

## De qué lado te encontrarás.

### Aportes sobre la participación comunitaria

Por Natalia Bianchini (\*)

*Un pilar fundamental del Trabajo Social es la participación comunitaria. La pandemia trajo nuevas demandas, necesidades y urgencia a la sociedad. En este contexto el trabajo de Bianchini realiza un análisis histórico de la tensión entre la autonomía - heteronomía en las experiencias participativas, para centrarse en las realizadas por las promotoras del Centro de Salud y Acción Comunitaria (CeSAC) N° 10 de la Ciudad Autónoma de Buenos Aires. Desde una mirada feminista, el artículo propone la participación comunitaria en Trabajo Social como un eje de la atención primaria de la salud. Con el objetivo de presentar un marco integrador, expone conceptos y formas de interactuar entre sus integrantes para confeccionar las tareas que fortalecen la labor comunitaria. Un recorrido por reflexiones acerca de la división social, de género y raza del trabajo; la coyuntura neoliberal; el mercado; el rol del Estado; los derechos sociales; la tensión entre autonomía-heteronomía y el rol del Trabajo Social.*

## **Introducción**

El trabajo se enmarca dentro de un proceso de reflexión vinculado a la rotación del segundo nivel de la residencia de Trabajo Social. Estará centrado en la participación comunitaria de las promotoras del Centro de Salud y Acción Comunitaria (CeSAC) N° 10 de la Ciudad Autónoma de Buenos Aires. La inquietud principal es analizar la tensión entre la autonomía - heteronomía en las experiencias participativas de las promotoras de dicho centro, tanto históricas como actuales. En el primer apartado se construye el marco epistémico feminista que recupera los aportes de los feminismos sobre la división social, de género y raza del trabajo y la importancia del cuidado en el sostenimiento del sistema capitalista. En el segundo apartado se realiza una reconstrucción histórica de la coyuntura neoliberal, haciendo referencia a los cambios en el mercado laboral, el rol del Estado en materia de derechos sociales, las modificaciones en la Atención Primaria de la Salud y los discursos (neoliberales) sobre participación. En el tercer apartado se caracterizan las experiencias participativas que se analizarán desde ciertas claves teóricas. En el cuarto y último apartado se reflexiona sobre la participación, sus posibles tendencias, la tensión entre autonomía - heteronomía y el rol del Trabajo Social.

La metodología utilizada es de corte cualitativa, a partir de un abordaje analítico basado en la intervención. La información recabada es producto de la realización de entrevistas/conversaciones informales con profesionales y promotoras que participan del Equipo Ampliado de Salud Comunitaria o que participaron anteriormente de equipos de salud comunitaria del efector. A su vez, se recuperan registros y sistematizaciones institucionales y personales.

## **División social, racial y de género del trabajo**

La instalación del capitalismo en nuestra América no fue una mera transición histórica de una etapa a otra. Por el contrario, la modernidad occidental impuesta a partir del genocidio de 1492, implicó la instalación de un nuevo ordenamiento capitalista, colonial y heteropatriarcal en el territorio que se llamaba Abya Yala (tierra madura). De modo que un patrón de poder estableció diferencias sostenidas en las ficciones<sup>1</sup> de la raza, género, clase

---

<sup>1</sup> Anibal Quijano (1992) introduce la noción de “ficción” para referir a la raza. Lo que el pensador buscó señalar con esta nominación fue la formulación de un marcador de diferencia que, al inscribirlo en el orden de lo

social, entre otras matrices de opresión (Quijano, 2014; Lugones, 2008). En esta línea, sostiene Federici (2010) la acumulación originaria - de la que habló Marx - no solo fue un proceso extractivo de materias primas hacia los países centrales sino que, también produjo un profundo cambio en la **división social del trabajo**. Desde entonces, se escindió el trabajo productivo del reproductivo, y este último fue devaluado y feminizado al someter a las mujeres como sus responsables naturales.

En este aspecto, las corrientes de Economía Feminista (Carrasco, 2003; Rodríguez Enríquez, 2015; Pérez Orozco, 2014) han contribuido a visibilizar que las actividades consideradas reproductivas reducidas al ámbito privado, en verdad contribuyen de forma directa al mantenimiento del capitalismo. Por lo cual afirman que este sistema se “sostiene” en base a una distribución injusta e insostenible de los sistemas de cuidado (Phillips, 2022). A su vez, en términos económicos se trata de una porción significativa de los PBI de los países. Particularmente en Argentina, según el informe elaborado por la Dirección de Economía, Igualdad y Género (2020), el trabajo doméstico y de cuidados no remunerado (TDCNR) representa 15,9% del PIB y es el sector de mayor aporte en toda la economía.

Lo mencionado anteriormente pretende contribuir al marco epistémico feminista desde el cual comprender dos aspectos centrales: por un lado, cómo se construye social e históricamente el rol de la mujer como cuidadora; y por otro, la división (social, racial y de género) del trabajo y la invisibilización de las tareas reproductivas. Desde este posicionamiento teórico-político se analizará, en adelante, las dos experiencias participativas de los promotores de salud del CeSAC N° 10.

A continuación, se propone realizar un recorte histórico situado en el contexto de crisis socioeconómica durante los años noventa en Argentina. Particularmente se hará una breve referencia a ciertos cambios en el mercado laboral, el rol del Estado en materia de derechos sociales, las modificaciones en la Atención Primaria de la Salud y los discursos (neoliberales) sobre la participación.

---

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.

## Reconstrucción socio-histórica

### Sobre las mujeres y mercado laboral

En los noventa, en el marco de un contexto de precarización laboral, desempleo, privatización de empresas estatales, entre otros aspectos, los gobiernos neoliberales comienzan a fomentar activamente la “participación” de la sociedad civil. Así, tras la idea de construir una ciudadanía activa, se desdibujaba el lugar central del aparato estatal en la garantía de los derechos. Es decir, fue una marca de época el desarrollo de políticas estatales que recargaban sobre las organizaciones sociales la garantía de acceso a la alimentación, la salud, la vivienda, entre otros derechos no garantizados por el Estado (Anzorena, 2013).

En simultáneo al retraimiento del Estado en materia de derechos sociales, la crisis atenta contra el sostenimiento económico de las unidades domésticas, en su mayoría encabezadas por la figura masculina del hogar. La situación de desempleo y precarización laboral que sufrieron muchos varones implicó que las mujeres debieron generar otros (o los únicos) ingresos económicos para sostener a sus familias. No obstante, la inclusión de las mujeres en el mercado laboral no significó la modificación de las condiciones laborales (históricamente) desiguales entre hombres y mujeres<sup>2</sup> ni tampoco, una redistribución equitativa de las tareas de cuidado (Federici, 2010). Tal como sostiene Paredes Carvajal (s/f) las mujeres son 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 se sostienen tras la narrativa del “empoderamiento”, al utilizar a las mujeres como mano de obra barata para seguir “engrasando el motor de la acumulación capitalista” (p. 133).

De esta forma, se naturaliza en el cotidiano de las mujeres -principalmente- de sectores populares la triple jornada laboral<sup>3</sup>, ya que son quienes participan de diferentes espacios colectivos organizando estrategias para resolver las necesidades más urgentes de sus territorios. Así, lejos de ser un proceso democratizador, la propuesta de participación de los gobiernos neoliberales se acercaba más a una ciudadanía restringida (Svampa, 2005) con

---

<sup>2</sup> “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->

<sup>3</sup> Me refiero a trabajo reproductivo, productivo y comunitario.

escaso poder de decisión en los asuntos de política pública y alta capacidad de organización colectiva. Por ende, pese a las resonancias positivas que casi automáticamente generan, la “participación” es una categoría atravesada por profundas ambivalencias (De Marinis, 2005). Es por ello que el sentido de la participación no puede ser analizado aisladamente sino inserto en determinada coyuntura en la cual se produce y reproduce (Pagnamento, 2012).

### **Sobre la descentralización de las políticas y regionalización territorial de la salud**

Ahora bien, interesa en este punto reconstruir los cambios ocurridos en materia de políticas de salud, para comprender el proceso de incorporación de la Participación Comunitaria en la Atención Primaria de la Salud (APS).

Tal como se mencionó anteriormente, los procesos participativos “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. Particularmente en el campo de la salud a nivel mundial, en 1978 se realiza la Conferencia Internacional de APS en Alma Ata<sup>4</sup>. En ese encuentro se construye una definición de APS como “el cuidado de la salud basada en tecnología apropiada y costoefectiva, siendo el primer componente de un proceso continuo de atención a la salud, con acceso garantizado a todos los individuos y familias en la comunidad a través de su comprometida participación” (Castrillo, 2013, p. 9). A partir de ello, la Participación Comunitaria en Salud (PCS) cobra relevancia y se constituye como una estrategia principal para alcanzar el propósito de “Salud para todos en el año 2000”, es decir, pieza fundamental para garantizar la accesibilidad de los servicios de salud a toda la población (Tejada de Rivero, 2018).

En Argentina, en simultáneo con el renovado interés del gobierno por la participación en diferentes áreas, incluso en el ámbito de la salud, se privatizaron numerosos bienes y servicios, avasallando derechos conquistados (Pagnamento, 2012). Así, la incorporación de

---

<sup>4</sup> El encuentro convocado por la Organización Mundial de la Salud, el Fondo de las Naciones Unidas para la Infancia (UNICEF por sus siglas en inglés) y el gobierno de la Unión de Repúblicas Socialistas Soviéticas (URSS); contó con la participación de 134 países, 67 organismos internacionales y decenas de organizaciones no gubernamentales y marcó un hito en la atención de la salud a nivel mundial (OPS/OMS, 2004)

“promotores de salud” en las políticas de APS implicó -principalmente- la desresponsabilización del Estado, delegando en la comunidad funciones y tareas previamente garantizadas mediante políticas públicas.

Como contrapartida a la participación de la sociedad civil, el Estado debería descentralizar sus funciones y la provisión de bienes y servicios para fortalecer nuevos espacios de interacción. Pero junto a la idea de descentralización se incorpora la idea de focalización en materia de políticas: a mayor descentralización, mayor y más precisa debe ser la focalización. El Estado debe actuar exclusivamente para llegar a los sectores más pobres y excluidos (Pagnamento, 2012, p. 48)

Por su parte, dentro del escenario local, son centrales dos procesos de reestructuración política, administrativa y territorial: la regionalización territorial sanitaria y la redistribución institucional de la ciudad (Bonazzola, 2010). En cuanto al primero, está referido en el artículo 27 de la Ley Básica de Salud N° 153 (CABA). 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. (Ley Básica de Salud N° 153)

Este proceso de regionalización territorial sanitaria comenzó con la creación de las áreas programáticas en 1988, momento en el cual se configuraron doce áreas, una por cada hospital general de agudos (Bonazzola, 2010).

En cuanto al segundo proceso a 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:

- 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, tanto administrativa (comunas) como sanitaria (áreas programáticas) estableció un nuevo marco institucional que transformó el sistema de salud y de gobierno (Bonazzola, 2010).

En resumen, en este apartado se buscó visibilizar ciertos cambios sucedidos a partir de la agudización del régimen neoliberal en el mercado laboral, las unidades domésticas, el lugar de las mujeres en la sociedad, las políticas públicas en general y de salud en particular. De esta forma, se pudo exponer la contradictoria relación entre participación y neoliberalismo en Argentina, ya que aunque el Estado sostiene una “posición favorable” de promoción de la participación, esto va de la mano con la descentralización-desmantelamiento y focalización de las políticas sociales. Por esto, en adelante se avanzará en algunas claves teóricas introductorias sobre el concepto de participación, para comprender la importancia de explicitar el sentido que subyace en las políticas de participación. Luego, se describe y reflexiona sobre las dos experiencias participativas objeto de análisis.

### **Participación comunitaria en salud en el CeSAC 10**

Antes de caracterizar las experiencias mencionadas, es oportuno señalar que la participación es una categoría que puede asumir diversos significados según quién y cómo la defina y, a su vez, qué discursos y prácticas se encuadren dentro de ella. En esta línea, Bronfman y Gleizer (1994) identifican dos grandes posicionamientos en torno a la participación comunitaria: por un lado, dentro de quienes sostienen *una posición favorable* a la inclusión de la participación comunitaria se identifican tres concepciones: 1) la que privilegia en su argumentación los aspectos políticos y sociales de la participación, concibiéndola como una actividad necesaria por sus efectos democratizadores sobre la sociedad; 2) la que considera a la participación como una estrategia que brinda mayores posibilidades de éxito a los programas; y 3) la que bajo una argumentación de apoyo a la participación, esconde una intención de control social y político de la población.

Por el otro, dentro de quienes rechazan la participación comunitaria, se recuperan varios argumentos distintos: 1) quienes interpretan a la participación comunitaria como una excusa para manipular política y socialmente a la comunidad; 2) la concepción que rechaza la inclusión de la participación comunitaria por considerar que las consecuencias para la salud de los programas que utilizan esta estrategia son negativas, ofreciendo servicios de segunda clase o de baja calidad.

Así, este estudio “Participación comunitaria: ¿necesidad, excusa o estrategia? O de qué hablamos cuando hablamos de participación comunitaria” busca interpelar la linealidad del sentido común que supone comprender que, los posicionamientos “a favor” son generalmente, progresistas/ de izquierda, y en cambio quienes están “en contra” son, en su mayoría conservadores, dando cuenta de la complejidad del término “participación” (Bronfman y Gleizer, 1994). Teniendo en cuenta esto, seguidamente se describen y analizan las dos experiencias participativas de las promotoras de salud en el CeSAC N° 10 ubicado en barrio Constitución (Comuna 1<sup>5</sup>) zona sur de la Ciudad Autónoma de Buenos Aires.

Cabe señalar que es uno de los barrios más antiguos de la ciudad y con altos niveles de tránsito diario, ya que allí radican muchas líneas de colectivos, subterráneos, tren y metrobús que conectan el centro, la zona sur de la ciudad y el conurbano bonaerense. Limita con los barrios de Barracas y Parque Patricios, donde se ubican diferentes hospitales de alta complejidad a los cuales concurren residentes de la ciudad, del interior del país y migrantes de países limítrofes<sup>6</sup>.

---

<sup>5</sup> La misma es muy desigual entre las características de los barrios que la integran. Por un lado, posee el valor del metro cuadrado 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 ciudad, 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 -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 33% no accede a la canasta básica de consumo y 13% tiene una tenencia irregular de sus viviendas. A su vez, concentra 8% de viviendas deficitarias y 11,8% de los hogares vive en condiciones de hacinamiento (Rodríguez, 2015, p. 21).

<sup>6</sup> Según trabajadores de la salud del Cecas N° 10, la población que reside está conformada, en su mayoría, por migrantes de países limítrofes -como Perú, Bolivia, Paraguay- o Senegal, cuyos principales trabajos se vinculan a la venta ambulante en las inmediaciones de la estación de tren Roca y las paradas de colectivos urbanos cercanas a Plaza Constitución (Registro de campo, 2021). 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 campo, 2021)

Ahora bien, para este trabajo interesa enfatizar tres aspectos: a) la conformación de los espacios colectivos de participación comunitaria (quiénes forman parte de estos espacios de trabajo intersectorial e interinstitucional); b) marco institucional-organizativo en el cual se encuadra la participación (qué actores dieron origen o promovieron estos procesos participativos); c) tareas, responsabilidades y nivel de reconocimiento institucional (desde qué lugar se las convocó, qué tareas y responsabilidades asumieron y asumen, qué legitimidad tienen dentro del efector) y d) nivel de decisión (en qué medida las promotoras de salud eligen este espacio de participación).

## **Caracterización de las experiencias participativas**

### ***Las históricas***

Según los relatos obtenidos en las conversaciones con promotoras y profesionales de la salud, las primeras promotoras de salud incorporadas en el CeSAC N° 10 eran beneficiarias del Plan Jefes y Jefas de Hogar<sup>7</sup> (Decreto 565/2002). Este grupo de mujeres realizaba tareas sociocomunitarias de contraprestación en el marco del subsistema de salud pública de la ciudad. Particularmente en el CeSAC N° 10 alcanzaron a participar 32 promotoras de salud, quienes construyeron en conjunto con profesionales diferentes líneas de acción y estrategias

---

Teniendo en cuenta los datos de hacinamiento, la Comuna 1 mostró los niveles de hacinamiento y hacinamiento crítico (ASIS CABA 2016). El barrio se caracteriza por la presencia de viviendas multifamiliares-colectivas, 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 viviendas alcanza a 103 963 personas, lo que significa 10% de las inquilinas de la Ciudad. Específicamente en el barrio de Constitución, 22% de los hogares del barrio habitan esta tipología de vivienda (12,6% en piezas de 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 caracteriza por tener mal estado edilicio, escasa ventilación, condiciones de hacinamiento y baño y cocina compartidos 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 o jóvenes. Así, esta problemática de acceso a la vivienda digna se constituye en una de las características principales de la zona.

<sup>7</sup> 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>

de promoción y prevención dentro de la Atención Primaria de la Salud. Para organizar el trabajo se realizó un diagnóstico participativo donde surgen cinco problemáticas principales a abordar: 1) desnutrición, 2) inmunización y enfermedades transmisibles, 3) salud sexual, 4) consumo problemático y 5) violencia entre pares (conflictos entre inquilines de hoteles). Luego de ello se formaron cinco equipos de trabajo que funcionaron entre 2003 y 2009.

Según la mirada de informantes, la cesación de esta primera experiencia comunitaria se debe a diferentes motivos. Uno de ellos fue el desgaste/cansancio de integrantes del equipo, y otro fue el reconocimiento institucional y económico de las promotoras. Es decir, en 2009 el gobierno de la ciudad incorporó como trabajadoras en relación de dependencia a las promotoras de salud. El “pase a planta” modificó inmediatamente las condiciones laborales contractuales, dignificando la tarea comunitaria y conquistando una lucha histórica de las organizaciones sociales. Sin embargo, también generó un cambio en las tareas y responsabilidades que realizaban. A partir de entonces se abocaron principalmente a tareas administrativas y, si bien algunas sostenían cierto aporte en las actividades comunitarias, no destinaban ni destinan mucho tiempo de su jornada laboral (Registro de campo, 2021-2022).

### ***Las actuales***

La situación de pandemia por Covid-19 y la implementación de las medidas de Aislamiento Social Preventivo y Obligatorio (ASPO) tuvieron un fuerte impacto en la vida cotidiana de las personas, al agravar las condiciones de vida que estructuralmente existen en el barrio de Constitución. En este marco, las organizaciones sociales del barrio, junto con quienes trabajaban en el CeSAC 10, se organizaron para formar la Red de Organizaciones de Constitución, con el propósito de dar respuesta a las consecuencias de la emergencia sociosanitaria. A partir de esta práctica, se fue conformando el Equipo Ampliado de Salud Comunitaria (EASC), integrado por quienes trabajan en organizaciones sociales, profesionales y residentes del centro de salud. El objetivo principal es abordar las problemáticas sociales que inciden en las condiciones de vida de quienes viven en el barrio de Constitución a través de estrategias desde la APS. El EASC se organiza en cuatro comisiones de trabajo: 1) Biblioteca Ambulante, 2) Comunicación Comunitaria, 3) Recorridos y distribución de preservativos y 4) Alimentación Saludable. Estas líneas de acción se construyeron a partir del diagnóstico participativo de relevamiento y selección de problemáticas principales del territorio.

Hasta aquí se desarrollaron las dos experiencias de participación comunitaria, objeto de estudio de este escrito. A continuación, la propuesta es reflexionar de acuerdo a los cuatro ejes mencionados:

-en cuanto a la *conformación de los espacios colectivos de participación*, tanto en el caso de la participación de las promotoras históricas como las actuales, se trata de una Comunidad Mestiza (Masso Guijarro, 2013) donde la pertenencia de clase, género, etnia y situación laboral pierden relevancia frente a otros elementos identitarios, emocionales y políticos (en su sentido amplio: de acción política), constituida por profesionales (de planta permanente y residentes) y promotoras de salud. Así pues, lo que convoca a la organización entre los diferentes actores es la lucha por mejorar las condiciones de vida de la población en el territorio donde se insertan. Es un espacio colectivo heterogéneo, lo cual significa que no todos los actores se encuentran atravesados de la misma forma por las problemáticas en cuestión, ni cuentan con los mismos capitales para sortearlas. Por ende, esta confluencia en las acciones políticas-comunitarias de actores con diferentes posiciones sociales, políticas y culturales puede resumirse en un cosmopolitismo o, “tendencia a considerar lo ajeno como propio o del mismo nivel que lo propio” (Masso Guijarro, 2013, p. 84). Ahora bien, interesa ver cuáles son los intereses que motivan la participación de cada sujeto:

En cuanto a las promotoras de salud, su participación se tiñe -en parte- de cierta necesidad y urgencia, ya que muchas veces frente a la escasa/ausente respuesta estatal deben organizarse para resolver o exigir la respuesta frente a diferentes necesidades sociales; es decir, participan/son parte de procesos y escenarios donde se vulneran diferentes derechos, por lo cual se ven obligadas a actuar frente a estos problemas que son parte de su vida cotidiana, aunque 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 (Menéndez y Spinelli, 2006). En esta línea, sostiene una de las promotoras, “salimos a luchar para que se garantice lo que nos corresponde. Si no salimos, el Estado arrasa con todo” (Registro de campo, septiembre 2022).

Paradójicamente, los sectores sociales que son relegados a vivir en los márgenes (sociales y territoriales) son convocados a participar de los programas de salud comunitaria para abordar las problemáticas ambientales y habitacionales generadas, fundamentalmente, por

otros sectores dominantes. De modo que, **ponen el cuerpo** a las enfermedades que devienen de la falta de condiciones ambientales y habitacionales; así como también le **ponen el cuerpo** a la lucha colectiva para mejorar sus condiciones de vida.

En cuanto a profesionales de la salud (en condición de planta permanente y residentes), se identifica cierta sensibilidad y movilización frente a injusticia social que se traduce en las problemáticas particulares de los sujetos y territorios donde se insertan laboralmente. A su vez, nucleados por una perspectiva de salud integral que, a contrapelo del Modelo Médico Hegemónico (Menéndez, 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). Esto motiva y funda la importancia del abordaje de dichas problemáticas, ya que se vinculan directamente con la salud de la población.

En este sentido, es posible dar cuenta de la gestación de un tejido relacional de personas involucradas como una Comunidad Mestiza, donde estas formas, vías o cauces de relación, estos porqués de la relación crean un trabajo colectivo, comunitario y político desde lo genuino (Masso Guijarro, 2013). Así, ejercen una ciudadanía de alta intensidad (Sousa Santos, 2007) que trabaja colectivamente para lograr determinados objetivos en común.

En cuanto al *marco institucional-organizativo en el cual se encuadra la participación*, en el caso de las promotoras “históricas” su participación se enmarcaba en el Plan Jefes y Jefas de Hogar, por lo cual uno de los actores con incidencia directa en su participación era el Estado nacional. Tanto la inscripción al padrón de beneficiarias como la selección del espacio donde llevar a cabo las tareas socio-comunitarias se realizaban de manera individual. Por ende, está presente en el discurso de las informantes la idea de “cumplir con las horas” que la contraprestación del plan exige para seguir siendo beneficiarias, lo que hace alusión indirecta al control del Estado en el desempeño de sus tareas.

En el caso de las promotoras actuales, su participación se encuadra dentro del programa de salud comunitaria: Equipo Ampliado de Salud Comunitaria (EASC) y a su vez, son beneficiarias del programa Potenciar Trabajo que obtienen a través de su participación en las organizaciones sociales<sup>8</sup>. Por ende, también está presente la idea de que “hay quienes vienen para cumplir las horas”, pero en este caso, el control del cumplimiento de la jornada laboral es realizado por las propias organizaciones. Sin embargo, a diferencia de las promotoras históricas, sí se perciben discursos vinculados a las convicciones políticas y la

---

<sup>8</sup> Frente Popular Darío Santillán, Frente Organizaciones en Lucha, Puerta Abierta, entre otras.

importancia de participar de manera activa y protagónica en la lucha por el mejoramiento de las condiciones de vida de quienes habitan el barrio.

Otra diferencia entre las promotoras históricas y actuales es que las políticas de participación de los noventa delegaban en la sociedad civil -en este caso, las promotoras de salud- las respuestas a las necesidades que el Estado dejaba de garantizar. En cambio, la convocatoria actual desde el EASC es sumarse a la elaboración de un plan de lucha. No se busca que garanticen la resolución de las problemáticas, sino que se sumen activamente a planificar e implementar estrategias de reclamo, repudio y visibilización de las problemáticas para que resuelvan otras áreas del Estado con competencia en el asunto. Así, la participación se enfoca en lo colectivo, promoviendo la articulación con las organizaciones sociales (no con personas individuales) en mesas de discusión y planificación de líneas de acción, donde sus aportes resultan claves para pensar de manera situada las estrategias de lucha.

En cuanto a las *tareas, responsabilidades y nivel de reconocimiento institucional*, este punto presenta menos diferencias entre una experiencia y la otra, ya que en ambas persiste un sesgo heteropatriarcal que sigue siendo el de las mujeres al servicio de tareas de cuidado de la comunidad. Es decir, las tareas son similares; se trata de dispositivos comunitarios de prevención y promoción de la salud desde la APS. En cuanto al reconocimiento al interior del efector, ha ido variando, acorde a diferentes aspectos; es posible identificar que la pandemia de Covid-19 permitió dar cuenta del trabajo cotidiano de las organizaciones sociales en general y de las promotoras de salud en particular, ya que fueron (los únicos) actores que siguieron presentes en los momentos más difíciles. Sin embargo, no necesariamente esto se tradujo en un reconocimiento institucional de las promotoras como trabajadoras esenciales; de hecho, durante varios meses, no había elementos de protección personal (EPP) para las promotoras de salud y salían a las recorridas territoriales sin protección. Inclusive, durante el periodo que comenzó a funcionar el *triage* como dispositivo de “filtro” para evitar la acumulación innecesaria de pacientes en la sala de espera, a las promotoras al llegar al efector y presentarse como tal no las dejaban pasar. Debíamos ir a la puerta y buscarlas para que pudieran ingresar. No obstante lo expuesto, a fin de año se realizó un evento de cierre donde la jefa del CeSAC entregó los certificados del curso de promotoras que se llevó a cabo a lo largo del año. Por lo mencionado anteriormente, no es posible generalizar ni homogeneizar el reconocimiento institucional, ya que persisten una multiplicidad de miradas, actitudes y prácticas entre profesionales.

En cuanto al *nivel de decisión*, esto alude a la relación entre el deseo-deber; es decir las posibilidades que tienen de decidir sobre su participación en esta propuesta de trabajo comunitario del CeSAC. Aquí están presentes en los discursos de las promotoras las ideas de que “hay quienes lo hacen por deber, por cumplimiento para cubrir las horas, pero otros no. Salimos a defender lo poco que nos queda de salud pública, salimos a luchar para frenar el ajuste” (Registro de campo, julio 2022). Algunas promotoras participan debido a que necesitan del salario<sup>9</sup> ya que es una de las estrategias económicas principales para garantizar la reproducción cotidiana de su vida y su contexto vincular cercano (familia o unidad doméstica). Sin embargo, para otras también significa el ejercicio político enmarcado en su organización de base.

### **Fijate de qué lado de la mecha te encontrás<sup>10</sup>:**

#### **Participación, tendencias, autonomía - heteronomía y el rol del Trabajo Social**

En este último apartado, teniendo en cuenta lo desarrollado anteriormente, se propone reflexionar sobre la **participación** desde la perspectiva de las organizaciones populares (Sopransi y Lenta, 2020). Acorde al planteo de las autoras, el término participación social en salud está cargado de presupuestos ideológico-técnicos (sentidos) no explícitos que, sin embargo, orientan sus prácticas. Estos sentidos (diversos, e incluso contrapuestos) resultan claves al pensar y analizar las propuestas participativas. La tensión entre **autonomía-heteronomía** se percibe, ya que en algunos casos se generan procesos de emancipación; en cambio en otros, es utilizada como herramienta de control y dominación de los cuerpos y organizaciones populares. Aquí las autoras recuperan los aportes de

---

<sup>9</sup> Me refiero al ingreso económico de las prestaciones sociales Potenciar Trabajo.

<sup>10</sup> Fragmento de “Queso ruso”, canción popular de la banda de rock “Los redonditos de ricota”.

Uzcátegui (2005), quien desarrolla tres propuestas de participación comunitaria en salud: 1) la neoliberal o conservadora<sup>11</sup>, 2) la reformista<sup>12</sup> y 3) la alternativa-progresista<sup>13</sup>.

Se sostiene que ambas experiencias participativas mencionadas reúnen características que abonan a la tendencia neoliberal-conservadora, como así también a la alternativa-progresista. La participación de las promotoras de salud -históricas y actuales- se inscribe en un campo de disputa entre diferentes actores donde se ponen en juego (y debate) qué discursos y prácticas se implementarán. En este sentido, el Trabajo Social posee un enorme desafío, que trata de acompañar espacios colectivos de lucha promoviendo procesos participativos protagónicos y **autónomos**. Es decir, apostar a una política desde la autonomía (Gutiérrez Aguilar, 2017) emancipatoria, que cuestione las estructuras de dominación. De esta forma, caminar juntas hacia un concepto de salud, como sostiene Floreal Ferrara, en tanto “capacidad individual y social de modificar las condiciones que limitan la vida” (Ferrara en Ferrandini, s/f).

Sin embargo, el problema es que el sentido de la participación de las promotoras de salud -históricas y actuales- no sólo depende del CeSAC ni del Trabajo Social, sino también de otros actores como el Estado y las organizaciones sociales. Por ende, ¿cómo promover una participación por convicción/deseo/voluntad cuando existen otros actores que indirectamente ejercen un rol de control de las tareas de las promotoras? ¿Cómo construir colectivamente desde la autonomía y no desde la dependencia, imposición y mandato de

---

<sup>11</sup> La primera concibe la PSS como un asunto técnico en la ejecución y administración de servicios de salud, promoviendo el voluntariado y la corresponsabilidad 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.

<sup>12</sup> La segunda sostiene una definición de PSS ligada a la propuesta del Desarrollo Humano Sustentable; la vincula a la descentralización, pero conservando a los actores institucionales gubernamentales en el centro de los proyectos comunitarios. La participación comunitaria está destinada a tareas de prevención, rehabilitación y promoción de la salud, reduciendo la PSS a espacios locales. Promueve la focalización del gasto público en los sectores más pobres y de alto riesgo, en un intento por combinar Estado y mercado con justicia social.

<sup>13</sup> La tercera es definida como un proceso de construcción de ciudadanía que rechaza la consideración de las personas como clientes, y reivindica su condición de sujetos de derechos, asumiendo una concepción de salud como derecho social, derecho humano y responsabilidad del Estado, es decir, un bien público. Esta propuesta destaca el carácter político de la participación popular dirigida a lograr la democratización-redistribución del poder; promueve la provisión pública de los bienes públicos regida por los principios de universalidad y gratuidad; plantea una relación con el Estado que no comprometa la autonomía de los movimientos sociales; considera los aspectos sociales, históricos, políticos y culturales del proceso salud-enfermedad; sostiene una visión holística e integral de la salud con énfasis en el bienestar, la promoción de la salud y la vida; y reivindica el saber popular en conjunción con el saber científico como “encuentro de saberes”.

otres? Sin dudas, no hay respuestas unívocas frente a estos dilemas que se presentan en la intervención, no obstante creo que el saber -que es poder- (Maduro, 1992) es una herramienta fundamental en estas instancias. Por ende, abonar a la capacidad crítica individual y colectiva de las compañeras sobre su lugar, tareas y responsabilidades permite, al menos, posicionarse desde otro lugar, más allá de que las condiciones estructurales no se modifiquen a corto plazo.

### **Reflexiones**

A modo de cierre interesa recuperar dos hechos más recientes que motivaron este escrito; por un lado, el llamado a concurso para la promotoras de salud de la Ciudad Autónoma de Buenos Aires y, por el otro, los proyectos del Gobierno de la ciudad sobre la modificación de la dependencia de las áreas programáticas.

Por un lado, en cuanto al concurso para promotoras, durante el mes de agosto de 2022 el Gobierno de la ciudad lanza una intempestiva convocatoria dirigida a promotores y promotoras de salud de las organizaciones sociales que quieran ingresar al sistema público. En ese marco, se inicia un proceso de selección de postulantes para cubrir determinados cargos en los efectores de Atención Primaria de la Salud de la ciudad. Esta situación se asemeja a lo ocurrido durante la crisis neoliberal mencionada anteriormente, cuando algunos beneficiarios del Plan Jefes y Jefas accedieron a puestos en la administración pública. La reciente definición gubernamental genera incertidumbre sobre cómo se organizará la dinámica a partir de dicha incorporación. Sin dudas, es un avance en las condiciones laborales pero, hoy es un interrogante entender cómo desde esos espacios institucionales se participará/trabajará sin perder la capacidad transformadora, de lucha y organización. Tal como dijo una promotora de salud que se postuló al concurso: “yo quiero seguir siendo de mi organización” (Registro de campo, agosto 2022).

Por otro lado, respecto a la modificación de la dependencia institucional del área programática para pasar a depender del Ministerio de Salud de la Ciudad Autónoma, no hay información oficial sobre qué implicaría este cambio en las condiciones laborales de profesionales, en el presupuesto de la salud pública, en la calidad del servicio, entre otras incógnitas. Sólo hay algunas novedades socializadas por les delegades del gremio.

**(\*) Licenciada en Trabajo Social. Egresada de la Facultad de Ciencias Sociales de la Universidad Nacional de Córdoba. Residente de salud en el Hospital General de Agudos José María Penna de la Ciudad Autónoma de Buenos Aires.**

**¡Muchas son las gracias!**

A ellos, por hacer salud desde su lucha e invitarnos a la incómoda y dolorosa realidad marginal desde la potencialidad de su transformación.

A los equipos de salud, por hacer salud con las puertas abiertas, desde y con las organizaciones sociales.

A las compañeras colegas referentes, por la paciencia y el compromiso pedagógico, por la escucha activa y supervisión, por enseñar desde su propio hacer salud(es).

A mi compañera Belén, por enseñarme con su genuina, responsable y sorora forma de habitar este mundo.

## Referencias bibliográficas

Anzorena, C. (2013). Mujeres en la trama del Estado. Una lectura feminista sobre las políticas públicas. EDIUNC (Editorial Universidad Nacional de Cuyo).

Bonazzola, P. (2010). Ciudad de Buenos Aires: sistema de salud y territorio.

Brofman, M. y Gleizer, M. (1994). Participación comunitaria: necesidad, excusa o estrategia? O de qué hablamos cuando hablamos de participación comunitaria. Cuadernos de Salud Pública. Disponible en: <https://doi.org/10.1590/S0102-311X1994000100012>

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.

Castrillo, M. B. (2013). Participación comunitaria en salud: El caso de Berisso [en línea]. Trabajo final de grado. Universidad Nacional de La Plata. Facultad de Humanidades y Ciencias de la Educación. En Memoria Académica. Disponible en: <http://www.memoria.fahce.unlp.edu.ar/tesis/te.843/te.843.pdf>

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>

Federici, S. (2010). El Calibán y la bruja. Mujeres, cuerpo y acumulación originaria. Madrid, España: Traficante de sueños.

Ferrandini, D. (s/f). Apunte: salud, opciones y paradigmas. Disponible en: <https://filadd.com/doc/ferrandini-salud-opciones-y-paradigmas-pdf-trabajo>

Fraser, N. y Rivera, L. (2014). De cómo cierto feminismo se convirtió en criada del capitalismo. Y la manera de rectificarlo. Debate feminista Nº 50 pp. 131-134.

Gutiérrez Aguilar, R. (2017). Horizontes comunitario-populares. Producción de lo común más allá de las políticas estado-céntricas. Traficante de sueños. Madrid.

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.

Lugones, M. (2008). Colonialidad y género. Tabula Rasa (9) pp. 73-101.

Maduro, O. (1992). Mapas para la fiesta: reflexiones latinoamericanas sobre la crisis y el conocimiento. Editorial Centro Nueva Tierra, Buenos Aires.

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.

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](http://www.memoria.fahce.unlp.edu.ar/trab_eventos/ev.2164/ev.2164.pdf)

Paredes Carvajal, J. (s/f). Disidencia y feminismo comunitario. Comunidad Mujeres Creando Comunidad - Asamblea del Feminismo Comunitario, Bolivia.

Pérez Orozco, A. (2014). Subversión feminista de la economía. Aportes para un debate sobre el conflicto capital-vida. 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 Fontevecchia.

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

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.

Sopransi, M. B. y Lenta, M. M. (2010). La participación social en salud desde la perspectiva de las organizaciones populares. III Congreso Regional de la Sociedad Interamericana de Psicología. Sociedad Interamericana de Psicología, Asunción del Paraguay.

Svampa, M. (2005). La sociedad excluyente. Argentina bajo el signo del neoliberalismo. Editorial Taurus, Buenos Aires.

Tejada DE Rivero, D. (2003). Alma Ata 25 años después. En: Revista Perspectivas de Salud.

### **Otras fuentes consultadas**

Registro de Campo (julio 2021 a septiembre 2022)

Plan Jefes y Jefas de Hogar (Decreto 565/2002)

Programa Nacional de Inclusión Socio-Productiva y Desarrollo local “Potenciar Trabajo” (121/2020)

Ley Básica de Salud de CABA N° 153

Ley Orgánica de Comunas N° 1777

Informe (1 de septiembre de 2020) “Los cuidados, un sector económico estratégico. Medición del aporte del trabajo doméstico y de cuidados no remunerado al Producto Interno Bruto”. Dirección de Economía, Igualdad y Género presentó el informe Disponible en:

<https://www.argentina.gob.ar/noticias/la-direccion-de-economia-igualdad-y-genero-presento-el-informe-los-cuidados-un-sector>