoliberalismo no es sólo un sistema económico, sino también un conjunto de valores que configura el sentido común vigente en la sociedad, en los cuerpos, en las ideas sobre nuestras vidas, lo que debemos ser y hacer, la valoración sobre nosotros y los otros. Incide en la subjetividad de la sociedad, territorio de permanente de lucha política entre la dominación y la resistencia. Esto permite comprender la participación del primer grupo de promotoras “históricas” del CeSAC N° 10 y 35 vinculada a la contraprestación del plan Jefes y Jefas de Hogar Desocupados³⁰ (Plan JJHD, 2002-2004).

En el caso del CeSAC N° 10 en el 2002 ingresaron 33 promotoras al CeSAC N° 10, luego fueron abandonando porque en palabras de Isabel, promotora de salud, “total no te cortan el plan, no hace falta hacer la contraprestación, pensaban algunas promotoras. Con el tiempo, 11 pasaron a planta” (Isabel, comunicación personal, 01 de agosto de 2022). Por ende, alguno de los motivos que motorizaron la participación de las mujeres fue la

³⁰ Decreto 565/2002: Créase el PROGRAMA JEFES DE HOGAR para ser aplicado mientras dure la EMERGENCIA OCUPACIONAL NACIONAL, que por este Decreto se ratifica hasta el 31 de diciembre de 2002, destinado a jefes/as de hogar con hijos de hasta DIECIOCHO (18) años de edad, o discapacitados de cualquier edad, y a hogares en los que la jefa de hogar o la cónyuge, concubina o cohabitante del jefe de hogar se hallare en estado de gravidez, todos ellos desocupados y que residan en forma permanente en el país. Disponible en: <http://servicios.infoleg.gov.ar/infolegInternet/anexos/70000-74999/73272/norma.htm>

contribución económica y la posibilidad de acceder a un trabajo estable, lo cual no invalida ni deslegitima sus prácticas, sino más bien permite comprender de manera situada la manera en que el Estado presenta los programas sociales de asistencia, demandando trabajo. Detrás del término de contraprestación subyace un sentido neoliberal para fundamentar que no se trata de un empleo, y además se sostiene en un discurso meritocrático sobre la importancia del esfuerzo individual que deben hacer las personas para acceder a los recursos. Es decir, lejos de pensar a las personas como sujetos de derechos, se configura un lugar de ciudadanxs merecederxs (o no). Hoy, algunas promotoras de salud que participan en representación de alguna organización social y también refieren que se han incorporado orgánicamente a militar en espacios organizados como una estrategia económica, tal como sostiene una de las entrevistadas “cuando me acerqué al FOL³¹ fue por necesidad y la oportunidad que te dan para trabajar y estudiar” (Noelia, comunicación personal, 23 de junio de 2023). Sin embargo, con el tiempo, algunas se fueron aggiornando a la dinámica de la organización y apropiándose de las actividades cotidianas y consolidando una identidad colectiva “la primera vez que fui a una asamblea, me explicaron cómo era la organización, era mi primera vez que me sumaba, era todo muy nueva, empecé a ir a reuniones, marchas, descargas de mercadería y después me salió la tarjeta y empecé a ir al CeSAC como promotora de salud” (Noelia, comunicación personal, 23 de junio de 2023). Esto invita a reflexionar sobre las reuniones semanales y asambleas generales de las organizaciones sociales. Estos espacios de debate, intercambio entre compañeres y socialización de información, puede traducirse en instancias de formación política que apuntan a la configuración de sujetos políticos. Esto permitiría nominar a estos encuentros en clave de su función democratizante de construcción de ciudadanía crítica de las bases sociales.

Sin embargo, esta misma dinámica se torna lógica paternalista frente a la subjetividad de otras promotoras que no aspiran a iniciar un camino colectivo de militancia orgánica. Para quienes la principal motivación por la cual continúan allí sigue siendo económica, hay un descontento generalizado frente a cómo se distribuye los recursos económicos (que provienen del Estado principalmente), cómo se organiza su trabajo, cuáles son las tareas y actividades obligatorias, quienes y donde se toman esas decisiones políticas que tienen implicancias directas en su jornada laboral. Tal como refiere una de ellas, “me gustaría ir a otro trabajo formal, no a otra organización porque dependo de ellos. No son ellos los que nos pagan pero bueno” (Aida, comunicación personal, 30 de junio de 2023). Además esto sigue asentando

³¹ Frente de Organizaciones en Lucha

que la asistencia del Estado hacia los sectores populares siempre demanda que estos “merezcan” el recurso, por tanto se les exige trabajo, estudios o diferentes formas de dar cuenta de que se esfuerzan por salir de su situación. Así, la meritocracia impregna la lógica estatal y de las organizaciones sociales, además que sitúa las desigualdades estructurales como problemas individuales de los/as sujetos.

Asimismo, en los discursos de las promotoras se manifiesta la colonialidad del poder dentro de las organizaciones sociales, en las cuales se reproducen las *herramientas del amo* (Lorde, 1979). Es decir, muchas de las decisiones políticas de las organizaciones instituyen una lógica patriarcal-colonial-capitalista en dinámica interna y se percibe una tendencia explícita de distribución autoritaria de tareas desde la conducción política hacia las promotoras de salud. Esto da cuenta de que esta matriz de opresión atraviesa no sólo la estructura estatal sino también está vigente en las expresiones populares organizadas de la sociedad. Se trata de una estructura de poder, construida social e históricamente, fundacional y permanente, en donde aflora el mandato de masculinidad como primera y constante pedagogía de expropiación de valor y dominación. En efecto, el Estado se ubica en un lugar de patrón de las organizaciones sociales y éstas, de sus propias bases sociales (y dentro de ella, las promotoras de salud).

Por lo tanto, en las “cúpulas” de las organizaciones sociales se toman decisiones políticas que involucran el trabajo cotidiano de las promotoras de salud en torno a las tareas, responsabilidades, horarios y espacios de trabajo. Esto, a veces genera tensiones y malestares al interior del colectivo de promotoras de salud por estar en desacuerdo con las tareas que solicitan o los espacios laborales (territorios) donde “las mandan” a “cumplir su horario”. Cabe señalar que, existen diversos motivos por los cuales muchas promotoras sostienen este trabajo. Esto, no sólo tiene que ver con la contraprestación económica (salario) que perciben, sino también por la posibilidad de organizar (amoldar, acomodar) su trabajo productivo con el reproductivo, es decir, afrontar la maternidad en el espacio doméstico y comunitario, porque siempre están cuidando y sosteniendo la vida.

Al respecto, Aura Cumes (2014) sostiene para el caso del trabajo doméstico, en qué medida este programa evidencia la manera en que el Estado y las estructuras coloniales produjeron una división sexual y racial del trabajo, en base a ficciones biológicas como son el género y la racialidad. Especialmente, construyó una diferenciación entre trabajo productivo y reproductivo, situando a las mujeres como cuidadoras de las personas dependientes. Tal como afirma Federici (2010) el advenimiento de la modernidad en latinoamérica no implicó una evolución hacia una sociedad más justa, sino que se estructuró en base a ficciones de

género, raza y clase social que estratifican la sociedad. Esto significó la apropiación de bienes comunes, tanto de la tierra como de los cuerpos y saberes de las mujeres, en palabras de Quiroga Diaz y Gago (2014) “la desposesión del trabajo femenino como núcleo de la acumulación originaria del capitalismo” (p. 10)

Retomando la dinámica patriarcal-colonial desarrollada anteriormente, Segato (2018) sostiene que debemos promover una contra-pedagogía de la crueldad que supone el develamiento y desaprendizaje de las opresiones a través de la contra-pedagogía del poder. Es decir, romper los diferentes elementos de orden patriarcal que responden al mandato de masculinidad como son el autoritarismo, el control, la dependencia, el sexismo, el corporativismo masculino, la baja empatía, la crueldad y la insensibilidad. No se trata de “tomar” el poder, sino de cambiar las cosas. Tal como refiere Segato (2018), tomando el poder nunca se llegó a destino, es necesario que existan muchas voces en la lucha y romper con la verticalidad de la colonialidad del poder que existe en el Estado y en las organizaciones sociales.

Por otro lado, en el análisis de la política que da nacimiento normativa e implementación del programa JJHD, se identifica una racionalidad neoliberal (instrumental y competitiva), ya que estaba dirigido a personas con determinadas condiciones de género, clase social, raza y no persigue objetivos relacionados a la promoción de estrategias socio-económicas cooperativas como la creación de Cooperativas de trabajo en diferentes rubros (limpieza, textil, construcción, cuidados). De este modo, lejos de promover el trabajo y la inclusión social, funcionó (principalmente) como inyección monetaria para la supervivencia, evitando el potencial descontento y rebelión social, o en términos gramscianos «*hacer concesiones*» en el plano económico y político (Gramsci, 2003). También sobre esto se refiere Gago (2014) cuando habla del neoliberalismo “desde arriba”, como plataforma macro-política de intervenciones estatales que tienden a ser reduccionistas de lo social y la política. Además, esta política tampoco cuestionó la división social/ sexual/ colonial del trabajo instaurado a partir de la conquista y colonización, por el contrario promovió su reproducción.

Por todo lo expuesto, se considera que el Plan JJHD, se acerca a un modelo de participación neoliberal/conservadora³² (Uzcátegui, 2005), ya que tiene límites en las

³² “Concibe la Participación Social en Salud (PSS) como un asunto técnico en la ejecución y administración de servicios de salud, promoviendo el voluntariado y la co-responsabilidad como formas encubiertas de privatización y obtención de mano de obra gratuita, sin poder vinculante de la comunidad en las decisiones. Asume la salud como atención médica reparatoria y responsabilidad individual, relegando a las personas a una posición de cliente de los servicios con representación minoritaria o simbólica” (Uzcátegui, 2005, pp. 23-24)

posibilidades de generar cambios estructurales y emancipatorios situados en las necesidades e intereses de la población. Este programa de asistencia ha desencadenado un entramado de valores y prácticas guiados por la competencia dentro de la clase trabajadora, donde al decir de Gago (2016), la razón neoliberal ganó terreno “desde abajo” cuando les sujetos destinatarios del Plan JJDH, en general sostuvieron esta impronta individualista tal como delimitaban los lineamientos del programa. Le otre (trabajadore desocupade) fue principalmente una competencia frente al recurso limitado que ofrecía el Estado como monto remunerativo por la contraprestación realizada en el marco del programa. Así, las promotoras históricas de ambos efectores de salud ingresaron a partir de este programa a brindar sus servicios sociales, motivadas principalmente por la contribución económica de su trabajo (Isabel, comunicación personal, 01 de agosto de 2022).

A contramano de ello, los programas de salud objeto de estudio de esta tesis, buscan generar otra lógica de intercambio y construcción colectiva entre las personas que participan. Esto se retoma más adelante a partir de las entrevistas realizadas a los miembros de los equipos.

Ahora bien, antes de mirar las configuraciones actuales, es oportuno señalar que durante la crisis neoliberal en nuestro país emerge un fenómeno de des-cercamientos, es decir de apropiación colectiva de bienes y servicios para la reproducción social. Fue una forma comunitaria de sortear la privatización y desfinanciamiento de los derechos sociales por parte de los gobiernos neoliberales; la precarización y desempleo al interior de las unidades domésticas. Así, lo reproductivo dejó de estar reservado al ámbito intrafamiliar para ser resuelto (también) colectivamente a través de organizaciones sociales. (Quiroga Diaz y Gago, 2014) En este periodo, en los barrios cercanos a los efectores de salud N° 10 y 35 hay un aumento notorio de comedores y merenderos gestionados por mujeres del barrio. (Isabel, comunicación personal, 01 de agosto de 2022)

Hoy, el neocolonialismo se materializa en las políticas públicas mediante las cuales el Estado institucionaliza la condición de las mujeres de sectores populares como responsables del trabajo reproductivo a nivel familiar y comunitario. Esto se ve reflejado en la incorporación institucional de promotoras de salud como parte de los equipos de salud. En el CeSAC N° 10 y 35 la mayoría de las promotoras contratadas en los diferentes períodos (2003 y 2022-2023) fueron mujeres cis de sectores populares cuyas tareas se vinculan al cuidado de la salud de los vecinos de sus barrios. Estas decisiones se toman en las instancias de mayor jerarquía dentro de la política de salud de la Ciudad, en este caso, en la Dirección General de Atención Primaria de la Salud. Sin embargo, los programas de salud objeto de estudio

intentan distanciarse de esos sentido común sobre el trabajo de cuidado instaurado en la sociedad y en las políticas sociales.

Según Ray y Qayum (2009) el trabajo doméstico, no puede comprenderse sólo como una ocupación, sino que debe pensarse como una institución de servidumbre, por tanto subyace una dominación y control de unos hacia otros y no sólo dentro del trabajo, sino en la vida cotidiana. De esta forma, la representación social sobre las mujeres de sectores populares como servidumbre, no está relacionada exclusivamente a su labor en el trabajo doméstico, sino al sistemático sometimiento para forzarla a ocuparse del trabajo de reproducción de la vida (Cumes, 2014). No obstante, esto no necesariamente coincide con la autopercepción de los relatos de las promotoras de salud, ya que algunas identifican y cuestionan la feminización de los cuidados de salud, no obstante otras, refieren estar “a gusto” con el tipo de trabajo que realizan. Tal como refieren las entrevistadas, “me siento muy cómoda trabajando, dan mucho lugar a todos a decir lo que piensan con respeto a todos” (Alejandra, comunicación personal, 23 de agosto de 2023); “empecé con limpieza de pasillos del barrio, después recolección y después las postas de salud. Siempre me gustó salud, pero antes no había lugar, si me cambio es de organización pero seguiría en salud” (Aida, comunicación personal, 30 de junio de 2023).

Ahora bien, también se presentan situaciones donde algunas promotoras no suelen tener una participación acorde a la esperada por otros actores dentro del equipo de salud, “no hablan, no participan tanto, no se si es porque tienen que estar. Van a estar sentadas, no se si tiene que ir porque tienen que cumplir con un horario, una les dice hablá vos primero para dar lugar pero nada” (Alejandra, comunicación personal, 23 de agosto de 2023). Esto expresa ciertas incomodidades interesantes para abordar desde diferentes planos. Por un lado, se tratan de puestos laborales vinculados al Potenciar Trabajo (Res. 121/2020) que son gestionados por organizaciones sociales, las cuales crean “cuadrillas” (comisiones de trabajo) acorde a las necesidades sociales de su población (Romina, comunicación personal, 22 de junio de 2023). Por otro lado, si es considerado trabajo, ¿por qué se exige desde los equipos de salud ese compromiso militante? ¿cómo se lee ese silencio? ¿hasta qué punto se promueve el diálogo?

Sin dudas, la distribución de militantes en las comisiones, es un asunto que es necesario revisar, ya que como plantea una compañera militante “no tiene que ser solo por la contraprestación sino, están en un lugar donde no quieren estar y no se produce el interés y quizás no le sirve de nada y no lo puede replicar ni volcar en ningún lado. Hay que ver el perfil de compañeres antes de designar a una comisión” (Romina, comunicación personal, 22

de junio de 2023). Esto no significa que no se habilite la discusión en los programas de salud comunitaria donde participan, al contrario, se percibe un constante esfuerzo por promover la participación activa y protagónica de las compañeras, circulando la palabra e interrogando acerca de sus intereses para realizar las diferentes tareas. Tal como refiere una de las entrevistadas, “me preguntaron dónde quería participar y elegí la comisión de recorridas por el tiempo que tengo” (Karen, comunicación personal, 22 de junio de 2023). Sin embargo, son otras las instancias donde se perciben las restricciones o limitaciones en la participación. En adelante se ahondará en ello.

A continuación se abordará la caracterización de los programas de salud y su vinculación con la participación y los procesos de salud, enfermedad, atención y cuidados.

4.4 La Participación Social Comunitaria como Respuesta a los Estereotipos Neoliberales

En este apartado, la noción de sociedad abigarrada (Zavaleta Mercado, 1986) nos permitirá poder pensar las alternativas contrahegemónicas que existen y resisten desde los márgenes del Estado y con las cuales trabajamos como son los casos de estudio de esta investigación. El autor define la Formación Social Abigarrada (1986) como la confluencia desarticulada de tiempos históricos, demandas, historias, identidades, relaciones sociales, económicas, jurídicas y políticas. Desde esta lectura se busca reconocer y alojar las incómodas, heterogéneas, complejas y contradictorias características que asumen ambas propuestas de participación comunitaria. Interesa prestar atención a la tensión autonomía-heteronomía, tanto en lo individual como colectivo. Es decir, por un lado, qué lugar ocupan las organizaciones sociales que participan en los programas de los efectores de salud comunitaria y por el otro, conocer las motivaciones personales (ideológicas-políticas, económicas, sociales) que las promotoras tienen para participar.

En esta línea, Sopransi y Lenta (2010) discuten en torno a la autonomía-heteronomía, debido a que no todas las propuestas participativas tienen como objetivo promover procesos emancipatorios; en algunos casos son utilizados como mecanismo de control y dominación. Es posible identificar tres grandes propuestas a nivel analítico sobre la Participación Comunitaria en Salud: la neoliberal o conservadora; la reformista y la alternativa-progresista. En adelante intentaremos reflexionar en qué medida las prácticas comunitarias de los equipos de salud entrevistados se acercan a alguna de las propuestas señaladas, ya que la PCS asume

diferentes características según sea quien la interpreta, recrea y con qué objetivos se encuadre (Menéndez, 1995; Montero, 2004).

Ahora bien, interesa caracterizar los actores que conforman los programas de salud comunitaria, donde identificamos: los profesionales de salud (residentes y planta permanente), promotoras de salud institucionales, promotoras de las organizaciones sociales y militantes/referentes comunitarios. El primer grupo se encuentran los profesionales de la salud de diferentes disciplinas y modalidades de contratación, es decir trabajadores realizando su formación en servicio en la residencia de salud pública del Ministerio de Salud Pública del Gobierno de la Ciudad Autónoma de Buenos Aires (GCBA), y también aquellos que rindieron concurso público y poseen un cargo de planta permanente.

En el segundo grupo, las promotoras de salud institucionales son aquellas que fueron contratadas por el GCBA en dos periodos diferentes. En el 2003, ingresan al sistema público alguna de las beneficiarias del Plan JJDH y luego entre 2022-2023 hubo otra incorporación de promotoras de salud en los efectores de atención primaria. En este caso, la mayoría, eran militantes de organizaciones sociales y ya participaban anteriormente en los programas de salud comunitaria como promotoras de las organizaciones sociales. Actualmente su cargo depende del GCBA por lo cual perciben un salario, pero son monotributistas lo cual implicó la pérdida de ciertas prestaciones sociales como la Asignación Universal Por Hijo (AUH), Tarjeta Alimentar y la gratuidad en el transporte público. Esto significa que el balance económico monetario entre la situación laboral como promotoras de salud de las organizaciones e institucionales no existe tanta diferencia monetaria. Sumado a que, implica mayor carga horaria y menos posibilidades de solicitar permiso para resolver asuntos personales (ir al médico o acompañar a personas a cargo, gestión de trámites, etc). Tampoco cuentan con aguinaldo, obra social ni aporte jubilatorio. En el caso del CeSAC N° 10, los promotores de salud pueden solicitar algunos días de licencia ya que es autorizado por la jefatura (Romina, comunicación personal, 22 de junio de 2023).

Sin embargo, cabe señalar que existe un reconocimiento simbólico distinto al interior del efector, “antes no había reconocimiento por los profesionales del cesac, era cómo que nos decían ¿quiénes son ustedes? No era válido el trabajo que las organizaciones veníamos haciendo desde el territorio” (Romina, comunicación personal, 22 de junio de 2023). Manifiestan que existe mayor sentido de pertenencia de ellas hacia la institución ya que están “en todos lados” trabajando con la mayoría de las

especialidades para promover la accesibilidad de les usuaries a las prestaciones y servicios del efector.

En el tercer grupo, se encuentran las promotoras de salud cuya retribución económica es gestionada por las organizaciones sociales donde se encuentren trabajando/militando/participando, son salarios que dependen del programa del Ministerio de Desarrollo Social de la Nación Potenciar Trabajo (Res. 121/2020). Dentro de este grupo hay diferencias en la remuneración económica, por lo cual las que reciben mayor ingreso trabajan 4hs, 4 días a la semana, en cambio las que reciben menos ingreso trabajan 3hs, 2 días a la semana. Algunas organizaciones sociales apoyan la formación de las promotoras y reducen la jornada laboral a quienes estén estudiando en el nivel inicial, medio o superior (Rossana, comunicación personal, 29 de junio de 2023).

Las promotoras que reciben menor salario suelen tener menor involucramiento en las actividades en el marco de los programas de salud comunitarias, al igual que en las reuniones y asambleas propias de su organización.

Algunas vienen, cumplen el horario y se van, no todas tienen el mismo interés. Somos pocas las compañeras que estamos enganchadas en el tema de promotoras de salud.

Está el Potenciar que cobran \$42.000 y está la otra que cobra \$87.000. La que cobra la mitad labura 3 hs x día y no se quiere involucrar en muchas cosas más “porque yo gano esto y no gano tanto, y hago hasta acá” no es fácil hacerle entender a la compañera que esto es por la salud de los vecinos y el barrio. Y la que cobra el doble trabaja 4 hs y van a las reuniones, a lo de ILE, reuniones en el cesac por métodos anticonceptivos, anticoncepción hormonal de emergencia y test de embarazo. (María Elena, comunicación personal, 29 de junio de 2023)

En una de las organizaciones sociales del barrio suelen aumentar el monto básico mediante la gestión de un “plus”, es decir se le exige al gobierno más dinero para ampliar los salarios. En caso de acceder a ello, la organización define a quien le otorga el “plus” según su participación e involucramiento en las postas de salud, asambleas, reuniones, actividades comunitarias, entre otras “Si sale algún plus se le puede dar, depende del gobierno y ahí ves a quien le das, depende quien esté participando más, piquetes, actividades, reuniones y actividades que se hagan con la organización” (María Elena, comunicación personal, 29 de

junio de 2023). Y, esta decisión política es llevada a cabo por los referentes de la organización en ese barrio, “la que decide la distribución del plus es la referente política del barrio que es alguien que empezó todo esto de la organización. No la votan en asamblea, sino que lo determina alguien de más arriba”. (María Elena, comunicación personal, 29 de junio de 2023)

Ciertas vecinas que se acercan a las organizaciones para trabajar y son distribuidas en cuadrillas, algunas veces suelen preguntar por los intereses personales de las compañeras y corroborar que quieran continuar sus tareas allí.

Si la mayoría está entusiasmada en trabajar en salud. Todos los años te preguntan si te quieres cambiar de cuadrilla pero yo siempre elijo salud. La organización te da la posibilidad que si no te gusta trabajar ahí, te puedes cambiar (Rossana, comunicación personal, 29 de junio de 2023)

Por último, participan también otras personas referentes comunitarias que militan en organizaciones sociales cercanas a los CeSAC y participan de los programas de salud comunitaria en representación de su espacio. No suelen tener contraprestación sino que tienen otros trabajos y en los tiempos libres participan de las actividades comunitarias que organiza el EASC. Según las entrevistas, manifiestan que poseen motivaciones políticas e ideológicas que fundamentan su participación, sin embargo suelen tener dificultades para sostener el ritmo y la frecuencia.

Antes estaba en la comisión de recorridas, pero ahora ya sólo en las reuniones de salud del EASC y en las capacitaciones porque me tengo que dividir con mi trabajo, tengo otros dos laburos. Hay buen clima, no es un clima hostil se respeta mucho, pero bueno estoy sin tareas puntuales, me sumo en actividades abiertas como NI UNA MENOS, 8M³³. Por mas que participa poco me siento parte, me encanta poder darle una herramienta a los vecinos que no tienen el cesac tan cerca, ser nexos con los vecinos. (Karen, comunicación personal, 22 de junio de 2023)

En este pasaje, se visibilizan los obstáculos en la participación de algunas mujeres que trabajan en los cuidados al interior de sus unidades domésticas y también trabajos productivos para obtener ingresos monetarios que permitan su reproducción cotidiana. La

³³ Esto alude a las actividades que se organizan anualmente en el marco del 8 de marzo y 3 de junio para visibilizar la violencia de género. Suelen ser charlas, festivales y volantes en la plaza España, ubicada frente a las inmediaciones del CeSAC N° 10.

triple jornada laboral (reproductiva, productiva y comunitaria) atraviesa a todas las promotoras de salud, sin embargo es necesario pensar las particularidades entre quienes perciben remuneración económica y las que no. Aquellas compañeras que participan de los programas de salud comunitaria y no reciben contraprestación, deben vender su fuerza de trabajo en el mercado laboral para obtener un ingreso económico, mientras mantienen sus tareas de cuidado y de militancia comunitaria. En este caso, la yuxtaposición de tiempos, tareas y responsabilidades suele decantar en cansancio e imposibilidad de sostenimiento de todos los trabajos. En ese marco, el primer “descarte” empieza por el trabajo comunitario no remunerado. Aquí, el obstáculo material económico suspende la posibilidad de sostener un compromiso y trabajo comunitario con la frecuencia e intensidad que requiere.

Otra situación es la de las compañeras que perciben un salario como promotoras de salud, en este caso, se exige un compromiso militante por parte de las organizaciones sociales en las que se encuentran trabajando. Según refieren algunas de ellas, suelen recibir exigencias que exceden el encuadre laboral, esto alude principalmente al descontento frente a la obligación de participar en marchas, cortes de calle y manifestaciones en el espacio público. Sumado a ello, la remuneración no resulta suficiente para acceder a condiciones dignas de vida, por lo cual suelen llevar a cabo otras estrategias económicas³⁴ para alcanzar a cubrir los costos de la reproducción cotidiana de las promotoras y las personas con las que viven.

En resumen, en las entrevistas es posible dar cuenta de las diferencias en torno a la autonomía-heteronomía en la participación comunitaria dentro de los programas de salud comunitaria. Según los relatos de los diferentes actores entrevistados, en el marco de los programas de salud comunitaria existen diversas instancias de discusión y reuniones para planificar actividades, evaluar cómo se siente cada una en los espacios de trabajo, habilitando el cambio de comisión/tarea en caso de ser necesario, entre otros aspectos. Esto es pensado desde quienes diseñan los programas como parte de una estrategia para viabilizar la participación protagónica de todas, y es principalmente motorizado por el primer grupo (profesionales residentes y de planta permanente). Algunas personas lo perciben desde ese lugar, ya que reiteradamente se identifica la idea de que en los CeSAC hay mucha apertura para la planificación de actividades, debate y respeto por las ideas, “dan mucho lugar a todos a decir lo que piensan con respeto a todos” (Alejandra, comunicación personal, 23 de junio de 2023), “cada vez que voy al cesac, me encanta me siento parte nadie juzga a nadie, me siento parte” (Karen, comunicación personal, 22 de junio de 2023). Esta posición invita a pensar

³⁴ Algunas refieren que poseen otros trabajos remunerados, o venta ambulante de productos elaborados por ellas y comprados.

que se trata de una participación que responde a las inquietudes y deseos de quienes construyen el espacio. A su vez, se da un lugar importante a las organizaciones para pensar y planificar las líneas de trabajo, ya que son quienes viven y trabajan en el territorio y tienen contacto cotidiano con los vecinos, “a todos nos dan la palabra para hablar porque cómo somos las que vivimos y trabajamos acá somos las que sabemos. Y nos dan para hablar” (Marta, comunicación personal, 29 de junio de 2023).

Sin embargo, existen otras variables que inciden en la autonomía-heteronomía de la participación comunitaria y las posibilidades/restricciones para decidir en torno a su participación. Tal como refiere una de las entrevistadas,

(...) tuvimos una reunión y me van a avisar si sigo participando del cesac 10 o directamente de Villa 21-24, me tienen que avisar desde la organización. (...) yo estoy impaciente, quiero que tomen la decisión y ya pasarme para allá” (Cristina, comunicación personal, 23 de junio de 2023).

Aquí entran en tensión las motivaciones personales y las definiciones colectivas, pero no necesariamente las cuales dependen del programa de salud comunitaria sino, más bien de otros espacios colectivos de pertenencia de las promotoras de salud de las organizaciones.

Me sume en el 2017, cuando me vine de provincia porque me separé por violencia de género. Ahí empecé con limpieza de pasillos del barrio, después recolección y después las postas de salud. Estos cambios lo decidía la encargada de la cuadrilla. (Aida, comunicación personal, 30 de junio de 2023)

Si bien se suele dar un margen para consultar las preferencias de las compañeras, lo que sucede es que la definición final se toma desde los cuadros políticos con mayor jerarquía.

Si tuviera que elegir otro trabajo si me cambio de organización me gustaría estar en salud. Trabajar con gente. Si me cambio, es de organización por las exigencias horarias y en las actividades que les obligan a hacer fuera del horario de trabajo (marchas, cortes, reuniones, entrega de volante, campaña política) y por lo económico que no alcanza. Estoy ahí porque no me queda otra, la verdad... porque dependo de

ellos, si tuviera otra opción mejor me iría. Me gustaría ir a otro trabajo formal, no a otra organización porque se depende de ellos. No son ellos los que nos pagan pero bueno. Nuestro salario depende de Desarrollo Social pero ellos hacen lo que quieren con nosotros. El tema es el corte, cómo dependemos de ellos tenemos que ir si o si, pero no me gusta mucho. Estoy porque no me queda otra. (Aida, comunicación personal, 30 de junio de 2023)

Este fragmento permite identificar varias cuestiones, por un lado se pone de manifiesto un descontento con las condiciones laborales, no así con la temática salud. Es decir, son los horarios de trabajo, ciertas actividades y tareas asignadas a las promotoras de salud que generan malestar y necesidad de buscar un cambio de trabajo. En ese marco, en esta situación, se expresa la preferencia por obtener un trabajo “formal” donde la relación de dependencia se establece con un patrón privado, en lugar de seguir bajo las lógicas contractuales que proponen las organizaciones sociales. Sin embargo, las posibilidades de acceder a otro tipo de empleo son realmente escasas ya que articular los trabajos reproductivos y productivos es complejo.

En este marco, los feminismos proponen patear el tablero, cuestionar el modelo actual de acumulación poniendo en el centro del debate el trabajo de cuidado y el lugar que ocupa en la economía capitalista. En palabras de Lenguita (2021)

(...) la demanda de un salario para el trabajo reproductivo tiene más el interés político de subvertir el orden patriarcal en la economía capitalista, y menos la obtención de un mero reconocimiento monetario que valore dichas tareas no remuneradas. De tal manera, se avanza en una lucha que hoy tiene nuevas condiciones para llevarse adelante, para apuntalar una reestructuración de las relaciones económicas entre los géneros de manera definitiva. (p. 242)

Entonces, no solo queremos el reconocimiento simbólico y salarial de los trabajos reproductivos, sino queremos elegir si hacerlo o no, por ende repensar un nuevo ordenamiento de la distribución de los cuidados equitativamente.

4.5 La Participación que Soñamos

Gago (2016) sostiene que el neoliberalismo es una fase más del capitalismo que puede ser superada, transformada o reconvertida a través de nuevos programas económicos, enunciados políticos y una renovada presencia del Estado y organizaciones sociales. Esta tensión autonomía-heteronomía pone en el centro el debate por el modelo de participación al cual se apuesta. Por ende, la presencia mestiza en la sociedad de diferentes tiempos, intereses, valores, discursos y prácticas permite pensar que esa transformación social, política, cultural es posible (Zavaleta Mercado, 1986).

En ese marco, las propuestas de participación comunitaria de los programas de salud comunitaria se acercan a un modelo de participación emancipatorio, que busca revertir la lógica neoliberal que prima en nuestra sociedad. Los programas de salud comunitaria construyen estrategias para abordar las problemáticas de los PSEAC desde el trabajo en red, interdisciplinario e intersectorial “es re interesante el trabajo en red con diferentes lugares, me gusta la mirada de la salud del CeSAC que no solo es lo físico sino integral” (Alejandra, comunicación personal, 23 de junio de 2023). Esta articulación permite una interacción constante entre el efector de salud y los barrios de su área de referencia para subvertir la distancia simbólica y geográfica de lo intra-extra muros. “Territorializar el CeSAC, sus prestaciones, que llegue a la gente los servicios y prestaciones” (Romina, comunicación personal, 22 de junio de 2023). Así, la difusión de la información sobre las prestaciones y servicios, las especialidades vigentes, el asesoramiento para la gestión de turnos son algunas de las acciones que ilustran esto. “Si alguna compañera tiene que hacer una ILE tenemos la articulación con el cesac, o saber los horarios para sacar turno o ayudar a gestionarlo. Sostener la articulación con el centro de salud para ayudar a les vecines” (Karen, comunicación personal, 22 de junio de 2023).

A modo de síntesis, las propuestas participativas de los efectores de salud sin dudas intentan construir colectivamente, recuperando los saberes e intereses de todes les participantes. No obstante, los mandatos sociales, raciales y de género vigente en la sociedad obstaculizan las posibilidades de expresión de algunas personas que no se sientan cómodas y a gusto por participar.

Lo mencionado anteriormente puede analizarse desde un punto de vista lineal y reduccionista donde los atravesamientos de clase social configuran las prácticas y discursos de los sujetos. Sin embargo, desde esta investigación se recuperan los aportes de Costa (2005)

quien propone otra mirada a partir del análisis de tres elementos: *lugar*³⁵, *competencia* y *gestión*. En este sentido, el sujeto es considerado un agente definido y reconocido socialmente por las propiedades que lo hacen visible y son fuente de su capacidad diferenciada de relación (poder). Por ende, el lugar, en tanto coordenadas temporo-espaciales son fundamentales en la disputa de intereses. Pero también es importante, el control de recursos que forma parte de la competencia del agente, cuya identidad social y poder relativo son definidos en la red de la que forma parte. Por último, recuperar la *trayectoria* posibilita comprender la dimensión histórica lo cual significa que la condición de origen del agente no es estática sino que puede ser transformada a lo largo del tiempo. Esto permite problematizar y comprender los diferentes discursos al interior del “colectivo” de promotoras sociales, las cuales en su mayoría comparten condiciones materiales de vida similares pero que han sido atravesadas de diferentes formas por las experiencias colectivas de participación en salud.

Así, algunas hoy tienen un reconocimiento social y económico distinto al interior de los equipos de salud, de los efectores y en el territorio. No sólo por “las cartas disponibles, sino también, y especialmente, por saber hacer uso de las mismas” (Costa, 2005, p. 6). Es decir, es importante contar con propiedades y recursos socialmente valorados pero también saber de qué manera, cuándo, cómo y dónde y con quienes utilizarlos.

4.6 Pausa: ¿Qué Pasó en la Pandemia?

En este apartado se caracterizan aquellos cambios que sucedieron durante el Aislamiento Social Preventivo y Obligatorio (ASPO) en ambos efectores. A fines del año 2019 y principios del 2020 se desató una pandemia a partir de la aparición y propagación de un virus denominado COVID-19 lo cual modificó la vida cotidiana de miles de personas. Su llegada no sólo profundizó las desigualdades sociales y económicas existentes, sino que también vino a evidenciar la crisis del sistema capitalista. En nuestro país se fueron determinando diferentes medidas socio-sanitarias para reducir el contagio de la población. En cuanto a los sistemas de salud, todos los niveles de atención debieron crear y garantizar nuevas modalidades de intervención. Tanto la organización de las instituciones de salud como nuestro quehacer profesional se vio impactado.

³⁵ “Como sistema de coordenadas, variable en tiempo y lugar, que opera como criterio de asignación de valor a quienes participan en el mismo espacio y, por lo mismo, de definición de identidades” (Costa, 2005, p. 4)

En relación a nuestra intervención profesional en este escenario de emergencia social y sanitaria, tal como sostiene Dalla Cia (2020) el campo disciplinar del Trabajo Social se vio atravesado por la agudización de problemas sociales que obstaculizaron la reproducción cotidiana de un sector mayoritario de la sociedad. La emergencia no sólo fue sanitaria, sino también alimentaria, económica y de género. En Argentina, los impactos sociales y económicos de la pandemia del COVID-19 profundizaron la situación de vulnerabilidad social que el país ya atravesaba. La crisis desencadenada por la pandemia afecta sin duda a toda la sociedad, pero impacta mucho más a los hogares que ya se encontraban en la pobreza, aquellos que viven de la venta (diaria) de su fuerza de trabajo. Tal es el caso de los trabajadores de sectores populares que se desempeñan como cuidadores de auto, trabajadoras de la limpieza de casas particulares, trabajadores de la construcción, entre otros. (CIPPEC, 2020)

Centro de Salud y Acción Comunitaria N° 10

Tal como refiere uno de los referentes profesionales que conforma el Equipo Ampliado de Salud Comunitaria

Comenzamos a comunicarnos con las organizaciones para saber qué estaba pasando. Estando adentro nos comunicamos con “el afuera” a través de su diagnóstico y de esta forma se pensaron estrategias en conjunto. No había una red armada, solo organizaciones sueltas trabajando. Así, desde la pandemia se fue generando la red virtual de trabajo comunitario y luego Equipo Ampliado de Salud Comunitaria (Omar, comunicación personal, 30 de mayo de 2023).

En este sentido, si bien la virtualidad fue un factor condicionante, no eliminó por completo la Participación Comunitaria en Salud de las promotoras de salud y sus organizaciones de base. Por el contrario, gracias al trabajo comunitario previamente realizado, existía una articulación entre el efector de salud con cada una de las organizaciones. Lo que la pandemia permitió fue acelerar la importancia de reunirse para pensar y construir una salida colectiva entre todes. Así muchas organizaciones presentes en el territorio se conocieron y comenzó a generarse un trabajo en red.

Esto pone entre paréntesis dos aspectos considerados características determinantes de la PCS: lo extramuro y la presencialidad. En este caso, si bien la presencialidad se suspende,

se crean nuevas maneras virtuales para sortear - temporalmente - la imposibilidad de encuentro. Así, desde la Red de Organizaciones de Constitución se llevaron a cabo diversas estrategias para paliar las necesidades alimentarias, habitacionales y sanitarias durante la pandemia. Algunas de ellas fueron: la apertura de comedores, recorridas barriales para el diagnóstico de necesidades y detección temprana de COVID, entrega de bolsones de higiene/alimentación. Luego, comenzó a articularse con el operativo DETeCTAr³⁶ para ser parte de la planificación y ejecución del programa, habilitando la posibilidad de realizarlo en diferentes espacios comunitarios como merenderos, comedores, locales de organizaciones sociales, viviendas colectivas (Omar, comunicación personal, 15 de junio de 2022).

Centro de Salud y Acción Comunitaria N° 35

En el caso del CeSAC N° 35 el advenimiento de la **pandemia por COVID-19** trajo cambios en las formas de trabajo de los equipos de salud en general y del equipo de Salud Ambiental en particular. En efecto, se suspendieron las actividades extramuros y se volcó toda la intervención a la urgencia por COVID-19. Los equipos de salud se dividieron en cohortes, situación que dificulta el intercambio y planificación, Se suspendieron las actividades comunitarias, las reuniones en el centro de salud con organizaciones o usuarios del centro de salud.

El trabajo fue meramente asistencial. La persona que se acercaba a consultar era un peligro que nos podía contagiar y había que tratar que salga lo más rápido que se pueda del centro de salud. Tenía que pasar por un TRIAGE con un montón de preguntas. Esta era la lógica de funcionamiento. Había una distancia física con la persona que consultaba. Utilizamos barbijo, camisolines, cosas que no veníamos utilizando en la práctica de la atención primaria. Las máscaras, apenas nos veíamos los ojos, las miradas. Apenas escuchábamos, porque entre barbijo y máscara no escuchábamos lo que decíamos. Y esto no solo sucedía para relacionarnos con

³⁶ Dispositivo Estratégico de Testeo para Coronavirus en Territorio Argentino (DETeCTAr) destinado a la búsqueda activa de personas febriles y el posterior testeo con la prueba de PCR en unidades móviles sanitarias para quienes cumplan con la definición de caso sospechoso. El objetivo de la nueva estrategia DETeCTAr es la búsqueda intensificada de personas con síntomas de COVID-19 para su diagnóstico, aislamiento y cuidado. Disponible en: <https://www.argentina.gob.ar/noticias/se-suman-nuevas-acciones-para-la-deteccion-de-casos-de-covid-19>

usuarias del centro de salud, sino también para relacionarnos al interior del equipo. Ingresaba muy poca gente al centro de salud. Y entre nosotres no teníamos muchos espacios de encuentros, de socialización, no comíamos juntas, no manteníamos reuniones numerosas. Fue fuerte. (Noelia, comunicación personal, 26 de junio de 2023)

Tanto el Equipo de Salud Ambiental del CeSAC 35 tanto como la MDSH dejaron de reunirse y la única actividad territorial que se mantuvo durante toda la pandemia fue el “Comité de emergencia” espacio que surge para facilitar a la población información epidemiológica del barrio. En dicho comité participan referentes de las organizaciones del barrio, junto con los centros de salud de la zona (1, 8 y 35), y luego se incorporó el Ministerio de Desarrollo Humano y Hábitat, entre otros. Desde este espacio se gestionaron estrategias de acompañamiento durante la pandemia tales como el acceso a la alimentación, limpieza y medicación a familias aisladas. Aquí los promotores de salud, ocuparon un lugar central en la intermediación entre los vecinos y los recursos. A inicios del 2021, el ESA comienza a evaluar la necesidad de reiniciar las actividades comunitarias. Así se convoca nuevamente a la Mesa por el Derecho a la Salud y el Hábitat, el cual, continúa vigente hasta la actualidad.

En función de lo mencionado anteriormente, interesa reflexionar sobre ciertos aspectos que surgieron a partir del aislamiento social preventivo y obligatorio como medida sanitaria para enfrentar la pandemia. En este sentido, recuperando a Merhy (2016) existen diferentes dimensiones del proceso de trabajo, una de ellas se trata del *objeto de trabajo* en los procesos de trabajo en salud. Durante la pandemia ha afianzado la modalidad de atención desde el hospital centrada en la “cura” de la enfermedad, en estabilizar síntomas y, principalmente en efectuar la externación lo antes posible. Por ende, en ese período de recrudescimiento del Modelo Médico Hegemónico (MMH) en el sentido de las intervenciones, el objeto de trabajo se redujo a lo orgánico y biológico, es decir a los síntomas por COVID-19 que presentaban las personas usuarias. Sin embargo, desde una perspectiva crítica de salud este objeto se trata de un sujeto, una persona con saberes, miedos, deseos y sobre todo derechos.

Además, cabe señalar que la emergencia sanitaria provocada por la pandemia de COVID-19 evidenció la centralidad de tareas de cuidado para la reproducción y el sostenimiento de las sociedades. Ciertos cambios estructurales tales como el cierre de los establecimientos educativos (materno infantil, nivel primario y secundario) y necesidades

alimentarias repercutieron en la organización cotidiana de las tareas de cuidado dentro y fuera de las unidades domésticas. Recuperamos la importancia del trabajo reproductivo y comunitario llevado a cabo principalmente por las mujeres (promotoras de salud) que afrontan con una carga de responsabilidad desigual, el aumento de tareas domésticas cotidianas.

En esta línea, los feminismos se posicionaron críticamente en contra de las consecuencias del encierro durante la pandemia encarnada en los cuerpos de las mujeres. (Lenguita, 2021) Los cuestionamientos se vinculan, en primer lugar, al recrudecimiento de violencia machista que se tradujo en el aumento de femicidios durante el Aislamiento Social, Preventivo y Obligatorio. La política estatal de cuidado frente al contagio del virus no tuvo en cuenta las desigualdades de clase, género y raza. En efecto, la repetición de un modelo de cuidado estándar para todos los hogares/unidades domésticas, tuvo consecuencias trágicas para muchas mujeres.

En segundo lugar, la clausura de jardines, escuelas de nivel inicial y medio, centros de cuidados de adultos mayores, entre otros dispositivos estatales y privados encargados del cuidado visibilizaron la feminización de los trabajos de cuidados. Esta clausura de los espacios de cuidado fue igual tanto para las mujeres cisgénero de sectores populares como clases sociales con mayores privilegios. Así, el cuestionamiento fue mayor, poniendo sobre la mesa esa economía silenciada al interior de la dinámica intrafamiliar.

En tercer lugar, esta medida sanitaria de aislamiento preventivo también materializó la imposibilidad de llevarse a cabo en los barrios populares donde la dinámica del cuidado comunitario garantiza la sustentabilidad de la vida (mediante comedores comunitarios, ollas populares, clases de apoyo entre otras). Por lo cual, “el “quedarse en casa” pasó a significar el “quedarse en el barrio” y en cuanto tal, las medidas de prevención de los contagios tuvieron que adaptarse a la realidad más inmediata desplegada por las propias comunidades en distintos distritos”. (Lenguita, 2021, p. 238)

4.7 Todo Concluye al Fin...

¿Todo tiene un final, todo termina? Pues no, lo único que finaliza es un -efímero, sencillo y humilde- proceso de investigación; la vida de las comunidades, promotoras de salud y organizaciones sociales sigue su curso, con las mismas angustias, preguntas, dificultades, malestares y disputas. Esto fue, una pausa con interrogantes mediante las cuales se intentó reflexionar con los sujetos aquellos

aspectos del orden de lo incómodo, políticamente incorrecto sobre su Participación Comunitaria en Salud en los programas de salud comunitaria.

En el primer capítulo se recuperan los debates teóricos, desde los cuales se construye el posicionamiento teórico político e ideológico de esta investigación. Para ello, desde la perspectiva decolonial feminista se toman las categorías de Colonialidad de Ser, Saber, Poder y Género, la división -social, sexual y racial- del trabajo. Además se reconstruyen ciertos aspectos de la coyuntura socio-económica de los '90 en relación a las políticas de promoción de la Participación y el recorte de derechos sociales y la feminización de la pobreza, los cuidados y el sostenimiento de la vida en las casas y comunidades.

En el segundo capítulo se presentó la ruta teórica mediante la cual se indagaron textos, artículos, autores, poesías sobre participación. Así, este capítulo engloba la genealogía del debate en torno a la Participación Comunitaria en Salud, comenzando por discusiones en torno a las concepciones históricas sobre la salud, es decir Modelo Médico Hegemónico y perspectiva de Salud Colectiva. Además, se presentan brevemente ciertos cambios en la configuración socio-política que tuvieron incidencia en el sentido de las políticas de salud pública, a nivel nacional y local. Además, otro aspecto que se recupera en la genealogía del debate son las perspectivas en torno a la Participación. A partir de los diferentes estudios se logra identificar dos posturas: socio-céntrica y estado-céntrica para pensar la participación.

En el tercer capítulo se desarrolló la estrategia metodológica de la investigación la cual, se trata de un enfoque metodológico socio-territorial, multisituado y desde la Teoría Fundamentada para construir categorías flexibles y repensar la teoría. Como se anticipa al comienzo, se busca mostrar otros discursos no necesariamente hegemónicos, ni heroicos ni felices, sino más bien contradictorios, dolorosos y “aguafiestas” (¡depende quién lo lea!).

En el cuarto y último capítulo, se describen los programas de salud comunitaria objeto de estudio para reflexionar desde los discursos de las promotoras sobre la Participación Comunitaria en Salud, la infiltración neoliberal en los procesos participativos, la tensión entre procesos de autonomía-heteronomía dentro de los programas de salud comunitaria. También se abordan ciertos cambios sucedidos durante la pandemia y la participación que soñamos desde los feminismos.

“No has de olvidar, hijo mío, jamás has de olvidarte:
vas... como el gavián que todo lo mira y cuyo vuelo nadie alcanza.

Aprende las mañas (capitalistas, patriarcales y coloniales) de las organizaciones y el Estado, Mujeres, pero no para sobrevivir ni resistir a duras penas, sino romper, ultrajar, cuestionar para cambiar todo lo que deba ser transformado. Los feminismos blancos eurocéntricos teóricos de la triple explotación laboral de las mujeres pobres, negras, migrantes se olvidan de la agencia y la capacidad de lucha, de las estrategias que despliegan, más - menos, organizadamente estas mujeres desde sus casas, comunidades y trabajos.

No se trata únicamente de una situación de opresión, hay mujeres promotoras de salud, convencidas de luchar por mejorar sus condiciones de vida y eligen participar protagónicamente de esos espacios colectivos. También hay mujeres promotoras que participan, por ser parte de una estrategia económica monetaria, y también hay una decisión deliberada y singular que la motiva a eso. Porque saben que acceder a un empleo, con las condiciones laborales que ofrecen las organizaciones en cuanto a la flexibilidad horaria, es complicado. Prefieren entonces, trabajar dentro de las organizaciones sosteniendo una distancia ideológica política y cumplir las tareas en promoción de la salud sin mayor involucramiento político dentro de las organizaciones. Frente a las tareas obligatorias vinculadas a las manifestaciones públicas, marchas hay un desacuerdo y descontento pero por lo general, asumen la responsabilidad. Ese descontento es la agencia/potencia de no ser sumisa y automatizar acciones, no aceptar mandatos ni del Estado ni de las organizaciones sociales que también son reproductoras de las estructuras de poder.

En cuanto a los atravesamientos de la pandemia en la participación comunitaria en salud se perciben dos situaciones diferentes en cada experiencia. Por un lado en el CeSAC 10, algunos miembros del EASC consideran que la pandemia fue un eje ordenador bajo el cual se organizaron las estrategias comunitarias para paliar las necesidades urgentes sanitarias y alimentarias. En ese momento, las organizaciones sociales tuvieron una presencia más activa en los procesos de salud, enfermedad, atención y cuidados de la población, luego se fue restringiendo a la participación de las promotoras como representantes políticas de las organizaciones. Esto impide la posibilidad de pensar otros escenarios más amplios de disputa por condiciones de salud, vivienda y otros aspectos que atraviesan los PSEAC desde una perspectiva integral de la salud.

Hoy, el neocolonialismo se materializa en el plano de las políticas públicas mediante las cuales el Estado institucionaliza la condición de las mujeres de sectores populares como responsables del trabajo reproductivo a nivel familiar y comunitario. Esto se ve reflejado en la incorporación institucional de promotoras de salud como parte de los equipos de salud. En el CeSAC N° 10 y 35 la mayoría de las promotoras contratadas en los diferentes períodos (2003 y 2022-2023) fueron mujeres cis de sectores populares cuyas tareas se vinculan al cuidado de la salud de les vecines de sus barrios.

Hasta ahí, es esperable/tolerable, pero que (nos) pasa cuando ese neocolonialismo con sus lógicas positivistas, mercantilista, individualista también se filtra en la subjetividad de las personas y en particular de las mujeres promotoras de salud. Cuando se dificulta pensar en estrategias más amplias que la posta de salud y la toma de presión, cuando se pide una implicación mayor, tomar la palabra, emitir una opinión, participar más “activamente”, proponer, debatir. Cuando eso no sucede, suelen realizarse reuniones de equipo para sortear problemas de comunicación/desinterés e incluso se generan espacios de formación sobre diferentes áreas temáticas. Sin embargo, la convicción política no se “enseña”, se contagia. Si no hay motivación individual es difícil pensar en luchar por mejorar los PSEAC y comienza a ser necesario volver a conquistar la subjetividad colonizada por la lógica neoliberal. En ese sentido, se renueva la pregunta de Segato (2018) sobre qué proyecto histórico se quiere construir desde los diferentes territorios, espacios y colectivos, aquel proyecto de las cosas o de los vínculos. Nos invito a adentrarnos en la aventura que nos propone el segundo camino y volver a construir comunidad, pensar la participación en salud como derecho de todes.

Referencias Bibliográficas

- Ahmed, S. (2017). *Vivir una vida feminista* 1a ed. - Ciudad Autónoma de Buenos Aires 472 p.; 20 x 14 cm. - (Futuros próximos, 34) Traducción de Tamara Tenenbaum ISBN 978-987-1622-92-4 1. Feminismo. 2. Estudios de Género. I. Tenenbaum, Tamara, prolog. II. Título. CDD 305.4201 Título original: *Living a Feminist Life* © Duke University Press, 2017 © Caja Negra Editora, 2021 © Del prólogo, Tamara Tenenbaum. Disponible en: https://cajanegraeditora.com.ar/wp-content/uploads/2021/02/Fragmento-Ahmed_VivirUnaVidaFeminista_CajaNegra.pdf
- Almeida Filho, N. y Silva Paim, J. (1999). La crisis de la salud pública y el movimiento de la salud colectiva en Latinoamérica. *Cuadernos médicos sociales (Ros.)*; (75): 5-30, mayo. 1999.
- Anzorena, C. (2013). *Mujeres en la trama del Estado. Una lectura feminista sobre las políticas públicas*. EDIUNC (Editorial Universidad Nacional de Cuyo).
- Arancibia, I. (2013). *Necesidades del capital o necesidades de la vida. Argumentaciones desde la Economía del Trabajo* (tesis de maestría). Universidad Nacional General Sarmiento, Buenos Aires, Argentina.
- Bard Wigdor, G. (2016). El ajuste tiene rostro de mujer: a veinte años de la plataforma de Beijing, las desigualdades se profundizan. *Revista Latinoamericana de Derechos Humanos* 27 Volumen 27 (2), II Semestre 2016 (EISSN: 2215-4221)
- Bascuas, M. y Roco San filippo, J. (2019) Emerger desde los márgenes e implosionar el eje, economías populares y economía feminista: un diálogo posible. En Bascuas, M., Roco San filippo, J., Piris, S., Cabrera, M., Ortega, N. y Pérez, Z. *Papeles de economía solidaria: 90. Construir, cuidar, habitar: prácticas feministas en organizaciones de la economía solidaria* (6), p. 7-41.
- Bertolozzi y De la Torre Ugarte Guanilo (2012). *Salud colectiva: fundamentos conceptuales*. Salud Areandina, pp 24-36. Colombia
- Bonazzola, P. (2010). *Ciudad de Buenos Aires: sistema de salud y territorio*.

- Borde, E., & Torres-Tobar, M. (JUNIO de 2017). El territorio como categoría fundamental para el campo de la salud pública. *Saude debate*, 264-275. Obtenido de <https://www.scielo.br/pdf/sdeb/v41nspe2/0103-1104-sdeb-41-spe2-0264.pdf>
- Bourdieu, P. (1990). Espacio social y génesis de las clases En: Bourdieu, Pierre, *Sociología y cultura*. Editorial Grijalbo, México
- Breihl, J. (2003). *Epidemiología crítica: ciencia emancipadora e interculturalidad*. Lugar Editorial. Buenos Aires, Argentina
- Breilh J. (2010). Las tres 'S' de la determinación de la vida: 10 tesis hacia una visión crítica de la determinación social de la vida y la salud.
- Cabnal, L. (2010). *Feminismos diversos: el feminismo comunitario*. ACSUR-Las Segovias.
- Camacho Hinojosa, V. (2011). ¿Por qué “interculturalidad contra-hegemónica” en salud?. *Revista MEDPAL, Interdisciplina y domicilio*; año 3, no. 4. Pp. 42-44.
- Carrasco, C. (1995). Un mundo también para nosotras. *Mientras tanto*, 60, 31-48.
- Carrasco, C. (2003). La sostenibilidad de la vida humana: ¿un asunto de mujeres? En *Mujeres y trabajo: cambios impostergables*. Comp. León T., M. CLACSO. Porto Alegre, Brasil.
- Casas D., Jarillo E., Contreras G., Rodríguez A. (2013). La salud colectiva para el análisis de la medicina familiar.
- Cavallero, L. y Gago, V. (2019). *Una lectura feminista de la deuda: ¡Vivas, libres y desendeudadas nos queremos!* Editorial: Fundación Rosa Luxemburgo. Buenos Aires, Argentina.
- CIPPEC (2020). Radiografía de la pobreza: quiénes son los más afectados por la crisis de la pandemia. Disponible en: <https://www.cippec.org/textual/radiografia-de-la-pobreza-quienes-son-los-mas-afectados-por-la-crisis-de-la-pandemia/>
- Costa, R. (2005). ¿Quién produce el discurso? Acerca del sujeto de las prácticas. Disponible en: <https://aledar.fl.unc.edu.ar/files/Costa-Ricardo1.pdf>

Cravino, M. C. (2008), Los mil barrios (in)formales, UNGS: Los Polvorines

Cuadernillo de trabajo comunitario. (2021). Residencia Interdisciplinaria de Educación para la salud. Dirección General de Salud Comunitaria. https://drive.google.com/file/d/1k_j_wb0ETthkYKWqru8dMaRP7fckd9_3/view?usp=drivesdk

Cumes, A. E. (2014). La “india” como “sirvienta” Servidumbre doméstica, colonialismo y patriarcado en Guatemala. Tesis doctoral. Centro de investigaciones y estudios superiores en Antropología Social.

Cunill Grau, N. (1997). Repensando lo público a través de la sociedad: nuevas formas de gestión pública y representación social, Caracas, CLAD, Editorial Nueva Sociedad.

Curiel, O. (2013). La nación heterosexual. Análisis del discurso jurídico y el régimen heterosexual desde la antropología de la dominación. Brecha Lésbica.

De Marinis, P. (2005). 16 comentarios sobre la(s) sociología(s) y la(s) comunidad(es) en Papeles del CEIC, nº 15, CEIC (Centro de Estudios sobre la Identidad Colectiva), Universidad del País Vasco. Disponible en: <https://www.redalyc.org/pdf/765/76529007001.pdf>

Decreto 565/2002. Programa Jefes y Jefas de Hogar Desocupados. Disponible en: <http://servicios.infoleg.gob.ar/infolegInternet/anexos/70000-74999/73272/norma.htm>

Decreto Nacional de Urgencia (DNU) 320/20: Emergencia pública. Disponible en: <https://www.boletinoficial.gob.ar/detalleAviso/primera/227247/20200329>

Delamata, G. y Armesto, M. (2005), “Construyendo pluralismo territorial. Las organizaciones de desocupados del Gran Buenos Aires en la perspectiva de sus bases sociales”, en G. Delamata (comp.), Ciudadanía y territorio, Buenos Aires, Espacio.

Dirección Nacional de Economía, Igualdad y Género. (Agosto, 2020). Informe Los cuidados, un sector económico estratégico Medición del aporte del trabajo doméstico y de cuidados no remunerado al Producto Interno Bruto. Disponible en: https://www.argentina.gob.ar/sites/default/files/los_cuidados_-_un_sector_economico_estrategico_0.pdf

- Dussel, E. (1992). 1492: El encubrimiento del otro. El origen del mito de la modernidad (Colombia: Anthropos)
- Escudero, J. C. (mayo 2005). Salud colectiva: Donde eficiencia y justicia social van de la mano. En: Encrucijadas, no. 32. Universidad de Buenos Aires. Disponible en el Repositorio Digital Institucional de la Universidad de Buenos Aires: <<http://repositorioubu.sisbi.uba.ar>>
- Esping-Andersen, G. (1993). Parte I: Los tres regímenes del Estado de Bienestar en “Los tres mundos del Estado de Bienestar”. pp. 25-141. Edición Alfons Magnanim. Valencia.
- Espinosa, (2013). La paradoja de la salud y el modelo médico hegemónico. Revista Cubana de Salud Pública.
- Federici, S. (2010). El Calibán y la bruja. Mujeres, cuerpo y acumulación originaria. Madrid, España: Traficante de sueños.
- Fernández, A. (2014). Las realizaciones trascendentales en la era kirchnerista. Revista Debate Público. http://trabajosocial.sociales.uba.ar/wp-content/uploads/sites/13/2016/03/07_Fernandez-Arturo.pdf
- Ferrara F. (1993). Teoría política y salud - tomo segundo: abordando la salud. Buenos Aires: Catálogos
- Fleury, S. (1997). Estado sin ciudadanos. Seguridad social en América Latina. Buenos Aires: Lugar.
- Fraser, N. (1997). ¿De la redistribución al reconocimiento? Dilemas en torno a la justicia en una época «postsocialista». En Iustitia Interrupta. Reflexiones críticas sobre la posición «postsocialista». Bogotá: Siglo del Hombre Editores y Universidad de los Andes.
- Fraser, N. y Rivera, L. (2014). De cómo cierto feminismo se convirtió en criada del capitalismo. Y la manera de rectificarlo. Debate feminista, 50, 131-134.
- Gago, V. (2014). La razón neoliberal, economías barrocas y pragmática popular. Editorial Tinta Limón. Buenos Aires, Argentina.

- Gago, V. (2016). Neoliberalismo desde abajo y los límites de los movimientos progresistas latinoamericanos. Disponible en: <https://traficantes.net/actividad/%C2%ABneoliberalismo-desde-abajo-y-los-limites-de-los-movimientos-progresistas-latinoamericanos>
- González Bombal, I. y Villar, R. (comps.) (2003). Organizaciones de la sociedad civil e incidencia en políticas públicas, Buenos Aires, Libros del Zorzal.
- González Bombal, I.; Garay, C. y Potenza, F. (2003). Organizaciones de la sociedad civil y políticas sociales en la Argentina de los noventa, Buenos Aires, Universidad de San Andrés-cesdes.
- Gorban, D. (2019). Prólogo. Mujeres respetables: clase y género en los sectores populares, Skegg Beverley. 1º edición Los Polvorines: Universidad Nacional de General Sarmiento. Argentina.
- Gramsci, A. (2003). Notas sobre Maquiavelo, sobre la política y sobre el Estado moderno. Nueva Visión. Buenos Aires.
- Guber, R. (2001). La etnografía, método, campo y reflexividad. Grupo Editorial, Norma. Bogotá, Colombia.
- Guevara Patiño, R. (2016). El estado del arte en la investigación: ¿análisis de los conocimientos acumulados o indagación por nuevos sentidos? Revista Folios, núm. 44, julio-diciembre, pp. 165-179. Bogotá, Colombia
- Gutiérrez Aguilar, R. (2011). Pistas reflexivas para orientarnos en una turbulenta época de peligro, en Gutiérrez Aguilar, R. (Ed.), Palabras para tejernos, resistir y transformar (pp. 31-56). Cochabamba, Bolivia: Pez en el árbol.
- Guzmán Arroyo, A. (2019). Descolonizar la Memoria, Descolonizar los Feminismos. Segunda edición. Editorial Tarpuna Muya Feminismo Comunitario Antipatriarcal, Qullasuyu Marka. La Paz, Bolivia.
- Haesbaert, R. (2011). El mito de la desterritorialización. Del fin de los territorios a la multiterritorialidad. Disponible en: <https://es.scribd.com/document/360242451/Haesbaert-El-Mitode-la-Desterritorializaci-on-pdf>

- Hillenkamp, I., Guérin, I. y Verschuur C. (Outubro de 2014). Economie solidaire et théories féministes: pistes pour une convergence nécessaire. *Revista de Economia Solidária da Associação Centro de Estudos da Economia Solidária do Atlântico* (7), p. 5-43.
- Informe de la experiencia para jornadas médicas Penna Equipo Ampliado de Salud Comunitaria (2022).
- Informe sobre paridad en Argentina. Relevamiento federal de concejos deliberantes. Ministerio del Interior. (2020) Disponible en: https://www.argentina.gob.ar/sites/default/files/informe_sobre_paridad_en_argentina.pdf
- Lander, E. (2014). Ciencias sociales: saberes coloniales y eurocéntricos. En: *La colonialidad del saber: eurocentrismo y ciencias sociales. Perspectivas latinoamericanas*. Comp. Lander, E. CLACSO pp. 11-40. Buenos Aires, Argentina.
- Laurell A. C. (1981). La salud-enfermedad como proceso social. *Revista Latinoamericana de Salud*, 1 (2): 7-25.
- Laurell, A. C. (1982). La salud-enfermedad como proceso social. En *Cuadernos Médicos Sociales* N° 19.
- Lefebvre, H. (1974). La producción del espacio. *Papers, revista de sociología*, n° 3.
- Leff, E., Galano, C., Trellez, E., Castro, G., Angel, F., Elizalde Hevia, A., & Porto Goncalves, C. W. (2002). <https://www.scielo.br/pdf/asoc/n10/16893.pdf>. *Ambiente y Sociedad*, V (10). Recuperado el 10 de agosto de 2021, de <https://www.scielo.br/pdf/asoc/n10/16893.pdf>
- Lenguita, P. A. (2021). Feminismo en pandemia: Una manifestación en el territorio de los cuidados. En: *Libro abierto del futuro*. Comp. Grimson, A. Editorial Jefatura de Gabinete pp 237-247. Buenos Aires, Argentina. Disponible en: <https://ri.conicet.gov.ar/handle/11336/139532>
- Ley Básica de Salud N° 153 (Ciudad de Buenos Aires)
- Ley Orgánica de Comunas N° 1777 (Ciudad de Buenos Aires)

- Liborio, M. (2013). ¿Por qué hablar de salud colectiva? Rev. Méd. Rosario 79: 136-141. Disponible en: <http://www.circulomedicorosario.org/Upload/Directos/Revista/344befLiborio%20Salud%20Colectiva%20RMR%202013.pdf>
- López Orellana, O. (2016). Capítulo 1 en Salud colectiva y salud pública: ¿se está hablando de lo mismo? Editora María Carolina Morales Borrero, Bogotá: Universidad Nacional de Colombia (Sede Bogotá). Disponible en: <http://www.doctoradosaludp.unal.edu.co/wp-content/uploads/2018/04/Cuaderno-18.pdf>
- Lorde Andre (1979): Las herramientas del amo nunca desmontan la casa del amo. En Lorde Andre: La hermana, la extranjera. Traficante de sueños. Madrid.
- Lugones, M. (2008). Colonialidad y género. Tabula Rasa (9) pp. 73-101.
- Mackinnon, C. (1995). Hacia una teoría feminista del Estado. Ediciones Cátedra. Universidad de Valencia. Instituto de la mujer.
- Maldonado Torres, N. (2007). Sobre la colonialidad del ser: contribuciones al desarrollo de un concepto. En Arturo Escobar El giro decolonial. Reflexiones para una diversidad epistémica más allá del capitalismo global (pp. 127-167). Siglo del hombre.
- Mançano Fernandes, B. (2018). Sobre la tipología de los territorios. Programa de Posgrado en Geografía UNESP, San Pablo.
- Manzanal, M. (2016). El desarrollo desde el poder y el territorio. P. 157 Rofman [et al.] ; compilado por Adriana Rofman. 1º Edición Los Polvorines: Universidad Nacional de General Sarmiento, pp. 137-157 (Cuestiones Metropolitanas; 21) ISBN 978-987-630-228-9
- Marradi, A.; Archenti, N. y Piovani J.I. (2007). 10. La observación. En Metodología de las ciencias sociales. Buenos Aires: Emecé, pp. 191-202.
- Marradi, A.; Archenti, N. y Piovani J.I. (2007). 17. Otras formas de análisis. En Metodología de las ciencias sociales. Buenos Aires: Emecé, pp. 287-298.

- Martínez Carazo, P. C. (2006). El método de estudio de caso. Estrategia metodológica de la investigación científica. *Revista científica Pensamiento y Gestión*, (20), Universidad del Norte, pp. 165-193.
- Masso Guijarro, E. (2013). Superando el nacionalismo metodológico: Comunidades cosmopolitas de interacción en el barrio de Lavapiés. *Migraciones Internacionales*, Vol. 7, Núm. 2, julio-diciembre de 2013. Madrid, España.
- Menazzi, L. (2008). Construyendo al barrio: la postulación del barrio como territorio político durante la transición democrática. *Argumentos*, 10, pp. 1-24.
- Mendoza, B. (2014). La epistemología del sur, la colonialidad del género y el feminismo latinoamericano. En *Tejiendo de otro modo: Feminismo, epistemología y apuestas descoloniales en Abya Yala*. Editoras: Espinosa Miñoso, Y., Gómez Correal, D., Ochoa Muñoz, K. Popayán. pp. 91-104: Editorial Universidad del Cauca, Colombia.
- Menéndez E. L. (1988). Modelo Médico Hegemónico y Atención Primaria. Segundas Jornadas de Atención Primaria de la Salud. 30 de abril al 7 de mayo pp. 451- 464. Buenos Aires, Argentina.
- Menéndez, E. (1990). *Morir de alcohol: Saber y hegemonía médica*. México DF: Editorial Alianza Mexicana.
- Menéndez, E. (1995). Modelo hegemónico, crisis socio-económica y estrategias del sector salud. En: *Cuadernos Médicos Sociales*, 33
- Menéndez, E. y Spinelli, H. (2006). *Participación social ¿para qué?* Editorial Lugar. Argentina
- Merklen, D. (2005), *Pobres ciudadanos. Las clases populares en la era democrática. Argentina (1983-2003)*, Buenos Aires, Gorla
- Merlinsky, M. G. (comp.) (2013) *Cartografías del conflicto ambiental en Argentina*, Buenos Aires, Fundación ciccus.
- Modonesi, M. y Navarro, M. L. (2014). El Buen Vivir, lo común y los movimientos antagonistas en América Latina. Elementos para una aproximación marxista. En

- Molyneux, M. (2001). Género y ciudadanía en América Latina: cuestiones históricas y contemporáneas. *Debate Feminista*, Vol. 23 (ABRIL 2001), pp. 3-66. Disponible en: <http://www.jstor.org/stable/42624626>
- Montero, M. (2004). *Introducción a la Psicología Comunitaria*. Buenos Aires: Paidós.
- Morales, R. (1988). Todas corremos la misma suerte. En *Esta puente, mi espalda. Voces de mujeres tercermundistas en Estados Unidos*. Comp. Cherrie Moranga y Ana Castillo. Editorial Ismo. San Francisco, Estados Unidos
- Navarro, M. L. (2016). La producción de lo común en la ciudad: experiencias de autonomía urbana. En Street, S. (Ed.), *Con los ojos bien abiertos: ante el despojo, rehabilitemos lo común* (pp. 95-120). Guadalajara, México: Editorial Cátedra Jorge Alonso
- OPS/OMS (2004) en Argentina. Revista “A su salud” nº 8. Agosto-Septiembre 2004.
- Organización Mundial de la Salud. (1946). *Constitución en la Conferencia Sanitaria Internacional*. Nueva York, EEUU. Disponible en: <https://www.who.int/es/about/governance/constitution>
- Oszlak, O. (2004). *La formación del Estado argentino. Orden, progreso y organización nacional* (3ª Ed.) Buenos Aires: Planeta.
- Oszlak, O. y O'Donnell, G. (1981). *Estado y políticas estatales en América Latina: hacia una estrategia de investigación*, Buenos Aires, Centro de Estudios de Estado y Sociedad (cedes), CLACSO.
- Pagnamento, L. V. (2012). El trabajo de las Promotoras de salud municipales y la participación social: Análisis de caso [en línea]. VII Jornadas de Sociología de la UNLP, 5 al 7 de diciembre de 2012, La Plata, Argentina. En *Memoria Académica*. Disponible en: http://www.memoria.fahce.unlp.edu.ar/trab_eventos/ev.2164/ev.2164.pdf
- Pagnamento, L. V. (2012). El trabajo de las Promotoras de salud municipales y la Participación social: Análisis de caso [en línea]. VII Jornadas de Sociología de la UNLP, 5 al 7 de diciembre de 2012, La Plata, Argentina. En *Memoria Académica*. Disponible en: http://www.memoria.fahce.unlp.edu.ar/trab_eventos/ev.2164/ev.2164.pdf

- Paredes Carvajal, J. (2008). Hilando fino desde el feminismo comunitario. Comunidad Mujeres Creando Comunidad y CEDEC. La Paz, Bolivia.
- Paredes Carvajal, J. (s/f). Disidencia y feminismo comunitario. Comunidad Mujeres Creando Comunidad - Asamblea del Feminismo Comunitario, Bolivia.
- Pateman, C. (1995). El contrato sexual. Introducción de María-Xosé Agra Romero. Barcelona: Anthropos. Universidad Autónoma Metropolitana - Iztapalapa. México
- Pateman, C. (2009). Críticas feministas a la dicotomía público/privado en *El género en el derecho. Ensayos críticos*. Comp. Ávila Santamaría R., Salgado J. y Lola Valladares, L. pp. 34-68. Quito, Perú.
- Pérez Orozco, A. (2014). Subversión feminista de la economía. Aportes para un debate sobre el conflicto capital vida. Madrid, España: Traficante de Sueños.
- Phillips, A. (2022). La igualdad social es algo mucho más que aritmético. Podcasts: Entrevista en Radio Perfil FM 101.9 por Jorge Fontevicchia.
- Porto-Gonçalves, C. W. (2002). Territorialidades y luchas por el territorio en América Latina (pp. 29-64); De la geografía a las geografías. Un mundo en busca de nuevas territorialidades. En *La guerra infinita: hegemonía y terror mundial* comp. Ceceña, A. y Sader, E. CLACSO, Buenos Aires.
- Quijano, A. (1992). Colonialidad y modernidad/racionalidad. *Perú indígena*, 13(29), 11-20. Restrepo, E., & Martínez, A. A. R. (2010). Inflexión decolonial: fuentes, conceptos y cuestionamientos. Universidad del Cauca.
- Quijano, A. (2014). La colonialidad del poder y el eurocentrismo en América Latina. En: *La colonialidad del saber: eurocentrismo y ciencias sociales*. Perspectivas latinoamericanas. Comp. Lander, E. CLACSO. pp 201-246. Buenos Aires, Argentina.
- Quiroga Díaz, N. y Gago, V. (2014). Los comunes en femenino. Cuerpo y poder ante la expropiación de las economías para la vida. En *Economía y sociedad*. Vol. 19 N°. 45, (1-19), EISSN: 2215-3403. www.revistas.una.ac.cr/economia
- Rattini, A. (2022). De la heterogeneidad a la totalidad social abierta. Un potencial núcleo de renovación teórica. En “Interpelaciones críticas a las ciencias sociales y las humanidades desde América Latina” pp. 117-139. Comp. Gramaglia, P. Editorial Teseo. ISBN 978-987-723-344-5. Ciudad Autónoma de Buenos Aires, Argentina.

Ray, R. y Qayum, S. (2009). Cultures of servitude. En Cultures of servitude. Standford Press.

Registro cuaderno de campo, periodo 2021-2022

Resolución 121/2020. Ministerio de Desarrollo Social de la Nación. Potenciar Trabajo.

Disponible en: <https://www.argentina.gob.ar/desarrollosocial/potenciartrabajo>

Resolución 631/2003. Creación del programa de salud ambiental (CABA). Secretaria de Salud de la Ciudad Autónoma de Buenos Aires. Disponible en: <https://e-legis-ar.msal.gov.ar/hdocs/legisalud/migration/html/11070.html>

Rodríguez Enríquez, C. (2015). Economía feminista y economía del cuidado. Aportes conceptuales para el estudio de la desigualdad. Nueva Sociedad N° 256, marzo-abril, ISSN: 0251-3552. Argentina.

Rodríguez Guerra, J. (2001). La crisis del Estado de Bienestar. La desorientación de la socialdemocracia. En Capitalismo Flexible y Estado de Bienestar. Granada: Comares.

Rofman, A. (2016). Participación, políticas públicas y territorio : aportes para la construcción de una perspectiva integral / Adriana Rofman ... [et al.] ; compilado por Adriana Rofman. – 1° edición Los Polvorines: Universidad Nacional de General Sarmiento, pp. 137-157 (Cuestiones Metropolitanas; 21) ISBN 978-987-630-228-9

Rubio, J. (2020). ¿Qué es Abya Yala y qué significa luchar desde este territorio? Malvestida (19 de agosto de 2020) <https://malvestida.com/2020/08/que-es-abya-yala-lucha-descolonial/>

Ruiz Olabuénaga, J. I. (2012). La entrevista, en Metodología de la investigación cualitativa. Bilbao: Universidad de Deusto, pp. 165-190.

Segato, R. (2015). La crítica de la colonialidad en ocho ensayos. Y una antropología por demanda. Prometeo Libros. Ciudad Autónoma de Buenos Aires.

Segato, R. (2018): Pedagogía y contra pedagogías. Lobo suelto. Buenos Aires.

Segato, R. (2019). La politicidad feminista no puede ser una política del enemigo. La vanguardia. Disponible en: [https://lavanguardiadigital.com.ar/index.php/2019/03/08/rita-segato-la-politicidad-feminista-no-puede-ser-una-politica-del-enemigo-sino-inevitablemente-nos-construiremos-como-fascismo/](https://lavanguardiadigital.com.ar/index.php/2019/03/08/rita-segato-la-politicidad-feminista-no-puede-ser-una-politica-del-enemigo-sino-inevitavelmente-nos-construiremos-como-fascismo/)

- Segato, R. (22 de enero de 2022). Crueldad: pedagogías y contra-pedagogías. Disponible en: <https://lobosuelto.com/crueldad-pedagogias-y-contra-pedagogias-rita-segato/>
- Sherwin, E. (2014). Promoción de la salud en la Ciudad de Buenos Aires: un estudio sobre el trabajo de los promotores de salud y las percepciones de su rol en la comunidad. Independent Study Project (ISP) Collection. 1994. https://digitalcollections.sit.edu/isp_collection/1994
- Shore, C. (2010). La antropología y el estudio de la política pública: reflexiones sobre la formulación de las políticas. Antípoda. Revista de Antropología y Arqueología, núm. 10, enero-junio, 2010, pp. 21-49. Universidad de Los Andes. Bogotá, Colombia. Disponible en: <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=81415652003>
- Silva Paim, J. (2004). Medicina comunitaria. Introducción a un análisis crítico. Salud Colectiva N° 5, pp. 121-6, 2009. Editorial Salud Colectiva. Buenos Aires.
- Skeggs, B. (2019). Mujeres respetables: clase y género en los sectores populares editado por Débora Gorban. 1° edición Los Polvorines : Universidad Nacional de General Sarmiento, Argentina.
- Soler, C. (s/f). Penas encimadas. Disponible en: <http://www.gloriosas.com.py/penas-encimadas/>
- Soliz Torres, F. (2020). La determinación social de la salud: la comprensión de la complejidad de la vida. Revista Ciencias de la Salud, vol. 18, 1-3, Universidad del Rosario, Colombia.
- Sopransi, M. B. y Lenta, M. M. (2010). La participación social en salud desde la perspectiva de las organizaciones populares.
- Spinelli, H. (2010). Las dimensiones del campo de la salud. Salud colectiva. Vol. 6, Núm 3, septiembre-diciembre, pp. 275-293. Universidad Nacional de Lanús. Argentina.
- Svampa, M. (2005). La sociedad excluyente. Argentina bajo el signo del neoliberalismo. Editorial Taurus, Buenos Aires.
- Svampa, M. y Pereyra, S. (2003). Entre la ruta y el barrio. La experiencia de las organizaciones piqueteras. Buenos Aires, Biblos.

Tapia Mealla, L. (2008). Una deconstrucción punk de la razón política neoliberal. CLACSO. Editorial Muela del Diablo. La Paz, Bolivia.

Tiempo Argentino (30 de agosto de 2020). Están prohibidos, pero en cuarentena siguen los desalojos. Disponible en: <https://www.tiempoar.com.ar/informacion-general/estan-prohibidos-pero-en-cuarentena-siguen-los-desalojos/>

Ugalde, A. (1985). Las dimensiones ideológicas de la participación comunitaria en los programas de salud de Latinoamérica. En Cuaderno médicos sociales Núm 41. Rosario, Argentina.

Ulloa, F. (1996). Novela clínica psicoanalítica. Historial de una práctica. Buenos Aires, Argentina.

Uzcátegui, J.L. (2005). Salud y participación popular. Hacia una ciudadanía plena. En Cuadernos para la Emancipación Salud, Venezuela.

Vasilachis Di Gialdino, I. (2006). Estrategias de investigación cualitativa. Editorial Gedisa, Barcelona, España

Verzeñassi, D. (s/f). Módulo Salud socio-ambiental. Ley Yolanda 27.592.

Zavaleta Mercado, R. (1986). Lo nacional popular en Bolivia. Editorial Siglo XXI

Ziccardi, A. (2004). Participación ciudadana y políticas sociales del ámbito local. Instituto de investigaciones sociales de la Universidad Nacional Autónoma de México. Instituto Nacional de Desarrollo Social Mexicano. De Ciencias Sociales.