

## HACIA NUEVAS CONCEPTUALIZACIONES PARA PENSAR LA SALUD EN CLAVE TERRITORIAL: ESPACIOS DE SALUD

*Pablo Martín Ferrari Gaibazzi*

FACULTAD DE CIENCIAS MÉDICAS - UNIVERSIDAD NACIONAL DE CUYO (FCM - UNCuyo)

Odontólogo, especialista y docente en Salud Pública de la Facultad de Cs. Médicas (UNCuyo). Becario doctoral en Ciencias Sociales (UNCuyo). Sus investigaciones se enmarcan en la salud colectiva y giran en torno a la participación popular, la cogestión y la democratización en el campo de la salud.

E-Mail: [pferrari@mendoza-conicet.gob.ar](mailto:pferrari@mendoza-conicet.gob.ar)

*Florencia Ginestar*

UNIVERSIDAD NACIONAL DE CUYO (UNCuyo)

Arquitecta (UNCUYO). Becaria doctoral, investiga en el campo de la Vivienda y el Hábitat Social Saludable, en relación al déficit habitacional cualitativo y las políticas públicas socio-habitacionales. Doctoranda en Arquitectura y Urbanismo (UNSJ). Integrante de la Red Iberoamericana de Enfermedades Transmisibles y Agua Segura (RIETyAS, (RIOSP/CONICET).

E-Mail: [fginestar@mendoza-conicet.gob.ar](mailto:fginestar@mendoza-conicet.gob.ar)

Recibido: 15 de octubre 2025

Aceptado: 30 de noviembre 2025

### RESUMEN

A partir de dos tesis doctorales en curso este artículo revisa el cruce entre salud y territorio con el fin de discutir una nueva categoría para nombrar los ámbitos simbólicos donde se construye la salud más allá de los espacios asistenciales: los *espacios de salud*. La investigación adopta un enfoque cualitativo-descriptivo basado en el análisis de fuentes bibliográficas y en datos empíricos recabados mediante entrevistas y encuestas a actores clave: vecinos, trabajadores y funcionarios. El análisis se organiza en torno a cuatro dimensiones: Actores, Hábitat-Territorio, Tiempo-Temporalidad y Participación-Cogestión-Democratización. Los resultados evidencian que la categoría planteada no existe aún en el campo social-sanitario, y que los espacios de salud se configuran no tanto por los ámbitos

físicos, sino por los procesos de coproducción y cogestión situados en el territorio. Así, se contribuye a repensar la territorialización de las políticas sociales-sanitarias urbanas.

**Palabras clave:** salud colectiva, espacio, territorio, cogestión, democratización

## ABSTRACT

Based on two ongoing doctoral dissertations, this paper examines the intersection between health and territory in order to discuss a new category to designate the symbolic domains where health is constructed beyond aid-oriented approach: the *health spaces*. The research adopts a qualitative-descriptive approach grounded in the analysis of bibliographic sources and empirical data collected through interviews and surveys with key actors, including residents, workers, and public officials. The analysis is structured around four dimensions: Actors, Habitat-Territory, Time-Temporality, and Participation-Co-management-Democratization. The findings reveal that the proposed category does not yet exist within the health and social field, and that health spaces are shaped less by physical settings than by co-management processes situated in the territory. In this way, the article contributes to rethinking the territorialization of urban social and health policies.

**Keywords:** collective health, space, territory, co-management, democratization

## INTRODUCCIÓN

Este artículo surge del encuentro entre nuestras investigaciones doctorales en los subcampos de la Salud Colectiva, la Arquitectura y el Hábitat Social. Ambas son investigaciones cuyo punto de encuentro es la construcción socio-comunitaria y popular de la salud, en territorios con características diversas —barrios populares en la Provincia de Buenos Aires y barrios de producción estatal en el Área Metropolitana de Mendoza—. Reconocemos a nuestros subcampos disciplinarios como pertenecientes al campo de lo social, perspectiva desde la cual concebimos la salud como un proceso histórico, político y social, que se configura en una relación intrínseca con el territorio y con las personas que lo habitan y lo construyen.

El objetivo central de este trabajo consiste en realizar una revisión del estado del arte en torno al cruce entre salud y territorio, a partir de investigaciones empíricas, con el fin de abrir líneas de fuga que permitan construir una nueva categoría para dimensionar y nombrar los ámbitos simbólicos donde, entendemos, se construye la salud en los territorios, más allá de los espacios asistenciales: los *espacios de salud*. Para ello, ponemos en diálogo una serie de conceptos desarrollados por autores que se inscriben en corrientes como la Medicina Social

y Salud Colectiva Latinoamericana (MS-SC), la geografía crítica, el ordenamiento territorial, la teoría crítica, y las epistemologías del sur. Principalmente, tomamos los aportes teóricos de Magdalena Chiara, Milton Santos, Hugo Spinelli<sup>1</sup>, Roberto Castro, Emerson Merhy, Gastão Wagner de Sousa Campos, Boaventura de Sousa Santos, Ernesto Laclau y Chantal Mouffe.

Durante nuestras investigaciones advertimos que los términos acuñados en torno a la salud y los diversos ámbitos en los que se produce o construye, denotan concepciones centradas en la atención, lo asistencial y el curar, que invisibilizan las relaciones existentes entre la salud, su determinación social y el territorio. A la vez que establecen relaciones de poder asimétricas con modos de relacionarse verticales entre los equipos de salud y las personas que habitan los territorios, a las que en tanto pacientes se las configura como sujetos pasivos (Castro, 2023). En esta línea, Chiara (2020) señala que desde tales perspectivas, se suele pensar al territorio como lo que está por fuera de los servicios de salud. Esto que se verbaliza cotidianamente como *bajar al territorio*, da cuenta de la simplificación a la que se somete una relación compleja como lo es salud y territorio.

Nuestro planteo parte, entonces, de una incomodidad compartida frente a las categorías disponibles para nombrar y comprender el espacio vinculado a los “metabolismos” sociales que se dan en los territorios y configuran la salud colectiva. Por esta razón, y a partir del cruce entre nuestros trabajos de campo y marcos teóricos, reconocemos la necesidad de otorgar un *estatus académico* a lo que ya sucede en la cotidianeidad de los territorios, con el fin de rescatarlo del epistemicidio (B. de S. Santos, 2009). Esta incomodidad con los términos existentes nos lleva a revisar, cuestionar e incluso crear nuevos términos que den cuenta de las disputas de poder que se configuran al interior del campo.

En este marco, compartimos dos interrogantes centrales que orientan el desarrollo del artículo, en primer lugar, cómo se producen espacios que, desde el territorio y a partir de la participación popular, configuren instancias de construcción de ciudadanía en torno al derecho a la salud y al hábitat, entendidos desde su determinación social. Y, en segundo lugar, cómo se nombra a esos ámbitos en el campo social cuando se configuran a partir de procesos que no necesariamente se dan en un lugar físico concreto, pero sí son situados.

## **METODOLOGÍA**

---

<sup>1</sup>Aclaremos que el uso de los desarrollos conceptuales de Spinelli (2016, 2022) no implica desconocer las denuncias públicas realizadas en su contra, sino que responde exclusivamente a la pertinencia de dichas categorías en el marco del problema investigado.

La investigación adoptó un enfoque cualitativo con diseño descriptivo, a partir del análisis de fuentes secundarias de textos bibliográficos, para construir un estado del arte de la cuestión, y de fuentes primarias obtenidas de entrevistas y encuestas que forman parte de las dos tesis antes mencionadas. El punto de encuentro de ambos trabajos se da en torno a procesos participativos que producen actos de cuidados en diferentes territorios.

Para este trabajo se realiza un recorte de los casos de estudio y se seleccionan tres experiencias ubicadas en zonas urbanas de ciudades intermedias que nos permiten analizar la salud en clave territorial - pensar el territorio desde las coordenadas de la salud: el caso del Comité Operativo de Emergencia o Consejo de Emergencia Barrial (COE) (localizado en Villa Itatí, Quilmes, Provincia de Buenos Aires) y los casos del Centro de Salud del barrio COVIMET y los procesos del barrio Paulo VI (ambos localizados en el Área Metropolitana de Mendoza -AMM-). El primer caso es considerado una referencia a nivel nacional en relación con el fenómeno abordado. Mientras que la experiencia del barrio COVIMET nos interesa por ser una institución de salud gestionada desde sus orígenes por la Unión Vecinal del barrio; el barrio Paulo VI aporta testimonios de procesos de gestión sin participación.

El COE está ubicado en Villa Itatí, un barrio popular con una superficie de 22 manzanas; donde viven aproximadamente 45.000 personas en viviendas autoconstruidas mayoritariamente con chapas, madera, cartón y en menor proporción por ladrillos. Hogares en los que es frecuente el hacinamiento, la falta de cloacas y la dificultad para el acceso al agua potable (Ramacciotti, Guerrero y Gilligan, 2022). Durante la *sindemia*<sup>2</sup> por COVID-19 se conformó un COE, cuyo objetivo principal fue promover la organización popular para integrar todos los esfuerzos de la comunidad en pos del cuidado de la salud y la vida. El mismo es integrado por organizaciones -religiosas, sociales y políticas- del territorio, así como el equipo del centro de atención primaria de la salud (CAPS) del barrio y funcionarios municipales y provinciales.

Los casos del AMM (COVIMET y Paulo VI) son conjuntos habitacionales producidos por el Estado en el período 1970-1980. Ambos se caracterizan por haber tenido una fuerte organización socio-comunitaria en sus orígenes, que se fue modificando con el tiempo.

---

<sup>2</sup> Optamos por el término *sindemia* y no *pandemia* porque, como planteó Richard Horton (2020) retomando la teoría sindémica de Merrill Singer (2000), el Covid-19 no puede entenderse aisladamente, sino en su interacción con enfermedades crónicas y en contextos atravesados por desigualdades sociales y económicas. Desde la medicina social y la salud colectiva latinoamericana, diversos autores (Almeida Filho, 2021; Bispo Júnior y Barbosa dos Santos, 2021) destacan que la *sindemia* integra tanto la coexistencia de patologías como los efectos de macroprocesos políticos, económicos y ambientales, subrayando así la determinación social de la salud.

Actualmente los hogares que habitan estos barrios se caracterizan por jefaturas ancianas, jefaturas femeninas, hogares monomarentales y presentan déficit cualitativo (hacinamiento crítico, patologías edilicias, cañerías en estado de deterioro, problemas de acceso a agua segura) que son considerados riesgos para la salud.

El barrio COVIMET posee una institución de salud gestionada desde sus orígenes hasta la actualidad por la Unión Vecinal. Actualmente, además de sus prestaciones médico-clínicas (enfermería, clínica, cardiología, odontología), desarrolla actividades deportivas, recreativas y de otros cuidados para la tercera edad (masajes, yoga), así como asesoramiento legal (equipo de abogacía) y psicología. Por su parte, el barrio Paulo VI se selecciona por evidenciar las tensiones actuales derivadas de la falta de organización y de modelos de gestión local verticalistas con escasa (o nula) participación. No posee CAPS propio, ni infraestructura deportiva-recreativa municipal; y la Unión Vecinal, existente en un primer momento, se disolvió por problemas de mala gestión y estafas.

Nos interesa particularmente la relación entre salud y territorio que se presenta intrínsecamente en estos casos de estudio, aunque presentan diferencias que nos llevan a revisarlos críticamente para construir la categoría de *espacios de salud*, y analizar cuáles son los elementos que consideramos centrales para que estos se configuren -o no- como tales. Por lo cual, tanto las fuentes secundarias como primarias fueron organizadas y analizadas en torno a cuatro dimensiones: Actores, Hábitat-Territorio, Tiempo-Temporalidad y Participación-Cogestión-Democratización. Las fuentes bibliográficas secundarias se seleccionaron a partir de los aportes de reconocidos teóricos que se inscriben en corrientes como la Medicina Social y Salud Colectiva Latinoamericana, la geografía crítica, el ordenamiento territorial, la teoría crítica, y las epistemologías del sur.

En el caso de las fuentes primarias se seleccionaron aquellas vinculadas a las dimensiones analíticas mencionadas, preservando la confidencialidad de los participantes. Se presenta un recorte de dieciséis entrevistas a vecinos, referentes barriales, funcionarios y trabajadores de Centros de Salud. En la siguiente tabla se presentan y caracterizan brevemente las personas entrevistadas.

Personas entrevistadas	Descripción
Referente organización religiosa	Monje salesiano, vive en Itatí hace 20 años
Referente organización religiosa	Monja franciscana, reside en la comunidad desde el año 2000
Referente organización de educación popular	Vecina, referente de una organización social dedicada a la educación popular. Trabajadora social
Promotora de salud	Promotora de salud y militante de una organización política
Referente cooperativa cartoneros	Vecina, integrante de la cooperativa de cartoneros
Referente centro cultural y educativo	Vecina, referente de una organización social dedicada a la educación popular y la recreación. Comedor comunitario
Trabajadora social CAPS	Trabajadora social del CAPS
Médico CAPS	Médico generalista del CAPS
Funcionario provincial	Médico y funcionario de primer nivel del ministerio de salud de la provincia de Buenos Aires durante la pandemia
Funcionario municipal	Médico y funcionario de primera línea de la secretaría de salud del municipio de Quilmes durante la pandemia
Funcionaria provincial	Psicóloga, funcionaria en la dirección de salud comunitaria del ministerio de salud de la provincia de Buenos Aires
Vecino referente B° Paulo VI	Conocido por su militancia y acciones socio-culturales. Integrante de una Asociación de Muralistas.
Vecina B° COVIMET	Anciana, habitante originaria del barrio desde sus orígenes. Su médico de cabecera es del centro médico barrial.
Vecino B° COVIMET	Descendiente de adjudicatarios directos, se crió en el barrio y ahora vive allí con sus hijos.
Médico del centro barrial B° COVIMET	Médico generalista del centro médico perteneciente a la Unión Vecinal. Vecino del barrio.
Funcionarios municipales	Equipo de la Dirección de Salud, Municipalidad de Godoy Cruz, Mendoza. Encuesta por formulario.

Se realizaron entrevistas semiestructuradas, así como encuestas mediante formularios virtuales. El acceso a los informantes se realizó por diferentes vías: a los funcionarios y trabajadores de los centros de salud se accedió de forma directa por identificarlos inicialmente como actores intervinientes en el fenómeno en estudio; otros fueron reconocidos a través del cortometraje documental *Faros de salud* (Konfino, 2021) y de artículos académicos publicados por los mismos entrevistados. Mientras que el resto se incorporó mediante la técnica de bola de nieve.

El análisis de estos casos permite captar la polifonía de voces y experiencias de los diversos actores, así como explorar las relaciones de poder, la construcción social de significados y las prácticas vinculadas al ejercicio de los derechos al hábitat y la salud en contextos territoriales de diversas características: barrios populares y barrios de producción estatal.

## DESARROLLO

### CAMPO Y ACTORES

Nos posicionamos en la corriente de la Medicina Social y la Salud Colectiva Latinoamericana (MS-SC), campo científico y ámbito de prácticas en el que confluyen diversas disciplinas en torno al objeto salud (Almeida Filho y Paim, 1999). Esta corriente busca ser una alternativa a la Salud Pública convencional a la cual se considera inmersa en una profunda crisis debida, entre otros aspectos, a sus limitaciones epistemológicas para abordar la complejidad y las condiciones sociales de su producción. Considera a la salud como construida social e históricamente, en tanto estado vital, sector de producción y campo de saber articulado a la estructura social a través de las instancias económicas y político-ideológicas (Paim 1982, citado en Almeida Filho y Paim, 1999).

Mientras la salud pública convencional toma como unidad de análisis a la población como suma de individuos, la MS-SC considera a las poblaciones como totalidades que trascienden a los individuos que las componen; lo cual la lleva a enmarcar su análisis en el contexto social

que las determina. En base a esto, propone como categorías centrales la determinación social de la salud, la reproducción social y el metabolismo sociedad-naturaleza (Breilh, 2013). A su vez, Jaime Breilh aclara que la posibilidad de una vida saludable no se reduce exclusivamente a las condiciones materiales de vida, “sino que está profundamente determinada por procesos de orden cultural y espiritual que se interrelacionan con los procesos de la vida material” (Breilh, 2010: 99). Esta corriente propone recuperar la dimensión subjetiva de la salud y de sus prácticas, incorporando la mirada y el sentir de los sujetos, tanto individuales como colectivos. Así, busca indagar en cómo las sociedades reconocen o definen sus necesidades y problemas de salud, y cómo se organizan para afrontarlos (Almeida Filho y Paim, 1999; Granda, 2004).

En este marco, recurrimos a autores como Spinelli, Castro y Chiara, quienes han dado forma al concepto de *campo de la salud*, el cual permite dimensionar la multiplicidad de relaciones y disputas de poder que configuran a los diversos actores intervinientes. El concepto se nutre de la noción de campo propuesta por Pierre Bourdieu para el análisis del espacio social concebido como un

campo de fuerzas, cuya necesidad se impone a los agentes que se han adentrado en él, y como un campo de luchas dentro del cual los agentes se enfrentan, con medios y fines diferenciados según su posición en la estructura del campo de fuerzas, contribuyendo de este modo a conservar o a transformar su estructura (Bourdieu, 1997: 49).

Esta noción habilita a pensar la salud como fenómeno complejo, situado en lo social y lo relacional (Chiara, 2019; Spinelli, 2022). Una complejidad que la idea de *sistema* tiende a obturar, al asociarla con la dificultad técnica de determinadas intervenciones quirúrgico-asistenciales. Esta mirada se sostiene en la concepción biomédica dominante propia del modelo médico hegemónico (Merhy, 2021), caracterizado por su reduccionismo biológico y su pensamiento lineal/unicausal, que despoja a la salud de sus dimensiones históricas, políticas, sociales y culturales (Menéndez, 1988).

Respecto de los actores intervinientes en este campo, Castro (2023) menciona a las instituciones políticas encargadas de regular lo sanitario, las instituciones prestadoras de servicios asistenciales, las dedicadas a la formación profesional, los agentes pertenecientes a cada una de estas instituciones, así como también a las personas usuarias de los servicios de salud. Spinelli (2022) amplía y complejiza este elenco al incorporar representantes de los trabajadores, lobistas e integrantes de la industria, agentes financieros, corporaciones y organizaciones de la sociedad civil.



Nos parece necesario ir un poco más allá, visibilizando que las instituciones encargadas del ordenamiento territorial, a las que intervienen en la definición de políticas públicas habitacionales y sociales, e incluso al mercado inmobiliario, como actores claves para leer la salud en clave territorial. Este conjunto interviene en las dinámicas de los territorios y, por ende, en las disputas de poder por recursos y servicios, que producen desigualdades en el acceso a derechos:

Cuando hablamos de habitar un territorio estamos frente a la presencia no sólo del derecho a la vivienda sino que se está hablando de otros derechos como el derecho al empleo, derecho al acceso a la tierra, a la conectividad, a la movilidad, derecho a un ambiente sano, derecho al espacio público, derecho al respeto cultural, etc. Esa ampliación de derechos, habla de una incidencia de derechos colectivos contrariamente a los derechos de propiedad liberales. (Miranda Gassull y Gómez Carrizo, 2016: 2)

Repensar la salud desde lo territorial implica comprender, como señaló en entrevista un funcionario de la Secretaría de salud del Municipio de Quilmes, que este derecho *“no dependa del barrio donde vivís, sino que dependa de tu necesidad. Nosotros hemos aprendido justamente la importancia del código postal en la definición del acceso a la salud”*. (Comunicación personal 6 de junio de 2024)

#### HÁBITAT-TERRITORIO

En el desarrollo de nuestros trabajos de campo, observamos que resulta fundamental situar las preguntas e hipótesis que orientan la ‘producción’ de conocimiento en la especificidad de cada territorio. Nos interesa no solo estrechar las líneas que vinculan las políticas sociales en general, y de salud en particular, con la dimensión territorial (Catenazzi y Da Representação, 2017; Chiara, 2019, 2020; Di Virgilio, 2015), sino también abrir nuevos puntos de fuga que aborden la organización popular y los procesos socio-comunitarios en torno a la salud. Estos procesos parten de historias y saberes situados en espacios, tiempos y coyunturas específicas (B. de S. Santos, 2009).

En base a Laclau y Mouffe (2015), consideramos que el territorio expresa materialmente las desigualdades que operan en términos de acceso a derechos y de redistribución de recursos, a partir de la extensión de las relaciones de producción capitalistas, que mercantilizan diversas esferas de la vida social. Los modelos de desarrollo territorial implementados, tanto a nivel local como regional, se caracterizan por la concentración de capitales; con procesos de urbanización liderados por el mercado inmobiliario, que no busca equidad en torno a las necesidades habitacionales sino la mercantilización del suelo. Situación que, lejos de



garantizar el espacio para habitar, producir y desarrollar la vida, profundiza situaciones de vulnerabilidad.

Estas desigualdades en el acceso a derechos y la posibilidad de ejercerlos son percibidos incluso como privilegios por quienes habitan estos territorios, tal como señaló una vecina y referente de una organización social de Villa Itatí al ser consultada sobre qué es para ella la salud:

“Un derecho, primero que nada, y pensándolo más en el territorio donde vivo y demás, un derecho que a veces es muy difícil que se pueda garantizar; y en ese sentido, a veces se convierte en un privilegio, a pesar de todo el recorrido que la Argentina tiene en materia de derechos, no?” (Entrevista referente organización social educación popular. Comunicación personal 19 de septiembre de 2024)

A partir de las teorías de Bourdieu, los autores estudiados conciben el territorio como un espacio “social e históricamente producido en el que distintos flujos de relaciones articulan y tensionan recursos o servicios en un espacio particular donde las distancias físicas se ven relativizadas” (Chiara, 2019: 24-25). Campos (2021) agrega que en el territorio se producen hechos, pensamientos, valores, sujetos, colectivos e instituciones de forma simultánea, un proceso que denomina coproducción. Como expresó la referente de Villa Itatí:

“Experiencias como el COE y experiencias que se dieron a partir de la pandemia, nos permitieron pensar la salud desde otro lado, desde una mirada más comunitaria”. (Entrevista referente organización social educación popular. Comunicación personal 19 de septiembre de 2024)

Nos interesa explorar la dimensión territorial de la salud, dado que, como afirma Di Virgilio,

no es posible soslayar que los procesos macrosociales, las intervenciones de los diferentes niveles del Estado en materia de salud y la propia organización del sistema sanitario, que se cristalizan en el territorio, impactan en los procesos de salud-enfermedad de los colectivos sociales. (2015: 56)

Sin embargo, en la práctica, el ejercicio de estos derechos queda limitado a enfoques de Salud Pública y de una Atención Primaria de la Salud, que en la mayoría de los casos no cumple ni promueve el derecho de la población a participar “en la planificación y aplicación de su atención de salud”, tal como establece la declaración de Alma-Ata (1978). Así, se configuran políticas programáticas de *arriba hacia abajo* [GRÁFICO 1], que se desenvuelven en (y modelan) instituciones *cerradas* hacia los territorios, en las que los vecinos son quienes deben *acercarse* para acceder a los Centros de Atención Primaria de la Salud (CAPS). Situación que se observa en el caso analizado en Godoy Cruz, donde desde la gestión local apuntan que “La Dirección de Salud tiene como prioridad trabajar sobre la accesibilidad de la

*población al sistema sanitario para el diagnóstico y tratamiento de distintas afecciones”*  
(Encuesta virtual mediante Google Forms, junio de 2024).

Esta transfiguración de la atención primaria, que deviene en primitiva como críticamente la solía llamar Mario Testa (1997), es advertida tanto por referentes como por funcionarios:

“Para mí, la atención primaria sí o sí tiene que tener un trabajo comunitario; si no, no cumple con sus objetivos. Tiene que tener el centro de salud un lugar físico, pero la realidad es que los profesionales tienen que estar en la comunidad laburando” (Entrevista referente organización social educación popular. Comunicación personal 19 de septiembre de 2024)

“...hay algo que creo que sí se logró en Itatí (...) el derecho que tienen los vecinos a participar de la organización del centro de salud que les pertenece en definitiva (...) Tendríamos que pensar la forma en la cual no se puede hablar de atención primaria de la salud o no se puede pensar en salud comunitaria sin que esa convocatoria a espacios como puede ser un foro de salud barrial sea una obligación, o sea, una recomendación, no? (...) cómo respetando las particularidades de cada territorio, podemos hacer para que sea en todos lados” (Funcionario Secretaría de salud de Quilmes)

Chiara (2019) advierte sobre la necesidad de “tomar distancia de aquellas perspectivas que ven el territorio como variable dependiente de las políticas de salud, es decir, como mero lugar donde suceden los procesos y se reflejan sus resultados” (2019: 21). Por su parte, Spinelli cuestiona las lógicas programáticas,

las políticas sectoriales y sus programas, todos estructurados en lógicas verticales (arbóreas) que fragmentan y atomizan el territorio que, en una lógica más cercana al plano (rizoma), no es visualizado en su potencialidad para la transformación a partir del control social por parte de los conjuntos sociales sobre las políticas y los programas que dicen tenerlos como objetivos (Deleuze y Guattari, 1988) (Spinelli, 2022: 82).

Tanto Spinelli como Merhy (2021) —quien invita a *publicizar* la salud y construir espacios que, a partir de las habilidades que se ponen en juego en los procesos relacionales y que denomina “tecnologías blandas”, abriguen o acojan el encuentro entre equipos de salud y vecinos—, así como Campos (2021) con su propuesta de cogestión y coproducción, alertan sobre la burocratización de las políticas de salud y del funcionamiento del campo.

En paralelo a este tipo de institucionalidad burocrática y verticalista, en los territorios surgen prácticas de organización popular para el cuidado de la salud y el sostenimiento de la vida. Esto se observa tanto en el Consejo de Emergencia Barrial de Villa Itatí, conformado durante la sindemia, como en el centro médico del barrio COVIMET que surgió a partir de la Unión Vecinal hace más de 40 años.

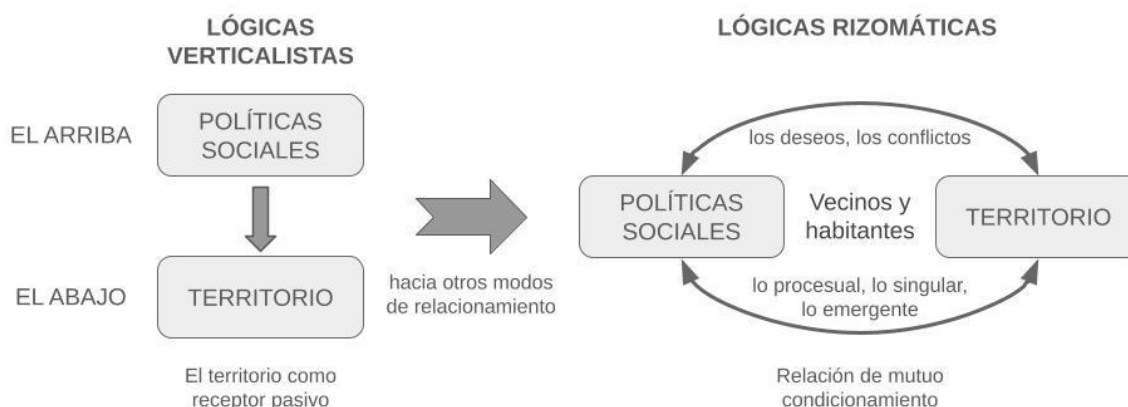
“...la comunidad organizada no depende del Estado. El pueblo se organiza ante la amenaza de no vida, y acá hay comunidad organizada hace 40-50 años, como esto que hace 25 años que están organizados, en la peor crisis económica [en referencia a la cooperativa de cartoneros de Villa Itatí donde se estaba realizando la entrevista, conformada en la crisis socioeconómica de principios del 2000], entonces abrazar esos espacios comunitarios que ya existen, tener una mirada mínima de percibir que esos son espacios que nuclean, responden y buscan resolver problemas” (Entrevista referente organización religiosa. Comunicación personal 8 de noviembre de 2024).

En estas prácticas observamos cómo el derecho al hábitat y a la salud entretejen relaciones y dinámicas diversas, que nos llevan a reflexionar sobre los ámbitos —lugares, espacios y tiempos— en los que la salud, tal como planteaban Floreal Ferrara y Milcíades Peña (Svampa, 2010), se configura como la lucha por resolver un conflicto antagónico que busca impedir que se alcance el óptimo vital necesario para vivir en la construcción de la felicidad. Esta concepción dialéctica evidencia la necesidad de lógicas capaces de comprender el proceso salud-enfermedad-atención-cuidado (PSEAC) en toda su complejidad. Consideramos que, en distinta medida, estos ejemplos crean fuerzas que, lejos de partir de un cotidiano impuesto por fuera, promueven un manejo no jerárquico de la información entre los actores, así como la formulación y reformulación de las reglas (M. Santos, 2005).

En esta línea, Andrea Catenazzi y Natalia Da Representação (2017) proponen incluir la proximidad como un factor que permite recuperar la dimensión espacial de las políticas sociales, analizable tanto en su componente territorial como organizacional. Mientras el primero refiere tanto a la “distancia topográfica, como la distancia sensible, y las formas de gestión de las continuidades y discontinuidades territoriales (enfaticando la articulación público-privado)” (Catenazzi y Da Representação, 2017: 23). La dimensión organizacional analiza la medida en que las representaciones y las reglas de acción direccionan los comportamientos de colectivos institucionales e interinstitucionales.

Por otra parte, en Chiara (2019) encontramos el carácter virtual del espacio, al reconocer al territorio como “un ámbito complejo, virtual y dinámico” que se modifica mediante los intercambios y las relaciones de poder (24-25). La autora también destaca la *porosidad* de los CAPS —cuestión que discutiremos más adelante— al definirlos como “espacios de interface con la población y con los actores del barrio, a través de las múltiples pertenencias de sus profesionales, administrativos y técnicos” (Chiara, 2020: 38). En particular, reconoce a los equipos de los CAPS como la principal presencia del Estado en los territorios de proximidad.

**Gráfico 1. Lógicas de la relación entre políticas y territorio**



Fuente: Elaboración propia, 2025

Nos resulta fundamental pensar al territorio como un objeto subjetivado y a los diversos actores como sujetos territorializados. Es a través del acto de habitar que un lugar se territorializa: un proceso mediante el cual los actores producen, ordenan y modelan prácticas sociales, acciones y relaciones en el espacio (Miranda Gassull, 2019). Este proceso de territorialización no solo conforma espacios físicos —lugares— sino también espacios virtuales y simbólicos —organizacionales—.

Este último aspecto nos interesa en particular, ya que el campo de la salud ha nombrado los lugares en los que se brinda atención, pero no ha propuesto nociones que nombren y materialicen otros espacios —incluso virtuales y simbólicos— en los que se produce y construye salud. En su libro *Método Paideia: análisis y cogestión de colectivos*, Campos (2021) visibiliza las relaciones ocultas entre las instituciones de salud y los sujetos que producen y son producidos por ellas. Sin embargo, su exhaustivo trabajo no se ocupa de repensar la forma de nombrar a dichas instituciones. Este artículo busca ser un primer acercamiento para encontrar términos que permitan colocar en el centro esas relaciones complejas al momento de nombrar ámbitos o espacios no físicos, o no exclusivamente delimitados físicamente, en los que se produce salud.

En este escenario, es preciso reconocer que las políticas que desconocen las particularidades territoriales y culturales devienen en políticas sin sujetos, o en la objetivación y sujeción de los mismos (Merhy, 2021; Spinelli, 2022). En ese sentido, Breilh (2010) sostiene que en las ciudades

no existen objetos puros ni sujetos puros, sino un movimiento entre sujetos que se objetivan y objetos que producen sujetos. Es decir, no hay un espacio urbano de la salud como lugar estático, continente y pasivo, sino un espacio complejo y en movimiento creador. (87)

Para Milton Santos, las grandes contradicciones de nuestro tiempo no pasan por las formas, sino por los usos del territorio (2005: 259) y por las disputas que lo transforman en “espacio humano habitado” (2005: 255). En el marco de la globalización, la democracia de mercado y el neoliberalismo condicionan y limitan las formas de vivir basadas en la solidaridad, la contigüidad, la proximidad y vecindad solidaria, es decir en el territorio compartido. Es esto que el geógrafo brasileiro denomina como “el área del acontecer solidario” (M. Santos, 2005) y que vemos emerger en experiencias como las del COE.

“...en su momento, la situación extraordinaria de la pandemia le dio un ingrediente particular a esa congregación, a esa participación y esa preocupación. Que creo tiene un denominador común que es la solidaridad (...) porque hubieron muchas experiencias durante la pandemia en cuestiones de egoísmo, de individualismo. Pero también hubieron de las otras, donde muchas veces inclusive se estigmatizaba los barrios populares y muy por el contrario, nosotros encontramos en barrios populares muestras de solidaridad de gente que inclusive por querer participar en el COE se mudó de casa y le alquilaba una habitación a alguien. Personas que viven en una villa, que no tienen trabajo y que aun así con lo que no tenían preferían ayudar a sus vecinos, pagarse una pieza en algún lado y ser partícipes de eso”. (Entrevista funcionario Secretaría de Salud de Quilmes. Comunicación personal 6 de junio de 2024)

Cabe entonces preguntarnos por los procesos que suceden no solo dentro de las instituciones, sino en ese ‘afuera’ que es el territorio; y, a la vez, por los tipos de relaciones entre actores que configuran escenarios en los que las dualidades dentro/fuera, instituciones/barrios, trabajadores de salud/poblaciones a cargo comienzan a amalgamarse en esta idea de espacios virtuales, simbólicos, dinámicos y complejos, que reconocen al PSEAC como el acto social de producir cuidado. De este modo, el cuidado —o la dimensión cuidadora— y la radical defensa de la vida (Merhy, 2021) pueden pensarse, en términos de Laclau y Mouffe (2015), como una nueva frontera política que se erige frente al mercado y las lógicas capitalistas, desde la cual disputar y construir nuevos sentidos.

Parafraseando a Campos (2021), creemos en la necesidad de que esto ocurra en el presente inmediato y “no en un futuro remoto, cuando supuestamente existirían las condiciones objetivas y subjetivas para la institución de relaciones justas” (55). De las diversas concepciones del tiempo y las temporalidades nos ocuparemos a continuación.

### TIEMPO-TEMPORALIDAD<sup>3</sup>

“No podemos hacer nada en el pasado, momentáneamente. Y del futuro no tenemos la lógica. Lo que nos obliga a resolver este presente que bastante jodido está” (Carlos “Indio” Solari, entrevistado por Pedro Rosemblat, 2024).

Tanto en esta reflexión del célebre músico y líder de la banda de rock argentino *Patricio Rey y sus Redonditos de Ricota* como en la revisión bibliográfica realizada, encontramos un elemento de particular relevancia: el tiempo. La asociación entre territorialidad y temporalidad aparece como un cruce necesario para instaurar nuevas hegemonías en los procesos de salud, a partir de lógicas relacionales y complejas que vuelvan a poner en el centro la producción del cuidado. En este sentido, el tiempo se convierte en uno de los principales recursos de disputa entre los actores en el territorio.

El tiempo presenta diversas dimensiones: una política, una histórico-procesual, una terapéutica y una simbólica —esta última transversal a las anteriores y con un papel central en la coproducción de sujetos, colectivos y modos de institucionalización—. Identificamos cuatro líneas de tensión dentro de estas dimensiones como entre ellas, que iremos desarrollando.

En primer lugar, Spinelli (2022) realiza una revisión crítica de las lógicas de uso del tiempo instauradas en la modernidad, las cuales se trasladan a las lógicas programáticas de los modos de gestión actuales. La modernidad, entendida como proyecto civilizatorio hegemónico -al menos en Occidente-, se caracteriza por el control y dominio de la naturaleza por parte del ser humano. En este marco, el tiempo aparece como algo controlable y predecible, que en los modelos de gestión gerenciales hegemónicos de las políticas sociales (Campos, 2021), se cristaliza mediante planes y programas. Lejos de lo que sugiere Solari en la cita inicial, estos modelos de gestión cerrados procuran controlar un futuro que “no jerarquiza la acción en el presente y la delega, a través del plan, en comportamiento de actores y escenarios que se desconocen. La supuesta certidumbre sobre el futuro es la mayor debilidad de la planificación” (Spinelli, 2022).

Aquí surge la primera tensión, entre las lógicas de los modelos de gestión y el grado de autonomía de los sujetos. Para Campos (2021) y Merhy (2021), la autonomía<sup>4</sup> está directamente vinculada con la noción de salud. En este sentido, la autonomía supone que los

---

<sup>3</sup> Sugerimos leer este apartado mientras se escucha la canción Todo Un Palo, de Patricio Rey y sus Redonditos de Ricota disponible acompañada de su letra en <https://www.letras.com/los-redonditos-de-ricota/203047/>

<sup>4</sup> En sintonía con autoras feministas como Lucila Szwarc (2024), entendemos a la autonomía como intersubjetiva y construida colectivamente, en oposición a la lógica liberal e individualizante.

sujetos participen activamente en la definición de cursos de acción orientados a la satisfacción de sus necesidades y derechos. En contraposición, los modelos de gestión -no solo en el campo de la salud, sino también en el ámbito urbano-habitacional—, a través de la planificación y la programación, se sostienen en un tiempo de corte taylorista, centrado en los resultados (Campos, 2021).

En su dimensión simbólica, este tiempo produce “sujetos seriales desestimulados” (Campos, 2021: 17). La voz de un vecino del Barrio Paulo VI ilustra esta lógica con relación a obras urbanas ejecutadas por la gestión local sin consulta alguna:

“(…) era un lugar donde jugaban. Y eso no se respetó y se hizo la calle. Les gusta bien, no les gusta, también. Acá nunca se consultó si qué les parecía, no, nada, nada” (Entrevista. Comunicación personal, 21 de diciembre de 2024).

Se trata de la ejecución de políticas sin sujetos, o mejor dicho, con *sujetos sujetados* (Merhy, 2021), en línea con lo que Campos (2021) describe como “expropiación de las posibilidades de gobernar de la mayoría” (15).

Parafraseando a Merhy, observamos un paralelismo entre lo que sucede en los consultorios y lo que sucede en los barrios: la regla general de los modelos de gestión hegemónicos es producir usuarios que “se sienten inseguros, desinformados, desamparados, desprotegidos, despreciados y no respetados” (Merhy, 2021: 59). En estos casos, el tiempo aparece como un tiempo futuro y lejano a la realidad presente del territorio, que aparece como una variable dependiente. Desde esta perspectiva, el territorio se reduce a un mero lienzo donde se marcan los resultados de políticas impuestas *desde arriba* (Chiara, 2019, 2020), sin considerar lo emergente, los deseos de quienes lo habitan ni mucho menos lo procesual de su historia.

La dimensión histórico-procesual está estrechamente conectada a lo que Campos (2021) denomina ‘la dimensión terapéutica’ del tiempo: un tiempo longitudinal necesario para que sujetos y colectivos elaboren sus conflictos desde una dinámica autorreferencial. Cuando los procesos de gestión contemplan esta dimensión terapéutica, generan una función clave respecto a la capacidad o potencia que tienen para influir en la constitución de sujetos, es decir, en el acto de territorialización y construcción de ciudadanía.

Así lo muestra la experiencia del COE en Villa Itatí, territorio con una fuerte tradición de organización popular. En palabras de una referente:

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



bueno con la pandemia también como que volvió a resurgir esa cuestión (...) nos empezamos a reunir las organizaciones sociales y empezamos a exigir al Estado municipal que se haga presente y que nos explique qué era lo que había, qué iba a pasar (...) las reuniones las teníamos con los referentes sanitarios principales de la provincia y del municipio (...) Digamos lo que se pensaba, se pensaba también un poco de manera horizontal (...) y realmente nos escuchaban” (Entrevista referente organización social educación popular. Comunicación personal, 19 de septiembre de 2024).

La dimensión histórico-procesual influye en la construcción y sostenimiento de los mencionados grados de autonomía, así como en la conformación de dispositivos de cuidado colectivos. En el caso de Villa Itatí, a través del COE; en el caso del barrio COVIMET, tanto mediante la acción entre vecinos como en la relación con el Centro de atención de Salud.

En entrevista con una vecina adulta mayor del barrio, ésta mencionaba por un lado (refiriéndose a que sus familiares le recomiendan mudarse a un lugar “más lindo”):

“¿Por qué me tengo que ir yo? Si este es mi lugar. Está muy difícil a esta altura de mi vidairme a otro lado. (...) a esta altura no conocés a nadie. Yo sé que voy a hablar hasta con las piedras, pero no, no es lo mismo. No es lo mismo, es mi lugar.” (Entrevista. Comunicación personal, 30 de diciembre de 2024).

Además, la vecina refiere al Centro Médico como un lugar central del barrio y, en particular, menciona la relación de confianza con el médico: *“El centro médico funciona muy bien (...) hace muchos años que está. [Al médico] lo conozco de siempre. Sí, siempre fue de acá”* (Entrevista. Comunicación personal, 30 de diciembre de 2024). Estos ejemplos reflejan lo que Breilh (2010) plantea respecto a que “un elemento sustantivo en la determinación de los modos de vivir y de la salud es la identidad y la construcción de la subjetividad” (99) y cómo la intensidad de los vínculos entre trabajadores de la salud y vecinos es parte de esa construcción (Spinelli, 2022).

Sin embargo, surge la segunda tensión, entre la dimensión terapéutica y las urgencias, reconociendo que hay escenarios que demandan acciones rápidas, como la sindemia de COVID-19. Campos (2021) afirma que, ya sea en el ámbito político como institucional, los tiempos de los grupos muchas veces no coinciden con urgencias administrativas, asistenciales o políticas. Son situaciones en las que “los soportes institucionales (como también los gerentes, supervisores y el propio equipo) no podrían darse el lujo de trabajar tan solo con la dimensión terapéutica del tiempo” (Campos, 2021: 141).

O, en contraposición, escenarios en los que existe un proceso longitudinal en el tiempo y, sin embargo, no es central en las agendas de la gestión, como se deja ver en entrevista a un referente de Villa Itatí, que refiere *“están rompiendo calles para poner la cloaca (...) Pero en*

*este momento, digo, la gran obra después de 66/67 años del barrio, es que por primera vez va a haber en algunas casas cloacas”* (Entrevista referente organización religiosa. Comunicación personal, 8 de noviembre de 2024)

Esto nos conduce a la tercera tensión, entre las urgencias de los distintos sujetos que habitan el territorio. Como señalan Catenazzi y Da Representação, “los sentidos de la urgencia de quienes construyen el territorio completan las miradas sobre el territorio” (2015: 6). El testimonio de un vecino del Paulo VI menciona problemas en torno al funcionamiento de la Unión Vecinal; e ilustra algunas de estas tensiones entre los mismos vecinos en relación al mantenimiento del barrio:

“El tesorero se llevaba la plata, o se la gastaba, y después ‘chicos miren mi hijo necesita remedio...’, y se la terminabas dando a la plata. Pero ya eso hizo que la gente dejara de confiar y de estar con ellos. O sea, eso ha sido un golpe muy fuerte porque acá hubiera habido una necesidad muy grande de organización. O sea, nos podríamos haber organizado y esto la verdad que hubiera estado en mejores condiciones.” (Entrevista. Comunicación personal, 21 de diciembre de 2024).

Además de dejar ver las desigualdades presentes en el barrio, así como la disputa entre las urgencias de los sujetos individuales (la compra de medicamentos) y colectivos (el mantenimiento edilicio), el testimonio ilustra lo que Breilh refiere en relación a momentos en los cuales “el espacio para la reproducción de la vida y la salud se va cerrando puesto que hay una menor energía social volcada a conseguir y mantener la subsistencia y desarrollo de los sujetos sociales” (Breilh, 2010: 91).

En contraposición, reconocemos en Villa Itatí un ejemplo particular en el que la sindemia habilitó un escenario para la expansión de ese espacio de reproducción y desarrollo de los sujetos colectivos, con el COE como dispositivo articulador de la dimensión histórico-procesual, la política y las urgencias en clave de producción del cuidado. En entrevista una vecina y referenta afirmaba que:

“...el barrio fue más unido, nos unió de distinta manera. Porque también los vecinos, esto de que antes se nombraba el puntero político, ¿no? que a veces nos marcaban desde ese lado, sos puntero, y no, como esto de la organización en sí desde la ayuda o saber que estamos para trabajar con ellos, con los vecinos, eso también se fue logrando, cambiando, nos ven de otra manera (...) está como distinta la organización en Itatí, y para bien.” (Entrevista referenta cooperativa de cartoneros. Comunicación personal, 8 de mayo de 2025).

Entonces cabe preguntarnos, ¿existen otras formas de relacionarnos con el tiempo que pongan en el centro la producción del cuidado? La idea del ‘ser ahí’ de Martin Heidegger plantea que el ser es en el tiempo presente; lo cual implica un presente continuo. En el mismo

sentido, Walter Benjamin formula el concepto de 'tiempo ahora', postulando que el presente es el pasado del futuro y el futuro del pasado (Spinelli, 2022). Boaventura de Sousa Santos (2009) advierte que lo central —y la trampa— de la *razón indolente moderna* es la expansión del futuro y la contracción del presente a un instante fugaz.

Esto último abre la última línea de tensión entre el tiempo futuro (de la razón indolente) y el tiempo presente. Para revertir esto y dar lugar a la existencia de las diversas experiencias y acciones sociales, Sousa Santos propone la operación inversa: expandir el presente y contraer el futuro. Lo que lleva a situar la acción en el presente, tanto para resolver lo pendiente del pasado como para cumplir lo anhelado en el futuro (Santos, 2009; Spinelli, 2022). En consonancia con los teóricos, cabe aclarar que la idea de tiempo presente no va en detrimento del pasado ni del futuro, sino que es entendido como el nodo donde estos confluyen. El pasado como el espacio donde encontramos los significantes del por qué, para proyectar en el tiempo ahora, el para qué del futuro.

#### PARTICIPACIÓN-COGESTIÓN-DEMOCRATIZACIÓN

La participación constituye otro de los ejes centrales de este trabajo. Conscientes de la polisemia del término y de las múltiples connotaciones que ha adquirido a partir de su extendido uso (Brunton et al., 2017; Cornwall, 2008; Menéndez, 1995; Rifkin, 2014), entendemos la participación como un derecho fundamental, condición indispensable para que personas y comunidades puedan ejercer y exigir sus derechos políticos, económicos, sociales y culturales, incluyendo el derecho a la salud integral (Cyment, 2010; SOFOVIAL, 2021). Desde la perspectiva de la MS-SC, la participación remite, en última instancia, a un problema de poder. En este sentido, la participación política deviene una acción estratégica para disputar y redistribuir poder, habilitando la capacidad de decisión de las comunidades y la posibilidad de generar una participación transformadora que permita desencadenar procesos de emancipación (Feo Istúriz, Feo Acevedo y Jiménez, 2012; Morales Borrero, Borde, Eslava Castañeda y Concha Sánchez, 2013).

Este posicionamiento nos conduce a los aportes de Campos (2021), quien introduce los conceptos de coproducción, cogobierno y cogestión, así como a las nociones de intercesión y *publización* desarrolladas por Merhy (2021). La intercesión refiere al espacio relacional que emerge del encuentro entre trabajadores de la salud y usuarios. Dicho espacio, que en tanto relacional solo existe en acto, se vincula con la idea de coproducción de Campos: la producción de valores de uso —actos de cuidado, en línea con Merhy— ocurre de manera

simultánea con la constitución de sujetos, tanto individuales como colectivos, y de las instituciones.

La coproducción, en tanto proceso instituyente, abre paso al cogobierno. Campos (2021) le atribuye tres funciones: una de carácter clásico, vinculada a la administración y planificación de procesos de trabajo; otra de carácter político, que concibe la cogestión como una vía para transformar las relaciones de poder y democratizar las instituciones; y, finalmente, una función pedagógica y terapéutica, que reconoce en la cogestión la capacidad de incidir en la producción de subjetividad.

En el campo social, la cogestión se expresa como una tarea colectiva orientada a compartir y disputar poder entre autoridades, trabajadores de las instituciones y los usuarios, en un proceso de deliberación continuo atravesado por intereses en pugna. Implica, por lo tanto, una negociación permanente, en discusión y recomposición con otros deseos, otros intereses y otras instancias de poder (Campos, 2021; Ferrari Gaibazzi, 2018; Campos, 1998).

A partir de lo anterior, sostenemos la necesidad de analizar la participación popular y la cogestión desde la noción de procesos de democratización. Aproximándonos a los mismos desde la lente de Graciela Di Marco (2011), entendemos dichos procesos como transiciones desde formas autoritarias y asimétricas de poder hacia instancias de mayor autoridad, control y protagonismo por parte de los grupos históricamente subordinados. En esta línea, Testa advierte sobre la necesidad de desencadenar tales procesos a fin de construir nuevos actores sociales capaces de incorporar otras demandas en la agenda estatal (citado en Spinelli, 2016).

Estos procesos interpelan lo que Campos denomina “alienación real”, entendida como “la separación, concreta y cotidiana, de los productores de la gestión de los medios de producción y del resultado de su propio trabajo”. Un claro indicador de esta situación, según el autor, es la “inexistencia (o la existencia tan solo formal) de espacios colectivos”, a los que define como “los lugares y tiempos a través de los cuales los grupos, de hecho, pueden intervenir en los sistemas productivos” (Campos, 2021: 19). A partir de reconocer como productores tanto a trabajadores como a usuarios y sus organizaciones, la intercesión y la coproducción permiten cuestionar dicha separación y habilitar la potencia de los sujetos para ejercer la cogestión (Campos, 2021). Esto lo vemos reflejado en lo que comentan tanto referentes, trabajadores como funcionarios que participaron del COE:

“El COE también ha generado algo interesante, ha transformado la forma de trabajar del Centro de Salud del barrio, que por más que quedaba en el medio de

un barrio popular no trabajaba en términos de Atención Primaria y de participación popular como debería, entonces me parece que tuvo una transformación con el centro de salud del barrio también”. (Entrevista funcionario Secretaría de Salud de Quilmes. Comunicación personal 6 de junio de 2024)

De nuestras investigaciones surgen dos condiciones que consideramos prerequisites para la constitución de esos espacios colectivos: la *publización* y el diálogo de saberes. Publicizar significa manifestar y hacer públicos los intereses y motivaciones de los diversos actores. En el ámbito de la salud, esto supone desplazar preocupaciones confinadas a la esfera privada -sea el hogar o el consultorio- hacia una dimensión colectiva (Merhy, 2021). Así, se torna posible “destecnologizar y repolitizar las decisiones que tienen que ver con la salud [...] que tienen que ver con el cuidado de la vida en general, no sólo el cuidado del individuo enfermo” (M. Hernández Álvarez, en Ferrari y Strasser, 2023: 54).

Ahora bien, para que las intenciones expresadas por actores históricamente subordinados sean alojadas en los procesos colectivos es preciso que el resto de los actores adopten posturas epistemológicas que reconozcan la validez de múltiples formas de saber. Este reconocimiento permite desplazar y descentrar el monopolio del saber científico-académico para abrir paso un intercambio horizontal con saberes populares y territorializados, en consonancia con la ecología de saberes propuesta por Boaventura de Sousa Santos (2009). Encontramos en el COE señales de estos posicionamientos epistemológicos, tal como referían dos trabajadores del equipo de salud del CAPS de Villa Itatí:

“...cómo podíamos construir y cómo podíamos pensar junto con las organizaciones, de qué manera cuidábamos a los pibes que salían, que armaban fiestas clandestinas, jugaban al fútbol” (Entrevista trabajadora social. Comunicación personal 16 de mayo de 2024)

“...siempre fue todo horizontal y siempre hubo discusiones, se discutía, se intercambiaban opiniones. Y siempre se resolvió en conjunto. Hubo veces que hubo que votar, decidir en conjunto, volver a analizar alguna situación. Pero siempre de manera horizontal, al principio venían 60/70 representantes de organizaciones” (Entrevista médico. Comunicación personal 13 de agosto de 2024)

Solo así es posible configurar relaciones de poder más horizontales y democráticas. De lo contrario, se consolidan posicionamientos epistemológicos y praxiológicos que, en términos de Gaston Bachelard (2000), se convierten en verdaderos obstáculos para la participación popular y la cogestión.

## **HACIA NUEVAS CONCEPTUALIZACIONES: ESPACIOS DE SALUD**

En este apartado, tal como planteamos en la introducción, nos proponemos esbozar una definición de aquellos ámbitos en los que se construye la salud en los territorios más allá de los espacios asistenciales: los *espacios de salud*. Para ello, retomamos y entrecruzamos los conceptos claves surgidos de las cuatro dimensiones analizadas previamente.

Entendemos los *espacios de salud* como ámbitos situados en el campo social que, tal como se evidenció en la experiencia del COE de Villa Itatí, se configuran a partir de la frontera que los territorios trazan entre la defensa de la salud y la vida, por un lado, y el mercado con las lógicas mercantilistas que este promueve, por otro. Se trata de un espacio delimitado simbólicamente, habitado y cohabitado por diversos actores cuyas presencias o estadias se expresan en temporalidades y continuidades variables. Entre ellos reconocemos, en primer lugar, a los *vecinos*, moradores que configuran –y son configurados por– los territorios. Proponemos el término vecino como sustituto de la noción clásica de *paciente*, asociada al padecimiento y la pasividad, y también de usuario, categoría utilizada por Castro, Merhy y Campos, pero que desde una perspectiva de derechos resulta problemática al inscribirse en la lógica de servicios. Como señala Soraya Vargas Côrtes (2011), esta categoría dificulta el análisis de las relaciones entre Estado y sociedad.

El concepto de vecino, además de ser una categoría nativa identificada en nuestros trabajos de campo, expresa con mayor precisión la dimensión territorial inherente a la salud. En este sentido, el territorio, entendido como espacio construido social e históricamente y atravesado por relaciones de poder, no es ajeno a las identidades que construyen quienes lo habitan (Harvey, 1992; M. Santos, 2004). El vecino, concebido como sujeto singular y a la vez habitado por su territorio, contrasta con el carácter genérico del paciente. Como muestran los casos analizados, los vecinos producen formas de vida sostenidas en la solidaridad, la contigüidad y la proximidad, es decir, en el territorio compartido (M. Santos, 2005).

Otro rasgo central es que los vecinos rara vez participan de manera aislada ni a título personal o individual, lo suelen hacer a través organizaciones sociales (OSC) que canalizan y representan demandas y deseos colectivos. La trayectoria y grado de organización constituyen, de hecho, un factor decisivo para la configuración de los espacios de salud.

El segundo actor fundamental son los *equipos de salud* que habitan los CAPS. Coincidimos con Chiara (2020) en que, en los territorios de proximidad, estos equipos representan la principal presencia estatal con capacidad de sostener acciones sanitarias en el tiempo. Sin embargo, disentimos parcialmente con la autora respecto de la porosidad atribuida a estas

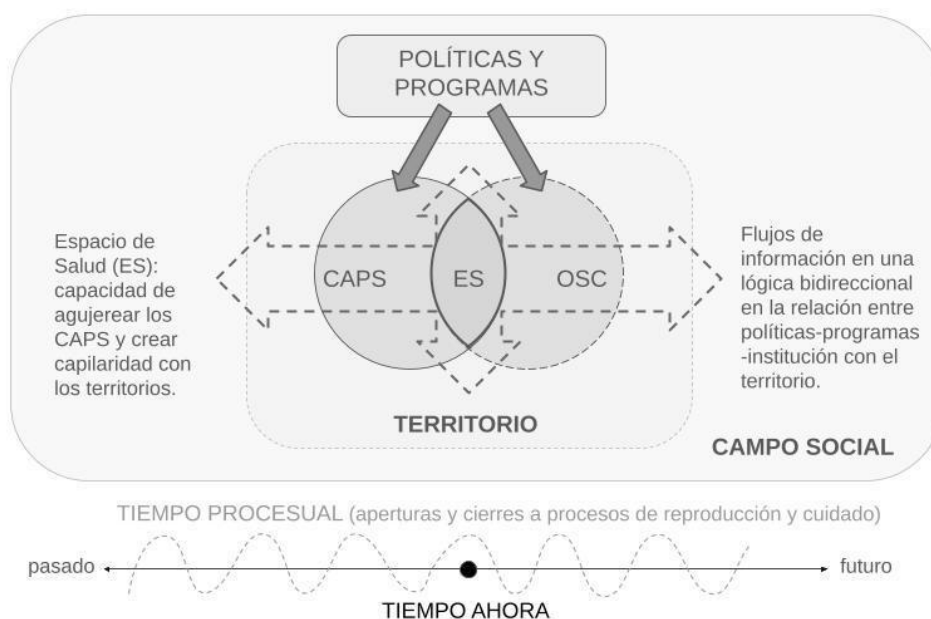


instituciones. Consideramos que dicha permeabilidad no constituye un rasgo intrínseco, sino una condición de posibilidad o potencia que se actualiza en contextos específicos. En este sentido, los espacios de salud pueden *agujerear* los CAPS, generando capilaridad en una lógica bidireccional entre políticas, programas e instituciones y los territorios. Se produce así una doble dinámica: la territorialización de las políticas y la construcción de territorialidad a partir de la salud.

A partir de estos dos actores, y de recuperar los conceptos de *publización e intercesión* (Merhy, 2021) y de *coproducción* (Campos, 2021), definimos el *espacio de salud* como:

el espacio simbólico resultante del acto intercesor para la producción de cuidados, generado a partir de la publicación de necesidades, demandas y deseos en el encuentro entre *vecinos/organizaciones* y equipos de salud. Se trata de cuidados cuya materialización excede o no se limita al espacio físico de los CAPS y se da en el presente como tiempo de la acción. La salud y la vida se construyen y defienden en el ahora, con el presente expandido como único tiempo posible en el cual –según los contextos históricos y políticos– resistir y crear otros mundos posibles (Campos, 2021; B. de S. Santos, 2009; M. Santos, 2005; Spinelli, 2022).

**[Gráfico 2]. Conceptualización de Espacios de Salud**



Fuente: Elaboración propia, 2025

Los casos empíricos permiten matizar esta definición. En el COVIMET, por ejemplo, funciona desde hace 40 años un ámbito de atención de salud gestionado por la Unión Vecinal. No obstante, sostenemos que no constituye un espacio de salud, ya que responde a un modelo



autogestivo que carece del componente señalado por Campos (2021) respecto de la capacidad de análisis e intervención de los sujetos productores y de la acción de grupos externos al colectivo.

En el barrio Paulo VI, la situación se distancia aún más de la conceptualización propuesta. Allí, la falta de organización vecinal evidencia la necesidad de generar ámbitos deliberativos, organizacionales y de proximidad, como el COE, que permitan desplegar acciones colectivas de cuidado.

En contraste, el COE de Villa Itatí se configuró como un espacio virtual-organizacional impulsado por organizaciones sociales con larga trayectoria de lucha, alojadas por equipos de salud y funcionarios que reconocieron los saberes situados del territorio. Este encuentro habilitó una instancia de cogestión que incluso trascendió la emergencia sociosanitaria de Covid-19, prolongándose en el tiempo como dimensión terapéutica.

Lo anterior nos lleva a cuestionar la noción de *poblaciones a cargo*. Como advierte Merhy (2021), muchas personas perciben desinterés y falta de responsabilidad en los equipos de salud respecto de sus problemas y necesidades. Si bien la expresión *a cargo* sugiere asumir responsabilidad, reproduce un enfoque paternalista y centrado en los profesionales como únicos productores de cuidados. En su lugar, proponemos la noción de *poblaciones vinculadas*, para resaltar la coproducción y la dimensión relacional del cuidado.

Finalmente, el concepto de espacio de salud se diferencia del de *centro de salud* no solo porque visibiliza espacios virtuales y simbólicos que producen actos de cuidado, sino porque parte de una comprensión del derecho a la salud que trasciende el acceso al sistema y la atención sanitaria. Constituye, en sí mismo, un proceso democratizador, tanto como medio como fin. Es un espacio conformado a partir del acto intercesor, pero cuya permanencia se sostiene en el *cuidado*: este permite prolongar en el tiempo el presente continuo del espacio de salud y, al mismo tiempo, funciona como modulador de saberes diversos, habilitando su potencial democratizador.

En suma, los *espacios de salud* pueden definirse como ámbitos simbólicos y situados, contruidos en el encuentro entre vecinos organizados y equipos de salud, donde necesidades, demandas y deseos se hacen públicos y se transforman en actos de cuidado. Su existencia no se restringe a los CAPS ni a dispositivos institucionales formales, sino que se expande en el territorio como proceso relacional y colectivo que democratiza la producción de salud. En contraste con la noción de *poblaciones a cargo*, los espacios de salud se

sostienen en el vínculo y en la coproducción, configurando un presente continuo desde el cual es posible defender la vida y crear otros mundos posibles.

## CONCLUSIONES

En función del objetivo planteado, la revisión del estado del arte permitió constatar la ausencia de un concepto capaz de nombrar los ámbitos simbólicos en los que se coproduce la salud en los territorios. Si bien las corrientes de la geografía crítica, el ordenamiento territorial, la Medicina Social y la Salud Colectiva Latinoamericana ofrecen caminos fértiles, ninguna ha desarrollado de manera específica una categoría que reconozca y conceptualice estas configuraciones. Es en este vacío donde proponemos la noción de *Espacios de Salud*.

El cruce con nuestras investigaciones empíricas permitió validar que en los territorios existen prácticas de organización colectiva surgidas concretamente para producir actos de salud, las cuales no han sido nombradas hasta ahora desde esas lógicas, sino por sus funciones y servicios -Comité Operativo de Emergencia o Consejo de Emergencia Barrial (COE) y centro médico (COVIMET)-. Además, nos permite afirmar que los *espacios de salud* se configuran no tanto por los ámbitos físicos, sino por los procesos de coestión situados en el territorio.

Esbozamos las primeras líneas de esta nueva categoría a la que entendemos no como cerrada y definida, sino en proceso de discusión y elaboración. Observamos que una categoría como la planteada no existe en el ámbito sanitario. A la vez que consideramos clave visibilizar y comenzar a nombrar esta intersección que se produce dentro del campo social entre el hábitat y la salud; ya que desestimar las configuraciones territoriales, sus dinámicas y los actores intervinientes -incluidos funcionarios, gestores de políticas de salud y socio-urbanas, entre otros- sería olvidarnos de que la salud está asociada a luchas de poder que incluyen y determinan los usos del suelo (tal como plantea Milton Santos).

En suma, los Espacios de Salud emergen como una categoría analítica y política capaz de visibilizar la complejidad de los procesos de salud en el territorio, ofreciendo un puente entre teoría, práctica y acción transformadora. Su estudio y desarrollo constituyen una invitación a repensar la salud como un derecho colectivo, situado y coproducido, donde la defensa de la vida y la construcción de otros mundos posibles se dan en el presente, sostenidos por la solidaridad y la proximidad que se construye en los territorios.

## Bibliografía

ALMEIDA FILHO, N. (2021). Sindemia, infodemia, pandemia de COVID-19: Hacia una pandemiología de enfermedades emergentes. *Salud Colectiva*, 17, 1-21.

ALMEIDA FILHO, N., Y PAIM, J. S. (1999). La crisis de la salud pública y el movimiento de la salud colectiva en Latinoamérica. *Cuadernos médico sociales*, 75, 5-30.

BACHELARD, G. (2000). La noción del obstáculo epistemológico. Plan de la obra. En *La formación del espíritu científico*. Siglo veintiuno. chrome-extension://efaidnbmninnibpcajpcglclefindmkaj/https://posgrado.unam.mx/musica/lecturas/LecturaIntroduccionInvestigacionMusical/epistemologia/Bachelard%20Gaston-La-formacion-del-espiritu-cientifico.pdf

BISPO JÚNIOR, J. P., Y BARBOSA DOS SANTOS, D. (2021). COVID-19 como sindemia: Modelo teórico e fundamentos para a abordagem abrangente em saúde. *Cadernos de Saúde Pública*, 37(10).

BOURDIEU, P. (1997). *Razones prácticas. Sobre la teoría de la acción*. Anagrama.

BREILH, J. (2010). La epidemiología crítica: Una nueva forma de mirar la salud en el espacio urbano. *Salud Colectiva*, 6(1), 83-101.

BREILH, J. (2013). La determinación social de la salud como herramienta de transformación hacia una nueva salud pública (salud colectiva). *Revista Facultad Nacional de Salud Pública*, 31(1), 13-27.

BRUNTON, G., THOMAS, J., O'MARA-EVES, A., JAMAL, F., OLIVER, S., Y KAVANAGH, J. (2017). Narratives of community engagement: A systematic review-derived conceptual framework for public health interventions. *BMC Public Health*, 17(1), 944. <https://doi.org/10.1186/s12889-017-4958-4>

CAMPOS, G. W. DE S. (1998). O anti-Taylor: Sobre a invenção de um método para co-governar instituições de saúde produzindo liberdade e compromisso. *Cadernos de Saúde Pública*, 14(4), 863-870.

CAMPOS, G. W. DE S. (2021). *Método Paideia análisis y cogestión de colectivos*. De la UNLA - Universidad Nacional de Lanús.

Castro, R. (2023). *Teoría social y salud* (Primera). EDUNLA Cooperativa.

CATENAZZI, A., Y DA REPRESENTAÇÃO, N. (2017). Acerca de la gestión de la proximidad. En M. Chiara y M. M. Di Virgilio (Eds.), *Gestión de la política social: Conceptos y herramientas* (Primera, pp. 119-137). Universidad Nacional de General Sarmiento.

Chiara, M. (2019). ¿ES EL TERRITORIO UN “ACCIDENTE” PARA LAS POLÍTICAS DE SALUD? APROXIMACIÓN CONCEPTUAL Y REFLEXIONES DESDE LA INVESTIGACIÓN SOCIAL. *Ciudadanías. Revista de Políticas Sociales Urbanas*, 4, 19-35.

CHIARA, M. (2020). Salud en territorios segregados. Apuntes para pensar las políticas desde los aprendizajes que deja la pandemia. *Revista Debate Público. Reflexión de Trabajo Social*, 10(20), 27-40.

CORNWALL, A. (2008). Unpacking «Participation»: Models, meanings and practices. *Community Development Journal*, 43(3), 269-283. <https://doi.org/10.1093/cdj/bsn010>

CYMENT, P. (2010). Derechos humanos, pobreza y desarrollo. En B. Pereyra y P. Vommaro (Eds.), *Movimientos sociales y derechos humanos en la Argentina* (pp. 107-128). Ciccus.

DECLARACIÓN DE ALMA-ATA. (1978).

DI MARCO, G. (2011). *El pueblo feminista. Movimientos sociales y lucha de las mujeres en torno a la ciudadanía*. Biblos.

DI VIRGILIO, M. M. (2015). La dimensión territorial de la política sanitaria. En M. Chiara (Ed.), *Gestión territorial integrada para el sector salud (Cuaderno de Trabajo)* (Primera, pp. 47-60). Universidad Nacional de General Sarmiento.

FEO ISTÚRIZ, O., FEO ACEVEDO, C., Y JIMÉNEZ, P. (2012). Pensamiento contrahegemónico en salud. *Revista Cubana de Salud Pública*, 38(4), 602-614.

FERRARI GAIBAZZI, P. M. (2018). *Cogestión en salud: Herramientas para democratizar Centros de Atención Primaria de Salud de la provincia de Mendoza*. Universidad Nacional de Cuyo.

FERRARI GAIBAZZI, P. M. Y STRASSER, G. (2023, julio). Es necesario destecnologizar y repolitizar las decisiones que tienen que ver con la salud. Entrevista al sanitarista colombiano Mario Hernández Álvarez. *Tramas de salud. Tejiendo salud colectiva.*, 1.

GASSULL, V., Y GOMEZ CARRIZO, H. (2016). Territorio Dominado vs. Territorio Apropriado. El caso del norte de la provincia de Mendoza. *RevIISE - Revista De Ciencias Sociales Y Humanas*, 8(8), 75-88.

- GASSULL, V. M. (2019). Hábitat y territorio en la producción de la ciudad. *Proyección*, 13(25), 1-5.
- GRANDA, E. (2004). ¿A QUÉ LLAMAMOS SALUD COLECTIVA, HOY? *Revista Cubana de Salud Pública*, 30(2).
- HARVEY, D. (1992). *A condição pós-moderna. Uma pesquisa sobre as origens da mudança cultural*. Ediciones Loyola.
- HORTON, R. (2020). Fuera de línea: COVID-19 no es una pandemia. *The Lancet*, 396, 874.
- KONFINO, J. (Director). (2021). *Faros de salud* [Corto documental].
- LACLAU, E., Y MOUFFE, C. (2015). *Hegemonía y estrategia socialista. Hacia una radicalización de la democracia*. (Tercera). Fondo de Cultura Económica.
- MENÉNDEZ, E. (1988). *Modelo Médico Hegemónico y Atención Primaria*. 451-464.
- MENÉNDEZ, E. (1995). Participación social en salud como realidad técnica y como imaginario social. *Dimensión Antropológica*, 2(2), 7-37.
- MERHY, E. E. (2021). *Salud: Cartografía del trabajo vivo*. EDUNLA Cooperativa.
- MORALES BORRERO, C., BORDE, E., ESLAVA CASTAÑEDA, J. C., Y CONCHA SÁNCHEZ, S. (2013, diciembre). ¿Determinación social o determinantes sociales? Diferencias conceptuales e implicaciones praxiológicas. *Revista de Salud Pública*, 15(6), 797-808.
- RAMACCIOTTI, K., GUERRERO, G. N., Y GILLIGAN, C. (2022). Aprender al calor de una crisis sanitaria. El aislamiento comunitario en Villa Itatí y Villa Azul. *Revista de Educación*, 2(27), 113-134.
- RIFKIN, S. B. (2014). Examining the links between community participation and health outcomes: A review of the literature. *Health Policy and Planning*, 29(suppl 2), ii98-ii106. <https://doi.org/10.1093/heapol/czu076>
- SANTOS, B. de S. (2009). *Una epistemología del Sur: La reinención del conocimiento y la emancipación social*. Siglo veintiuno.
- SANTOS, M. (2004). *Por uma geografia nova. Da crítica da geografia a uma geografia crítica* (Sexta). Edusp.

SANTOS, M. (2005). O retorno do território. *OSAL : Observatorio Social de América Latina*, 16, 251-261.

SINGER, M. (2000). A DOSE OF DRUGS, A TOUCH OF VIOLENCE, A CASE OF AIDS: CONCEPTUALIZING THE SAVA SYNDROMIC. *Free Inquiry in Creative Sociology*, 28(1), 13-24.

SOFOVIAL. (2021). La participación en la construcción del SNIS. En *INTEGRADO Aportes para la discusión de un nuevo Sistema Nacional de Salud en Argentina* (Primera, pp. 179-192). MT Editores.

SOLARI, C. (2024, octubre 13). *EL INDIO EN GELATINA - La Gran Bestia Pop con Pedro Rosemblat* (P. Rosemblat) [Gelatina]. <https://www.youtube.com/watch?v=UzNonAd2xJg>

SPINELLI, H. (2016). Volver a pensar en salud: Programas y territorios. *Salud Colectiva*, 12(2), 149-171. <https://doi.org/10.18294/sc.2016.976>

SPINELLI, H. (2022). *Sentirjugarhacerpensar: La acción en el campo de la salud*. EDUNLA Cooperativa.

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

[Szwarc, L. \(2024\). Los aportes de las luchas por el aborto legal en Argentina. Para un enfoque feminista de la salud. \*Critical times\*, 7\(1\), 26-45. <https://doi.org/10.1215/26410478-11082945>](#)

TESTA, M. (1997). *Pensar en Salud*. Lugar Editorial.

VARGAS CÔRTEZ, S. M. (2011). Consejos y conferencias de salud: El papel institucional y los cambios en las relaciones entre Estado y sociedad. En S. Fleury y L. de Vasconcelos Costa Lobato (Eds.), *Participación, democracia y salud* (Primera, pp. 125-158). Lugar Editorial.