

¿Partici-pasión o participación? Mujeres y participación comunitaria en salud

¿Partici-pasión o participation? Women and community participation in health

Natalia Bianchini

Fecha de presentación: 20/02/24

Fecha de aceptación: 02/10/24

Resumen

El presente escrito está dispuesto a ser “el agua-fiestas” de la participación buscando recuperar los discursos -incómodos- de mujeres cisgénero que participan de dos programas de salud comunitaria en el marco de dos efectores de Atención Primaria de la Salud de la Ciudad Autónoma de Buenos Aires. El objetivo principal es reflexionar sobre el modo de vinculación entre el Estado, la Salud pública y la Participación Comunitaria de mujeres cisgénero, expresando de manera analítica y empírica diferentes tensiones que dicha relación supone a lo largo del tiempo y en el caso particular que nos compete. Se mira la *¿Partici-pasión o participación?* en clave de las tensiones de autonomía-heteronomía que se dirimen en estos procesos colectivos y los atravesamientos a lo largo del Aislamiento Social, Preventivo Obligatorio (ASPO).

Palabras clave

Participación comunitaria, salud, estado, trabajo social.

Abstract

This writing is willing to be the “party water” of participation, seeking to recover the -uncomfortable- discourses of cisgender women who participate in two community health programs within the framework of two Primary Health Care providers of the Autonomous City. from Buenos Aires. The main objective is to reflect on the mode of connection between the State, Public Health and Community Participation of cisgender women, expressing in an analytical and empirical way different tensions that this relationship entails over time and in the particular case that concerns us. You look at Participation-passion or participation? in key of the tensions of autonomy-heteronomy that are resolved in these collective processes and the crossings throughout the Mandatory Preventive Social Isolation (ASPO).

Keywords

Community participation, health, state, social work.

Introducción

El presente escrito se centra en el análisis de la Participación Comunitaria de mujeres en Salud (PCS) vinculada a dos programas: Salud Ambiental y Equipo Ampliado de Salud Comunitaria implementados en los 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 inicia con los relatos —incomodos, diversos y contradictorios— de las mujeres cisgénero protagonistas de los programas mencionados acerca de sus experiencias 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 distanciándome 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 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. Se pretende mirar la participación desde un paradigma contrahegemónico que ponga en el centro en la autonomía/heteronomía que se dirime en los procesos de participación de las personas, en este caso mujeres cisgénero promotoras de salud.

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. El estudio 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 continuación, se recuperan las características de los programas de salud objeto de estudio para analizar.

Sobre los programas de salud comunitaria

En este apartado se caracterizan los dispositivos sobre los cuales se analiza la Participación Comunitaria en Salud (PCS): 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 ambiente¹ desde una perspectiva de Atención Primaria Ambiental (APA)². 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 vecinos autoconvocados. Actualmente está conformado por una socióloga, una trabajadora social, tres promotoras de salud, una antropóloga, una 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 actividades³ 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, en el 2020, 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, quienes participan son parte de los procesos de desigualdad social, racial y de género, y deben actuar frente a estos problemas que son parte de sus vidas, aunque

¹ 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.

² 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).

³ 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 N° 35, 2018).

dichos sujetos o grupos no suelen ser los que generaron las condiciones que dan lugar a la existencia de dichos problemas (Menendez y Spinelli, 2006).

Esto 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 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 de las promotoras 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)⁴ y presentación de reclamos a distintas áreas de gobierno (Equipo de Salud Ambiental CeSAC N° 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 (Noelia, comunicación personal, octubre 2022). Por ende, 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

⁴ Agua no segura y pandemia: https://www.youtube.com/watch?v=gr06rEtZnWI&ab_channel=LANACION

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, septiembre 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, P. 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 mortificación⁵ en una actitud resolutoria, 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, 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

⁵ 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.

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), siendo 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, y aún hoy en día continúan arrojando residuos. 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 pujan por sostener el statu 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 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, años más tarde, 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 la disposición de los miembros del equipo de trabajo (Omar, comunicación personal, junio de 2023).

En el 2020, 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, agosto 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 problemáticas⁶ 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).

La participación social comunitaria como respuesta a los estereotipos neoliberales

En este apartado, se retoman los aportes de Sopransi y Lenta (2010) quienes 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

⁶ 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.

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 Hije (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 los usuarios 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. (...) “porque yo gano esto y hago hasta acá” no es fácil hacerle entender a la compañera que esto es por la salud de los vecinos y el barrio” (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. “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 podés 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 sólo en las reuniones de salud del EASC y en las capacitaciones porque me tengo que dividir, tengo otros dos laburos” (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 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 económicas⁷ 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 siento parte, nadie juzga a nadie” (Karen, comunicación personal, 22 de junio de 2023). Esta posición invita a pensar 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, “tuvieron una reunión y me van a avisar si sigo participando del CeSAC N° 10 o directamente de Villa 21-24, 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

⁷ Algunas refieren que poseen otros trabajos remunerados, o venta ambulante de productos elaborados por ellas y comprados.

espacios colectivos de pertenencia de las promotoras de salud de las organizaciones. 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, me gustaría estar en salud. Trabajar con gente. Si me cambio, es por las exigencias de actividades militantes⁸ y por lo económico que no alcanza (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” (p. 242). Entonces, desde los feminismos 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 distribución de los cuidados equitativamente.

¿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.

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

⁸ Hace referencia a: marchas, cortes, reuniones, entrega de volante, campaña política.

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, estando adentro nos comunicamos con “el afuera” a través de su diagnóstico. Solo había organizaciones sueltas trabajando, 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, recorridos barriales para el diagnóstico de necesidades y detección temprana de COVID, entrega de bolsones de higiene/alimentación. Luego, se comenzó a articular con el operativo DETeCTAr⁹ 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).

⁹ 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>

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 asistencial. La persona que se acercaba a consultar era una peligróse que nos podía contagiar y había que tratar que salga lo más rápido que se pueda del centro de salud” (Noelia, comunicación personal, 26 de junio de 2023).

Tanto el Equipo de Salud Ambiental del CeSAC N° 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).

Todo concluye al fin

¿Todo termina? Pues no, lo único que finaliza es un -efímero- estudio; 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.

A lo largo de este escrito, se describen los programas de salud comunitaria objeto de estudio para reflexionar desde los discursos de las promotoras sobre la Participación Comunitaria en Salud, los atravesamientos de la pandemia y la tensión entre procesos de autonomía-heteronomía dentro de los programas de salud comunitaria.

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 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. 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 N° 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.

Lista de referencias

- 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*, (75), 5-30.
- 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. En Passos Nogueira, Roberto (ed.) *Determinacao social da saúde e reforma sanitária* (pp. 87-126). Río de Janeiro: Centro Brasileiro de Estudos de Saúde-CEBES.
- Bertolozzi, M. R y De la Torre Ugarte Guanilo, M. C. (2012). *Salud colectiva: fundamentos conceptuales*. Salud Areandina, 24-36. Colombia.
- CIPPEC. (2020). Radiografía de la pobreza: quiénes son los más afectados por la crisis de la pandemia. Recuperado de: <https://www.cippec.org/textual/radiografia-de-la-pobreza-quienes-son-los-mas-afectados-por-la-crisis-de-la-pandemia/>
- Cravino, M. C. (2008). Los mil barrios (in)formales. UNGS: Los Polvorines.
- Dalla, C. (2020). *Pensar el Trabajo Social en el contexto del COVID-19*. Recuperado de: <https://www.trabajo-social.org.ar/wp-content/uploads/2020-Dalla-Cia-El-Trabajo-Social-en-contexto-de-COVID-19.pdf>
- Escudero, J. C. (mayo 2005). Salud colectiva: Donde eficiencia y justicia social van de la mano. *Encrucijadas*, (32). Universidad de Buenos Aires. Disponible en: <http://repositoriuba.sisbi.uba.ar>
- Ferrara, F. (1993). Teoría política y salud. *Tomo segundo: abordando la salud*. Buenos Aires: Catálogos.

- Informe de la experiencia para jornadas médicas Penna Equipo Ampliado de Salud Comunitaria. (2022). Mimeo
- Laurell, A. C. (1982). La salud-enfermedad como proceso social. *Cuadernos Médicos Sociales*, (19).
- Lenguita, P. A. (2021). Feminismo en pandemia: Una manifestación en el territorio de los cuidados. En *Libro abierto del futuro*. Grimson, A. (Comp). 237-247. Buenos Aires: Editorial Jefatura de Gabinete. Recuperado de: <https://ri.conicet.gov.ar/handle/11336/139532>
- Manzanal, M. (2016). El desarrollo desde el poder y el territorio. 1° Edición. Rofman, A (comp). 137-157. Universidad Nacional de General Sarmiento: Los Polvorines.
- Menéndez, E. (1995). Modelo hegemónico, crisis socio-económica y estrategias del sector salud. *Cuadernos Médicos Sociales*, (33).
- Menéndez, E. y Spinelli, H. (2006). Participación social ¿para qué? Argentina: Editorial Lugar
- Merlinsky, M. G. (comp.). (2013) Cartografías del conflicto ambiental en Argentina. Buenos Aires: Fundación CICCUS.
- Merhy, E. (2016). *Trabajo, producción del cuidado y subjetividad en salud*. Ciudad Autónoma de Buenos Aires: Editorial Lugar.
- Montero, M. (2004). *Introducción a la Psicología Comunitaria*. Buenos Aires: Paidós.
- Oszlak, O. y O'Donnell, G. (1981). *Estado y políticas estatales en América Latina: hacia una estrategia de investigación*. Centro de Estudios de Estado y Sociedad. CLACSO. Buenos Aires.
- 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. Gramaglia, P (Comp.). Ciudad Autónoma de Buenos Aires: Editorial Teseo.
- Resolución 121/2020. Ministerio de Desarrollo Social de la Nación. Potenciar Trabajo. Recuperado de: <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 Recuperado de: <https://e-legis-ar.msal.gov.ar/hdocs/legisalud/migration/html/11070.html>
- Silva Paim, J. (2009). Medicina comunitaria. Introducción a un análisis crítico. *Salud Colectiva* 5(1), 121-126. Buenos Aires: Editorial Salud Colectiva.
- Sopransi, M. B. y Lenta, M. M. (2010). La participación social en salud desde la perspectiva de las organizaciones populares. Recuperado de: <https://www.semanticscholar.org/paper/La-participación-social-en-salud-desde-la-de-las-Sopransi-Lenta/278e426671f90758d7a7cdf357a3d0eef9bcf878>
- Spinelli, H. (2010). Las dimensiones del campo de la salud. *Salud colectiva*. 6 (3), 275-293. Universidad Nacional de Lanús. Argentina.
- Svampa, M. y Pereyra, S. (2003). *Entre la ruta y el barrio. La experiencia de las organizaciones piqueteras*. Buenos Aires: Biblos.
- Ugalde, A. (1985). Las dimensiones ideológicas de la participación comunitaria en los programas de salud de Latinoamérica. *Cuaderno médicos sociales*, (41). Rosario, Argentina.

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

Cita recomendada

Bianchini, N. (2024). ¿Partici-pasión o participación? Mujeres y participación comunitaria en salud. *Conciencia Social. Revista digital de Trabajo Social*, 8 (15). 61-77. Recuperado de: <https://revistas.unc.edu.ar/index.php/ConCienciaSocial/article/view/46960> ISSN 2591-5339

Esta obra está bajo la licencia Atribución-Compartir Igual 4.0 Internacional. La que permite compartir, copiar, distribuir, alterar, transformar, generar una obra derivada, ejecutar y comunicar públicamente la obra, siempre que: a) se cite la autoría y la fuente original de su publicación (revista, editorial y URL de la obra); b) se mantengan los mismos términos de la licencia. La licencia completa se puede consultar en: <https://creativecommons.org/licenses/by-sa/4.0/>

Sobre la autora

Natalia Bianchini

Argentina. Licenciada en Trabajo Social. Residente de salud pública del Hospital General de Agudos “Dr. José María Penna”. Trapecista. Correo electrónico: nataliabianchini.arg@gmail.com

