Fíjate de qué lado de la mecha te encontrás. Aportes teóricos sobre la Participación Comunitaria desde dos experiencias participativas del CeSAC Nº 10 (CABA)

Bianchini Natalia
Fecha de recepción: 21/09/22
Fecha de aprobación: 3/05/23

Resumen: El trabajo se encuadra en un proceso reflexivo vinculado a la rotación del 2° año de la residencia de Trabajo Social. Estará centrado en la Participación Comunitaria de las promotoras de salud del CeSAC Nº 10. La inquietud principal es analizar la tensión entre la autonomía-heteronomía en las experiencias participativas de las promotoras del CeSAC Nº 10.

Palabras claves: PARTICIPACIÓN COMUNITARIA-ATENCIÓN PRIMARIA DE LA SALUD-AUTONOMÍA-HETERONOMÍA-SALUD

Abstract: The work is part of a reflection process linked to the rotation of the 2nd level of the Social Work residency. It will be focused on the Community Participation of the health promoters of CeSAC Nº 10. The main concern is to analyze the tension between autonomy-heteronomy in the participatory experiences of the promoters of CeSAC Nº 10.

Key words: COMMUNITY PARTICIPATION - PRIMARY HEALTH CARE-AUTONOMY-HETERONOMY-HEALTH

Introducción

El presente trabajo se trata de un proceso de reflexión realizado durante el 2° año de la residencia de Trabajo Social en la Ciudad Autónoma de Buenos Aires. Estará centrado en mirar la Participación Comunitaria de las promotoras de salud del CeSAC Nº 10 vinculadas al programa de Salud Comunitaria de dicho efector. El objetivo principal es analizar la tensión entre la autonomía-heteronomía en las experiencias participativas de las promotoras del CeSAC Nº 10 tanto históricas como actuales. Para ello, se describirá la conformación del Equipo Ampliado de Salud Comunitaria y se identificarán los marcos institucionales y organizativos en el cual se encuadra su participación. Además, se caracterizarán el tipo de tareas y responsabilidades que llevan a cabo, así como también se intentará conocer el nivel de reconocimiento institucional y de decisión que poseen las promotoras, es decir en relación a la posibilidad de decidir sobre su participación en este programa de salud.

En resumen, este escrito se centra en las experiencias participativas de las promotoras de salud del CeSAC Nº 10 desde el 2003 y las reformas normativas e institucionales (internacionales, nacionales y locales) que permitieron la incorporación de la participación comunitaria en el campo de la Atención Primaria de la Salud (APS). Para ello, en el primer apartado se reconstruye un marco epistémico feminista recuperando 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 realizará 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 y se lo analizarán desde ciertas claves teóricas. En el cuarto y último apartado se reflexiona sobre la participación, sus posibles tendencias, la tensión entre autonomía-heteronomía de las promotoras con respecto a sus posibilidades de elección.

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 llevadas a cabo a profesionales y promotoras que participan del Equipo Ampliado de Salud Comunitaria y/o que participaron anteriormente en equipos de salud comunitaria del efector. A su vez, se indaga sobre las sistematizaciones internas elaboradas por el equipo en el marco de su tarea, así como también registros propios realizados durante la rotación.

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 supiera llamarse Abya Yala (tierra madura). De modo que, se estableció un patrón de poder que trazó diferencias sostenidas en las ficciones[1] de la raza, el género, la clase social, entre otras matrices de

[1] Aníbal 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 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

opresión (Quijano, 2014; Lugones, 2008). En esta línea, sostiene Federici (2010) la acumulación originaria no sólo 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, siendo este último devaluado y feminizado.

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 y 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 un 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 lado, 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 las promotoras de salud del CeSAC Nº 10.

A continuación, se propone realizar un recorte histórico situado en el contexto de crisis socioeconómica durante el neoliberalismo 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.

Reconstrucción socio-histórica

Sobre las mujeres y mercado laboral

A partir de la instalación del neoliberalismo comienza a consolidarse un contexto de precarización laboral, desempleo, privatización de empresas estatales, entre otros aspectos. En ese marco, los gobiernos neoliberales comienzan a fomentar activamente la "participación" de la sociedad civil para construir una ciudadanía activa, mientras se desdibujaba el lugar del Estado como principal garante de derechos. Es decir, fue una marca de época la creación de políticas estatales que recargaban sobre las organizaciones sociales la resolución de necesidades de alimentación, salud, vivienda, entre otros (Anzorena, 2013).

En simultáneo al mencionado retraimiento del Estado en materia de derechos sociales, la crisis socio económica atentaba contra el sostenimiento de las unidades domésticas, en su mayoría encabezadas por la figura masculina del hogar. Esta 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

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.

modificación de las condiciones laborales (históricamente) desiguales entre hombres y mujeres[2] ni tampoco, una redistribución equitativa de las tareas de cuidado (Federici, 2010). Tal como sostiene Paredes Carvajal (2010) 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" utilizando a las mujeres como mano de obra barata para seguir *"engrasando el motor de la acumulación capitalista"* (Fraser y Rivera,2014:133).

De esta forma, se naturaliza en el cotidiano de las mujeres - principalmente - de sectores populares la triple jornada laboral[3], 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 escaso poder 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

Lo anteriormente señalado permite analizar la construcción social (heterocispatriarcal y colonial) de la mujer como cuidadora, lo cual se vincula con la composición de los equipos de promotoras de salud del CeSAC N° 10, conformados por mujeres cis de sectores populares. Ahora bien, en este punto interesa reconstruir ciertos cambios ocurridos en materia de políticas de salud, para comprender el proceso de incorporación de la Participación Comunitaria en las políticas de Atención Primaria de la Salud (APS).

Tal como se mencionó en líneas anteriores, los procesos participativos "redescubiertos" en el neoliberalismo, 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[4]. En ese encuentro se define la APS como *"el cuidado de la salud basada en tecnología apropiada y costo-efectiva, 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: 9). A partir de ello, la Participación Comunitaria en Salud (PCS) cobra relevancia y se constituye

[2] "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-

[3] Esto refiere al trabajo reproductivo, productivo y comunitario.

[4] El encuentro fue convocado por la OMS, UNICEF y el Gobierno de la URSS y 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).

como una estrategia principal para alcanzar el propósito de "Salud para todos en el año 2000", es decir comienza a ser considerada una pieza fundamental para garantizar la accesibilidad de los servicios de salud a toda la población (Tejada de Rivero, 2018).

En Argentina, en simultáneo al 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.

> "Así, la incorporación de promotoras 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. Además de la descentralización, se incorpora la focalización en materia de políticas sociales, lo cual significó la intervención estatal hacia los sectores más pobres y excluidos". (Pagnamento, 2012: 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, tal como refiere el artículo 27 de la Ley Básica de Salud Nº 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 Nº 153). Este proceso de regionalización territorial sanitaria comenzó con la creación de las áreas programáticas en el año 1988, momento en el cual se configuraron 12 (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 Nº 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. Así, se visibilizó una lectura sobre la relación entre participación y neoliberalismo en Argentina, desde la cual se sostiene que, aunque el Estado promueva activamente 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 de este escrito.

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 se 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 lado, 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 y/o de baja calidad.

Esto permite interpelar la linealidad del sentido común que supone comprender que, los posicionamientos "a favor" son generalmente, progresistas/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 Nº 10 ubicado en Bº Constitución (Comuna 1[5]) zona sur de la Ciudad Autónoma de Buenos Aires.

Ahora bien, para este trabajo, interesa enfatizar en tres aspectos: a) la conformación de los espacios colectivos de participación comunitaria (quienes 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 y/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)

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

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 Nº 10 eran beneficiarias del Plan Jefes y Jefas de Hogar[6] (Decreto 565/2002). Este grupo de mujeres realizaban tareas socio-comunitarias de contraprestación en el marco del subsistema de salud pública de la Ciudad. Particularmente en el CeSAC Nº 10 alcanzaron a participar 32 promotoras de salud, quienes construyeron en conjunto con les profesionales diferentes líneas de acción y estrategias de promoción y prevención dentro de la Atención Primaria de la Salud. Para organizar el trabajo se realizó un diagnóstico participativo donde surgen 5 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 5 equipos de trabajo que funcionaron entre 2003 y 2009 (entrevista 1, Ciudad Autónoma de Buenos Aires, septiembre 2021).

Según la mirada de les informantes, la cesación de esta primera experiencia comunitaria se debe a diferentes motivos. Uno de ellos fue el desgaste y cansancio de los integrantes del equipo, y otro fue el reconocimiento institucional y económico de las promotoras, incorporadas como planta permanente (Registro de Campo, Ciudad Autónoma de Buenos Aires, julio 2021-septiembre 2022). En el 2009 el Gobierno de la Ciudad incorporó como trabajadoras en relación de dependencia a las promotoras de salud, lo cual modificó las condiciones laborales contractuales, dignificando la tarea comunitaria y conquistando una lucha histórica de las organizaciones sociales. Sin embargo, también generó un cambio en sus tareas y responsabilidades ya que comenzaron a realizar tareas administrativas. Si bien, algunas sostenían cierto aporte en las actividades comunitarias, no destinaban ni destinan mucho tiempo de su jornada laboral (Registro de campo, Ciudad Autónoma de Buenos Aires, Julio 2021-Septiembre 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, recrudeciendo las condiciones de vida que estructuralmente existen en el barrio de Constitución. En este marco, las organizaciones sociales del barrio, junto con les trabajadores del CeSAC 10, se organizaron para formar la Red de Organizaciones de Constitución, con el propósito de dar respuesta a las consecuencias de la emergencia socio-sanitaria. A partir de esta práctica, se fue conformando el Equipo Ampliado de Salud Comunitaria (EASC), integrado por les trabajadores de

[6] 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

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 les vecines del barrio Constitución a través de estrategias desde la APS. El EASC se organiza en cuatro comisiones de trabajo: 1) Biblioteca Ambulante, 2) Comunicación Comunitaria, 3) Recorridas 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 (Registro de Campo, Ciudad Autónoma de Buenos Aires, julio 2021 a septiembre 2022).

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, situación laboral pierde 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. Este espacio colectivo es heterogéneo, lo cual significa que no todes se encuentran atravesades 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, 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 motiva la participación de cada une:

En cuanto a las promotoras de salud, su participación se tiñe - en parte - de 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 obligados 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, Ciudad Autónoma de Buenos Aires, julio 2021 a septiembre 2022). Paradójicamente, los sectores sociales 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 encabezan la lucha colectiva para mejorar sus condiciones de vida.

En cuanto a les profesionales de la salud (planta permanente y residentes), se identifica cierta sensibilidad y movilización frente a la injusticia social que configura los

territorios donde se insertan laboralmente. A su vez, comparten una mirada en torno a la 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 condiciones de vida (Brehil, 2010; Laurell, 1982). Esto refuerza la importancia del abordaje de dichas problemáticas socioambientales y habitacionales, 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 por qué 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) trabajando 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 realizar las tareas socio-comunitarias se realizaba 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. Haciendo alusión indirectamente al control del Estado en el desempeño de sus tareas. (Entrevista 2, Ciudad Autónoma de Buenos Aires, septiembre de 2021).

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 el cual obtienen a través de su participación en las organizaciones sociales[7]. Por ende, también está presente la idea de que, "hay algunes que 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, si se perciben discursos vinculados a las convicciones políticas y la importancia de participar activamente en la lucha por el mejoramiento de las condiciones de vida de les vecines del barrio (Entrevista 3, Ciudad Autónoma de Buenos Aires, septiembre de 2021).

Otra diferencia entre las promotoras históricas y actuales es que, las políticas de participación neoliberales 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 a planificar e implementar estrategias de reclamo, repudio y visibilización de las problemáticas para que otras áreas del Estado con competencia en el asunto las resuelvan. Así, la participación se enfoca en lo colectivo, promoviendo la articulación con las organizaciones sociales, (no personas individuales) en mesa de discusión y planificación de líneas de acción donde sus aportes resultan claves para pensar de manera situada las estrategias de lucha (Entrevista 1, Ciudad Autónoma de Buenos Aires, septiembre de 2021).

[7] Frente Popular Darío Santillán, Frente Organizaciones en Lucha, Puerta Abierta, entre otras.

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: 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, así pues, es posible identificar que la pandemia 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 uno de los actores que siguieron presente, incluso durante los momentos más difíciles. Sin embargo, esto no se tradujo necesariamente en un reconocimiento institucional de las promotoras como trabajadoras esenciales. De hecho, durante varios meses, no hubo Elementos de Protección Personal (EPP) para las promotoras de salud que se vieron obligadas a salir sin protección a las recorridas territoriales. Inclusive, cuando comenzó a funcionar el TRIAGE[8] como dispositivo, las promotoras de salud de las organizaciones no podían ingresar al efector por su cuenta, algún integrante del EASC debía ir a la puerta de ingreso y buscarlas. 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 el reconocimiento institucional no es posible generalizar ni homogeneizar ya que persisten una multiplicidad de miradas, actitudes y prácticas entre les profesionales (Registro de Campo, Ciudad Autónoma de Buenos Aires, julio 2021 a septiembre 2022).

En cuanto al nivel de decisión, es decir la relación entre el deseo-deber y las posibilidades que tienen de decidir sobre su participación en esta propuesta de trabajo comunitario del CeSAC. Aquí, está presente en los discursos de las promotoras las ideas de que *"hay algunes que lo hacen por deber, por cumplido 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"* (Entrevista 2, Ciudad Autónoma de Buenos Aires, septiembre de 2021). Algunas promotoras participan debido a que necesitan del salario[9] ya que es una de las estrategias económicas principales para garantizar la reproducción cotidiana de su vida y su contexto vincular cercano (familia y/o unidad doméstica). Sin embargo, para otras también significa el ejercicio político enmarcado en su organización de base.

Fíjate de qué lado de la mecha te encontrás[10]: Participación, tendencias, autonomía-heteronomía y el rol del Trabajo Social

Teniendo en cuenta lo desarrollado anteriormente, en este último apartado, 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 cargada de presupuestos ideológico-técnicos (sentidos) no explícitos, pero con cierta incidencia en las prácticas, por lo cual resultan importantes al analizar las propuestas participativas. Las autoras recuperan la tensión

[8] El TRIAGE fue una estrategia que comenzó a implementarse durante la pandemia para evaluar rápidamente a los pacientes cuando llegan al centro de salud y clasificarlos en las categorías de atención pertinente.

[9] Esto alude al ingreso económico de las prestaciones sociales Potenciar Trabajo.

[10] Canción popular de la banda de rock Los redonditos de ricota - Queso ruso.

entre **autonomía-heteronomía**, ya que en algunos casos se generan procesos que tienden a acercarse a la emancipación humana (Marx en Cristobo, 2014), en cambio en otros es utilizada como herramienta de control y dominación de las cuerpas y organizaciones populares. De esta forma, desarrollan tres propuestas de Participación Comunitaria en Salud: 1- la neoliberal o conservadora[11], 2- la reformista[12] y 3- la alternativa-progresista[13].

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, el cual se 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 juntes 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 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,

[11]La primera concibe la PSS como un asunto técnico en la ejecución y administración de servicios de salud, promoviendo el voluntariado y la co-responsabilidad cómo formas encubiertas de privatización y obtención de mano de obra gratuita, sin poder vinculante de la comunidad en las decisiones. Asume la salud cómo atención médica reparatoria y responsabilidad individual, relegando a las personas a una posición de cliente de los servicios con representación minoritaria o simbólica.

[12]La segunda sostiene una definición de PSS ligada a la propuesta del Desarrollo Humano Sustentable, vincula la PSS 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 de combinar Estado y mercado con justicia social.

[13] 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 cómo "encuentro de saberes".

tareas y responsabilidades permite, al menos, posicionarse desde otro lugar, más allá de que las condiciones estructurales no se modifiquen a corto plazo.

Reflexiones finales

A lo largo del escrito se intentó reconstruir cómo se construye socialmente el lugar de la mujer como principal cuidadora de la familia, de la casa y la comunidad. Luego, ese mandato de género es reforzado por una coyuntura de crisis socioeconómica donde la mujer se convirtió, en la mayoría de los hogares de sectores populares, en el principal sustento económico. Esto no implicó distribuir las tareas domésticas y comunitarias (históricamente feminizadas) dando lugar a la triple jornada laboral: trabajo reproductivo, productivo y comunitario.

En este escrito se busca mirar la participación comunitaria de salud de las mujeres en los territorios, intentando poner a jugar (y disputar) diferentes argumentos contrapuestos. De esta forma se buscó evitar caer en lecturas románticas y lineales en torno a las políticas públicas que promueven la participación, es decir, incluir la ciudadanía en diferentes asuntos de competencia estatal. Resta seguir pensando, qué tipo de participación se promueve, hacia quienes y qué margen de decisión poseen esos sujetos para elegir participar o no. Si no generamos ese debate crítico, genuino y estructural, podemos “creer” estar de un lado y caer del otro lado de la mecha.

¡MUCHAS SON LAS GRACIAS!

A elles, 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*. Mendoza, Argentina, Editorial Universidad Nacional de Cuyo, EDIUNC.

Bonazzola, P. (2010). *Ciudad de Buenos Aires: sistema de salud y territorio*. Mimeo. Disponible en: https://docplayer.es/11976077-Ciudad-de-buenos-aires-sistema-de-salud-y-territorio-dr-pablo-f-bonazzola.html

Bronfman, M. y Gleizer, M. (1994). Participación comunitaria: necesidad, excusa o estrategia? O de qué hablamos cuando hablamos de participación comunitaria. *Cadernos de Saúde Pública N°10,* p. 111-122 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. Porto Alegre, Brasil, CLACSO.

Castrillo, M. B. (2013). Participación Comunitaria en Salud: El caso de Berisso [en línea]. Trabajo final de grado de la Licenciatura en Sociología. Universidad Nacional de La Plata, Argentina. 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.

Cristobo, M. (2014). La diferencia entre "emancipación política" y "emancipación humana". Aproximación a la crítica de la política en el pensamiento del joven Marx. *Nuevo Itinerario Revista Digital de Filosofía* ISSN 1850-3578. *Vol. 9*. pp. 59-77. Chaco,

Argentina. Recuperado de https://revistas.unne.edu.ar/index.php/nit/article/download/1720/1478

De Marinis, P. (2005). 16 comentarios sobre la(s) sociología(s) y la(s) comunidad(es) en *Papeles del CEIC* (Centro de Estudios sobre la Identidad Colectiva), *Nº 15,* Pág. 1-39 (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*. *Revista Debate feminista Nº 50* pp. 131-134. Recuperado en https://www.elsevier.es/es-revista-debate-feminista-378-articulo-de-como-cierto-feminismo-se-S0188947816301335.

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

Lander, E. (2014*). Ciencias sociales: saberes coloniales y eurocéntricos en: La colonialidad del saber: eurocentrismo y ciencias sociales. Perspectivas latinoamericanas.* Buenos Aires, Argentina, CLACSO.

Lugones, M. (2008). Colonialidad y género. *Revista Tabula Rasa, N°9,* pp. 73-101. Recuperado en: chrome-extension://efaidnbmnnnibpcajpcglclefindmkaj/https://www.revistatabularasa.org/numero-9/05lugones.pdf

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

Menéndez E. L. (1988). *Modelo Médico Hegemónico y Atención Primaria. Segundas Jornadas de Atención Primaria de la Salud. 30 de abril al 7 de mayo* pp. 451- 464. Buenos Aires, Argentina. Disponible en: chrome-extension://efaidnbmnnnibpcajpcglclefindmkaj/https://www.psi.uba.ar/academica/carrerasdegrado/psicologia/sitios_catedras/electivas/816_rol_psicologo/material/unidad2/obligatoria/modelo_medico.pdf.

Pagnamento, L. V. (2012). *El trabajo de las Promotoras de salud municipales y la participación social: Análisis de caso [en línea].* VII Jornadas de Sociología de la UNLP, 5 al 7 de diciembre de 2012, La Plata, Argentina. En Memoria Académica. Disponible en: http://www.memoria.fahce.unlp.edu.ar/trab_eventos/ev.2164/ev.2164.pdf.

Paredes Carvajal, J. (2010). Hilando fino desde el feminismo comunitario. Comunidad Mujeres Creando Comunidad - Asamblea del Feminismo Comunitario, Bolivia. Editorial Cooperativa el Rebozo. Disponible en: https://sjlatinoamerica.files.wordpress.com/2013/06/paredes-julieta-hilando-fino-desde-el-feminismo-comunitario.pdf

Pérez Orozco, A. (2014). *Subversión feminista de la economía. Aportes para un debate sobre el conflicto capital-vida.* Madrid. 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. Disponible en: https://radio.perfil.com/noticias/podcasts/anne-phillips-la-igualdad-social-es-algo-mucho-mas-que-aritmetico.phtml

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. Buenos Aires, Argentina, CLACSO.

Rodriguez Enríquez, C. (2015). Economía feminista y economía del cuidado. Aportes conceptuales para el estudio de la desigualdad*. Revista Nueva Sociedad N°256*, pp 30 - 44. México DF. Disponible en: chrome-extension://efaidnbmnnnibpcajpcglclefindmkaj/https://static.nuso.org/media/articles/downloads/4102_1.pdf

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. Disponible en: chrome-extension://efaidnbmnnnibpcajpcglclefindmkaj/https://www.aacademica.org/maria.malena.lenta/7.pdf

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

Tejada de Rivero, D. (2003). Alma Ata 25 años después. *Revista Perspectivas de Salud*. *Volumen 8 N°2*. Pág 4-9. Recuperado en https://www3.paho.org/Spanish/DD/PIN/Numero17_articulo1_1.htm

Fuentes consultadas

Entrevista 1, Ciudad Autónoma de Buenos Aires, septiembre de 2021.

Entrevista 2, Ciudad Autónoma de Buenos Aires, septiembre de 2021.

Entrevista 3, Ciudad Autónoma de Buenos Aires, septiembre de 2021.

Registro de Campo, Ciudad Autónoma de Buenos Aires, julio 2021-septiembre 2022)

Poder Ejecutivo Nacional. Plan Jefes y Jefas de Hogar [PJJHD] Decreto 565 de 2002. 17 de mayo de 2002 (Argentina)

Ministerio de Desarrollo Social de la Nación. Programa Nacional de Inclusión Socio-productiva y Desarrollo Local [Potenciar Trabajo] Ley 121 de 2020. 18 de marzo de 2020 (Argentina).

Ley Básica de Salud de CABA. Ley N° 153 de 1999. 25 de febrero de 1999 (Argentina).

Legislatura de la Ciudad de Buenos Aires. Ley Orgánica de Comunas. Ley N° 1777 de 2005. 07 de octubre de 2005 (Argentina). Ministerio de Economía Argentina, Dirección de Economía, Igualdad y Género (2020). *Informe: los cuidados, un sector económico estratégico. Medición del aporte del trabajo doméstico y de cuidados no remunerado al Producto Interno Bruto*. Disponible en https://www.argentina.gob.ar/noticias/la-direccion-de-economia-igualdad-y-genero-presento-el-informe-los-cuidados-un-sector.