

**Universidad de Buenos Aires, Fac. de Ciencias Sociales, Instituto Gino Germani**

Terceras Jornadas de Jóvenes Investigadores, Buenos Aires, 29 y 30 de septiembre de 2005

Propuesta temática seleccionada: 3) *Orden - conflicto - cambio.*

Título del trabajo: **TRABAJAR EN SALUD DESDE LOS MOVIMIENTOS SOCIALES:  
COTIDIANEIDAD E INTEGRALIDAD HACIA EL CAMBIO SOCIAL**

Autoras: Lic. María Belén Sopransi<sup>1</sup> y Lic. Verónica Veloso<sup>2</sup>

Afiliación institucional: Facultad de Psicología - Universidad de Buenos Aires. Proyecto UBACyT P058 “Praxis Psicosocial Comunitaria en Salud” (2004-7, directora: Prof. Graciela Zaldúa) y Proyecto de Investigación Beca UBACyT (Categoría Maestría) “Prácticas autogestivas colectivas y estrategias de autoprotección en salud”, becaria: Lic. María Belén Sopransi, dirigido por la Prof. Graciela Zaldúa.

---

<sup>1</sup> María Belén Sopransi. Licenciada en Psicología de la UBA, becaria de investigación UBACyT en el proyecto “Praxis psicosocial comunitaria en salud”, docente de la materia “Psicología Preventiva”, co-coordinadora del área “Trabajadores Desocupados” del programa de extensión universitaria Observatorio de prevención y protección de la salud comunitaria (Fac. de Psicología, UBA), integrante del consejo de redacción de Herramienta. E-mail: mbsopransi@yahoo.com.ar

<sup>2</sup> Verónica Veloso. Licenciada en Psicología de la UBA, investigadora de apoyo del programa UBACyT “Praxis psicosocial comunitaria en salud”, co-coordinadora del área “Trabajadores Desocupados” del programa de extensión universitaria Observatorio de prevención y protección de la salud comunitaria (Fac. de Psicología, UBA). E-mail: veroveloso01@hotmail.com

## **Introducción**

La presente investigación acción participativa (IAP) en el Movimiento de Trabajadores Desocupados (MTD) autónomo de zona sur del conurbano bonaerense, forma parte del UBACyT “Praxis Psicosocial Comunitaria en Salud” (2004-7); se inscribe en el paradigma de la Psicología Social Comunitaria Crítica, que propicia valores de autodeterminación, justicia distributiva y empoderamiento frente a la subordinación y opresión de clase, género, cultura y etnia. Se centra en el trabajo que desde el MTD se realiza en torno al abordaje y la resolución de problemas colectivos de salud ante la situación de crisis sanitaria del sistema público de salud.

Los objetivos son: 1- historizar el campo de construcción de la organización en torno al trabajo en salud en el MTD; 2- relevar necesidades, representaciones y estrategias colectivas en salud; 3- explorar las características de la participación social en salud en el MTD; 4- facilitar la co-construcción de estrategias de promoción y prevención en salud desde una ciudadanía activa por el derecho a la salud de los sectores excluidos, y fortalecer las prácticas participativas promoviendo una relación abierta entre MTD y Universidad Pública.

Se combinan técnicas cualitativas (entrevistas en profundidad, grupos focales, observación participante, talleres) y cuantitativas (encuestas colectivas, relevamiento documental) de recolección y análisis de datos, y triangulación de fuentes e instrumentos, asistida por procesadores Epi Info y Atlas Ti.

La presente IAP se guía en el trabajo de co-construcción de los actores/autores intervinientes (de los MTDs y de la Universidad Pública) a través de una ética relacional. Se resguardan los derechos, intereses, sensibilidad, privacidad y confidencialidad de los actores participantes dentro del proceso y en la difusión de los resultados.

## **Marco Referencial**

El proceso de salud-enfermedad constituye una expresión particular del proceso general de la vida social, es "la síntesis de un conjunto de determinaciones que opera en una sociedad concreta y que producen en los diferentes grupos la aparición de riesgos o potencialidades características (...)" (Breilh y Granda, 1985). Las condiciones de vida son mejores mientras más adecuadas sean las condiciones para la reproducción social, para los procesos vitales y para la acumulación genética de ventajas biológicas (Breilh, 1995). La categoría de condiciones de vida es incorporada como expresión particular de los procesos generales de reproducción social, actuando como mediador entre el modo de vida de la sociedad y la situación de salud de un grupo poblacional específico. Como resultado de la dinámica de las condiciones particulares de vida de un grupo de población, su articulación con el proceso

general reproductivo de la sociedad y las acciones de respuesta social ante los procesos conflictivos, se produce un balance que se expresa en problemas de salud y bienestar o la ausencia de ellos (Castellanos, 1991). El concepto de clase social es introducido "como instrumento teórico-metodológico fundamental", "en cada una de las clases sociales se resume la historia de sus condiciones de trabajo y de consumo que modulan la calidad de vida y el apareamiento de deterioros de los elementos integrantes de la misma" (Breilh, 1985).

Desde la Epidemiología Crítica, "herramienta de monitoreo permanente del deterioro humano, (...) instrumento de consolidación de una conciencia sanitaria, y (...) arma para la planeación de acciones colectivas, tendientes a la defensa de la salud y la humanización de las sociedades" (Breilh, 1995), el proceso salud-enfermedad colectivo no puede ser abordado sin tener en cuenta la existencia de clases sociales, que estas clases participan necesariamente en las relaciones de producción determinadas por la propia dinámica del capitalismo, y que los cambios que operan en esta dinámica, es decir, en las formas de acumulación del capital, van transformando las condiciones de trabajo y repercuten en las condiciones de vida y en las posibilidades de emancipación de los grupos que integran la clase dominada.

Se suman solidariamente a este marco los postulados de la Psicología Comunitaria Latinoamericana, psicología orientada al cambio social<sup>3</sup>, y de la Psicología de la Liberación, que tiene por objetivo central atender prioritariamente los intereses de los grupos dominados, sus problemas, sus esperanzas y sueños. Entre sus tareas liberadoras y urgentes se encuentran la recuperación de la memoria histórica, la desideologización de la experiencia cotidiana, la potenciación de las virtudes de los pueblos y el análisis de las organizaciones populares como instrumentos de liberación histórica<sup>4</sup>.

Como parte del mismo posicionamiento se entrecruzan los lineamientos de la Prevención Crítica, entendida como proceso de intervención contextuada que interroga diseños y actos técnicos, propiciando la apropiación de saberes y prácticas potenciadoras de autonomía, facilitando la identificación y transformación de situaciones de marginación, subordinación, dependencia, estigmatización y sufrimiento. A la vez que integra la redefinición de las esferas de lo privado y lo público desde el ejercicio de ciudadanía, implicando la promoción de derechos y responsabilidades, y pone en cuestión los dispositivos de control social tutelar de identidades individuales y colectivas<sup>5</sup>.

---

<sup>3</sup> Montero, M.: "La comunidad como objetivo y sujeto de la acción social", Publicaciones de la Universidad Central de Venezuela, Caracas, 1992, págs. 4-5.

<sup>4</sup> Baró, I.: Psicología de la Liberación, Cap. 9 y 10, Editorial Trotta, España, 1998.

<sup>5</sup> Zaldúa, G.: "Clases Teóricas", en Apuntes de la cátedra Psicología Preventiva, Secretaria de Publicaciones, Fac. de Psicología, U.B.A, 2000, pág. 3.

Basada en el reconocimiento del otro como sujeto, la IAP comprende a la investigación y la intervención comunitaria como parte de un mismo proceso. Fals Borda (1985: 14-15) la describe como “una metodología dentro del proceso vivencial (un ciclo productivo satisfactorio de vida y trabajo en las comunidades) en busca de ‘poder’ y no tan sólo de ‘desarrollo’ para los pueblos de base, un proceso que incluye simultáneamente educación de adultos, investigación científica y acción política, y en el cual se consideran el análisis crítico, el diagnóstico de situaciones y la práctica como fuentes de conocimiento. La IAP implica adquirir experiencias e información para construir un poder especial –el poder popular– que pertenezca a las clases y grupos oprimidos y a sus organismos, con el fin de defender justos intereses de éstos y avanzar hacia metas compartidas de cambio social en un sistema político participativo.”

Intentamos “constituirmos en testigos de cargo de los procesos destructivos de la vida y del bienestar” (Breilh, 1995), y convertirmos en guardianes de la racionalidad social en un contexto de compromiso crítico, rescatando el valor de la IAP, cuyo criterio de verdad no se encuentra en las realidades existentes, sino en las realidades que la propia acción logra crear y desarrollar (Baró,1998:318).

### **Pobreza y desocupación**

Como efectos de las políticas neoliberales, en el 2002 la tasa de pobreza en América Latina alcanzaba el 43,4%, en tanto que la pobreza extrema abarcaba el 18,8% de la población de la región, esto implica que 220 millones de personas vivían en la pobreza y entre ellos 95 millones eran indigentes. Desde 1997 y hasta el 2003, tanto la tasa de pobreza como la de indigencia se habrían mantenido estables en la mayoría de los países latinoamericanos, salvo en Argentina y Uruguay. En Argentina, entre 1999 y 2002, la tasa de pobreza de las áreas urbanas se duplicó al pasar de 23,7% a 45,4%<sup>6</sup>, y la indigencia se triplicó subiendo del 6,7% al 20,9%. Paralelamente la misma fuente consigna el alto grado de concentración de ingresos<sup>7</sup>. Para el 2002, el índice de desocupación trepó al 17,8% y el de subocupación demandante al 13,8%. En Octubre de 2003, la tasa de desocupación urbana era de 15,6%, si se sumaba el porcentaje de beneficiarios de subsidios (5,4% de la P.E.A. –el 47,7% jóvenes entre 18 y 34 años–) ésta alcanzaría el 21%<sup>8</sup>. En nuestro país, la situación de pobreza,

---

<sup>6</sup> Según el INDEC, para octubre de 2002 el 57,5% de la población se encontraba bajo la línea de pobreza y el 27,5% de los pobres bajo la línea de indigencia.

<sup>7</sup> Fuente CEPAL citada en Murillo, S.: “Algunas consideraciones acerca del trabajo y las subjetividades en la Buenos Aires actual”, en *Dilución o mutación del trabajo en América Latina. O trabalho: entre a perenidade e superfluidez*. Trabajos para el XXIV Congreso ALAS 2003, Ediciones Herramienta, Buenos Aires, 2003.

<sup>8</sup> Fuente INDEC.

desocupación, dolor y muerte de millones de argentinos, representada en estos indicadores, se ha conservado casi intacta hasta la actualidad.

Según Vasilachis de Gialdino, quien propone una definición relacional de las situaciones de pobreza, “las personas pobres son aquellas que se ven sometidas a un entramado de relaciones de privación de múltiples bienes materiales, simbólicos, espirituales y de trascendencia, imprescindibles para el desarrollo autónomo de su identidad esencial y existencial”<sup>9</sup>. La desigualdad económica es la base de la desigualdad social, Berlinguer (1989) sostiene como “un hecho evidente (cuando se estudia) que la desigualdad, la explotación y la opresión concurren para producir o agravar las enfermedades”. Breilh (1984) reconoce que “las condiciones de vida y salud-enfermedad, constituyen una expresión del desarrollo económico, político e ideológico de una sociedad”, y las desigualdades en estos “desarrollos”, que han sido “heredadas de las formaciones pre-capitalistas (...) se desarrollan con las ‘miserias’ modernas que acompañan al capitalismo monopólico (...) así se producen formas de vida contrastantes. El efecto de todas aquellas miserias heredadas y modernas, detienen el progreso en la salud y aún producen efectos devastadores en algunos grupos (...) lo que enferma y mata no es el progreso sino el modo capitalista de progresar”.

En el marco de crisis de dilución y mutación del trabajo, la falta de trabajo asalariado constituye el rasgo principal de la metamorfosis social y política que experimenta la sociedad argentina<sup>10</sup>. La desindustrialización y las privatizaciones de los años '90 son procesos centrales que determinan esta situación. Las zonas de vulnerabilidad<sup>11</sup> definidas, tanto por la precarización o la ausencia del trabajo asalariado, como por el deterioro o la ruptura de las redes de apoyo social, nos permiten ubicar allí a quiénes conforman una población atravesada por la imposibilidad de inscribirse en el proceso de reproducción social, limitada en la accesibilidad a bienes y servicios y sin redes sociales alternativas que la contengan. Aunque de ninguna manera puede considerarse una estructuración de la división del trabajo de forma equitativa<sup>12</sup>, este proceso permitía una forma de reproducción social, que impregnada por el consumo, diagramaba el modo de vida de los distintos actores sociales significando sus

---

<sup>9</sup> Vasilachis de Gialdino, I.: “Trabajo, situaciones de pobreza e identidad”, en Dilución o mutación del trabajo en América Latina. O trabalho: entre a perenidade e superfluidade. Trabajos para el XXIV Congreso ALAS 2003, op.cit., pág. 53.

<sup>10</sup> Salvia, A.: “Crisis del empleo y fragmentación social en la Argentina. Diagnóstico necesario y condiciones para su superación”, en Dilución o mutación del trabajo en América Latina. O trabalho: entre a perenidade e superfluidade. Trabajos para el XXIV Congreso ALAS 2003, op. cit., pág. 39.

<sup>11</sup> Castel, R.: “Los desafiliados. Precariedad del trabajo y vulnerabilidad relacional”. En Revista Topia, Año I, nº III, Noviembre 1991, págs. 29-30.

<sup>12</sup> Nos referimos a la división del trabajo en trabajo manual e intelectual.

prácticas<sup>13</sup>, y posibilitaba la construcción de una determinada identidad social, la de la clase trabajadora. Sin embargo, la desocupación obtura este proceso, y por consiguiente, resquebraja la identidad del sujeto expulsado del circuito, su modo de vida pierde la significación que contenía, su calidad de vida empeora.

El proceso de expulsión social inaugura la existencia de seres fuera del circuito de producción de subjetividad mercantil, puesto que no son consumidores, no son sujetos para la economía neoliberal, constituyen un no-ser, una nuda vida. Esto evidencia que la humanidad no es un atributo universal, es contingente, y por lo tanto, se puede perder<sup>14</sup>.

En el ámbito intersubjetivo, el trabajo juega un rol fundamental en la construcción de la identidad, ésta se reafirma a través del reconocimiento del hacer: la realización de sí mismo pasa por la mirada del otro<sup>15</sup>. La identidad narrativa pierde lugares de anclaje, la memoria caduca sus sentidos y el horizonte de expectativas se achica en función de la necesaria búsqueda de lo inmediato en relación a la sobrevivencia<sup>16</sup>. Cuando esta posibilidad de subjetivarse a través del trabajo está vedada, los/as desocupados/as (tanto los que fueron expulsados del mercado laboral, como los que nunca ingresaron) son desplazados hacia el polo de la desubjetivación, a través de los procesos de desocupación, la descalificación, la desprofesionalización, la desafiliación. La pérdida del empleo no sólo implica cuestiones económicas, sino “toda una serie de manifestaciones afectivas, predominantemente dolorosas –desilusión, decaimiento, angustia, decepción, desencanto– que no están directamente vinculadas a la valoración que el sujeto otorgaba al empleo”<sup>17</sup>.

En el espacio de la miseria se abren dos alternativas: o la miserabilización con sus atributos de pérdida de la condición subjetiva previa, o la construcción de una nueva subjetividad. En estos dos frentes se juegan la pérdida de la humanidad o la adquisición de una humanidad apoyada en la lucha y en la búsqueda de instancias propias de construcción subjetiva (Ferrara,2003).

En Argentina, la irrupción de la crisis institucional, económica y social en el 2001, que se inaugura con la salida de la convertibilidad, produce múltiples efectos en las condiciones de vida de la población, provocando un consecuente deterioro de la salud colectiva. Pero al

---

<sup>13</sup> de Almeida-Filho, N.: “La práctica teórica de la epidemiología social en América Latina”. En Salud y Cambio, Año 3, nº 10, Santiago, Chile, 1992, págs. 25 y 26.

<sup>14</sup> Ferrara, F.: Más allá del corte de rutas. La lucha por una nueva subjetividad, 2003, págs. 19 a 21.

<sup>15</sup> Dessors D. y Molinier P.: “La Psicodinámica del trabajo”. Seminario Intensivo de investigación Psicopatología y psicodinámica del trabajo, PIETTE-CONICET, Buenos Aires, Julio 1994, pág. 3.

<sup>16</sup> Murillo, S., en Dilución o mutación del trabajo en América Latina. O trabalho: entre a perenidade e superfluidade. Trabajos para el XXIV Congreso ALAS 2003, op. cit., págs. 34-35.

<sup>17</sup> Suaya, D. citada en Sánchez Antelo, V. et. al., en Dilución o mutación del trabajo en América Latina. O trabalho: entre a perenidade e superfluidade. Trabajos para el XXIV Congreso ALAS 2003, op. cit., pág. 62.

mismo tiempo permite visibilizar un nuevo protagonismo social, entramado de relaciones que inducen a una nueva sociabilidad, y con esto la puesta en la escena social y política de proyectos alternativos.

### **Movimiento de Trabajadores Desocupados autónomo**

En este marco se inscriben los M.T.D.s autónomos junto a las iniciativas de las asambleas barriales, las fábricas recuperadas por sus trabajadores, los nodos de trueque y otros proyectos de economía alternativa. Ciertas características atravesaron transversalmente a este conjunto de experiencias: todas nacen estableciendo su territorio, definiendo sus necesidades, reflejando cambios en las subjetividades, erigiéndose como recursos y potencialidades situacionales. Estas nuevas formas que toman las prácticas autogestivas colectivas están inmersas dentro de un proceso instituyente en el que se debaten alternativas democratizantes a los modelos tradicionales de trabajo, gestión de la vida cotidiana, participación política y ejercicio de la ciudadanía. Dicho proceso no está exento de contradicciones, representando una dinámica de avances-retrocesos y tensiones (Colectivo Situaciones,2003; Fernández et.al.,2003; Ferrara,2003; López et.al.,2003; Robertazzi et.al.,2003; Sopransi et.al.,2003).

Introduciéndonos en el terreno específico de los M.T.D.s autónomos de la zona Sur del Conurbano Bonaerense, su constitución se remonta a las primeras comisiones provisorias de desocupados organizadas a fines de 1995 para hacer frente a la situación contextualizada por el incremento del desempleo y la consecuente pauperización de sus condiciones de vida. Estos grupos luego darían lugar a la conformación de los M.T.D.s y a otras organizaciones piqueteras de la zona. A nivel nacional y como hitos fundacionales, las protestas populares masivas de Cutral-Có y Plaza Huincul del '96 dieron nacimiento a este nuevo movimiento social: el Movimiento Piquetero. En 1997 comenzarán a afianzarse diversos grupos territoriales tanto en la zona sur del conurbano bonaerense como en el resto del país. El reclamo inicial que dirigen al Estado es por la recuperación de puestos de trabajo o subsidios y bolsones de alimentos. El “piquete” (corte de ruta) aparece en primera instancia como medida defensiva en respuesta a la represión, para luego asumir otros objetivos (evitar la circulación de mercancías) hasta convertirse en la forma de lucha específica de estos grupos<sup>18</sup>. Aunque el piquete fue la estrategia de lucha más contundente, las acciones no se reducen únicamente a su práctica, en la actualidad existe una revisión crítica de esta herramienta y el despliegue de otras formas alternativas.

---

<sup>18</sup> Acerca de la historia del Movimiento Piquetero y el desarrollo de sus formas de lucha, ver: Zibechi, R., op. cit., cap. 4 y Oviedo, L.: De las primeras Coordinadoras a las Asambleas Nacionales. Una historia del Movimiento Piquetero, Ediciones Rumbos, Buenos Aires, 2001.

Los M.T.D.s son agrupaciones territoriales y autónomas. Su estructura interna está basada en grupos pequeños por emprendimiento (de producción o servicios), comisiones y referentes, responsables o coordinadores de tareas rotativos. Si bien los M.T.D.s surgen intentando dar una respuesta en torno a la desocupación, las comisiones internas abordan otras problemáticas territoriales relevantes, como la salud comunitaria, la alimentación, la formación, etc. Como grupos autónomos, los M.T.D.s articulan situacionalmente con otras organizaciones sociales, políticas y estudiantiles o coordinan sus actividades con otros M.T.D.s circunstancial o establemente conformando un movimiento de movimientos. Sus pilares fundacionales son el trabajo, la dignidad y el cambio social, a estos se suman la horizontalidad, el compromiso, el compañerismo, la participación colectiva, la autogestión y la autonomía.

### **Hacia la Autonomía: nuevas formas de la Participación Social**

En tiempos en que desde el gobierno nacional se redoblan las intenciones y los actos de judicialización y represión hacia los grupos que protagonizan las diferentes protestas sociales, es necesario crear un discurso contrahegemónico que rompa con las representaciones construidas por los medios de difusión masiva en torno al Movimiento Piquetero. La identidad impuesta de “piquetero” reduce a quienes se enuncian centralmente como “trabajadoras y trabajadores desocupados” a una imagen violenta con caras cubiertas y palos en las manos, por otro lado, homogeneiza un movimiento formado por grupos sustancialmente diversos en sus formas organizativas y líneas políticas: desde la estructura partidaria representativa hasta la construcción basada en la democracia directa, desde el oficialismo hasta la oposición de la crítica radical. Invisibilizadas aparecen las cuestiones de persecución y hostigamiento hacia los integrantes del MTD, su reconocimiento como sujetos con derechos ciudadanos, la participación predominante de mujeres, la explicitación de las contradicciones sociales a través de la protesta y la propia cotidianeidad del movimiento: la importancia de su trabajo territorial.

Desde la perspectiva de los actores involucrados (N=44), la percepción de la mirada de la sociedad sobre los movimientos de desocupados muestra que: el 56,1% plantea que son mal vistos, el 31,7% sostiene que son bien vistos por algunos sectores y mal vistos por otros y el 12,2% opina que son bien vistos (especialmente en el territorio del MTD). Sobre las razones percibidas de ser mal vistos por la sociedad, el 43,5% refiere a que la sociedad los ve como delincuentes, marginados, peligrosos y rebeldes y lo relacionan con la imagen negativa de los piqueteros creada por los medios masivos de comunicación, el 34,8% sostiene que se debe a que esa parte de la sociedad que los ve mal no sufre hambre, no conoce la pobreza y la



desocupación, se desentienden de la problemática social y no comprenden el sentido de su lucha, y el 17,4% opina que se debe a las molestias ocasionadas por marchas y piquetes.

En contraposición, los mensajes que el MTD intenta transmitir a la sociedad según sus integrantes son: luchar por los derechos y el cambio social (33,3%), luchar por un trabajo digno y la disminución de la desocupación (24,4%), dignidad, paz (no violencia), resistencia, unidad y organización (24,4%), hacer ver la realidad social de pobreza y desocupación (11,1%). La claridad en la enunciación del mensaje del MTD correlaciona con el mayor tiempo de participación dentro de la organización. Las ideas esbozadas concuerdan con los principios fundacionales político-organizativos del MTD y muestran la implicación de los sujetos en la construcción colectiva. En ellos están presentes como horizontes la transformación social, la civilidad y la emancipación.

Modos organizativos basados en la horizontalidad de las relaciones entre pares y la democracia directa requieren la presencia y la cooperación solidaria de todos los integrantes en la toma de decisiones, en la búsqueda de consenso y en la producción autogestiva. Este pasaje de una posición dependiente al desarrollo de autonomía se expresa, según Zibechi<sup>19</sup>, en tres dimensiones. La primera es una autonomía política respecto de la iglesia, el Estado, los partidos políticos y los sindicatos. Esta basada en la autopresentación de sus necesidades e intereses y es un movimiento en contra la cooptación clientelar y asistencialista. Por otro lado, implica la gestión directa de los subsidios y los proyectos de trabajo. La segunda es una autonomía estratégica relacionada con la búsqueda de formas no dependientes de los subsidios a través de los emprendimientos, la formación y la generación de una economía alternativa. El fin que se persigue es la posibilidad de auto-reproducción de sus propias condiciones materiales y simbólicas de existencia. La tercera es una autonomía ligada al proceso productivo relacionada con la subversión del modo capitalista de producción y las formas que este adopta: la recuperación de un saber-hacer por medio de la educación popular y del control sobre la producción a partir de criterios propios de la comunidad sin formas centralizadas, ni jerárquicas. Bonefeld postula que la autonomía está referida a formas organizadas de negatividad: “la autonomía social comienza en la lucha en contra del capital y de su Estado, y de las instituciones asociadas de la integración social”, proyecta el propósito de la emancipación humana<sup>20</sup>.

---

<sup>19</sup> Zibechi, R: Genealogía de la revuelta. Argentina: la sociedad en movimiento, Letra Libre – Nordan Comunidad, Buenos Aires, 2003, págs. 141 a 150.

<sup>20</sup> Bonefeld, W.: “Incertidumbre y autonomía social”, en Globalización, Septiembre 2003 en <http://rcci.net/globalizacion/>.

Como experiencia de contrapoder, el M.T.D. autónomo propone desde la base una alternativa al capitalismo y su lógica dominante mediante formas de resistencia y creación. Estas experiencias existen sólo en situación, en un territorio, una espacialidad, una disposición corporal y un tiempo autodeterminados<sup>21</sup>, promueven lazos solidarios y de reciprocidad extensa.

Por su característica dinámica, la participación social y su diversas expresiones están atravesadas por procesos dialécticos que se dirimen entre polos tensionales. El siguiente cuadro enuncia algunas de las tensiones reconocidas<sup>22</sup>.

Polo PARTICIPACIÓN SIMULADA - HETERONOMIA	Focalización <	Política	> Integralidad	Amplitud de las propuestas participativas	Polo PARTICIPACIÓN REAL - AUTONOMIA
	Cooptación <		> empoderamiento	Objetivos de los procesos participativos	
	Conformismo <	Comunitaria	> Crítica	Posicionamiento colectivo	
	Recursos <		> Actores	Modalidad de participación subjetiva	
	Singular <		> Colectivo	Modos de negociación y toma de decisiones	
	Reflujo <	Popular	> Flujo	Dinámica de la participación	
	Programación <		> Espontaneidad	Génesis de la participación	
	Burocratización <	Ciudadana	> Creatividad	Formas organizativas (tradicionales o innovadoras)	
	Hegemonía <		> Subalternidad	Grado de desnaturalización de procesos estructurales	
	Alienación <		> Liberación	Reproducción - subversión de las relaciones vigentes	

### Cotidianidad

Zibechi (2003, cap. 4, pto. 6) sostiene que las organizaciones territoriales piqueteras son una respuesta estratégica a la mundialización, que propician una reestructuración del espacio urbano y geográfico. Los intentos por mejorar las condiciones de vida de la comunidad son realizados a partir de la lucha por los derechos ciudadanos. En el terreno de la salud la apertura de farmacias comunitarias que gestionan medicamentos, los talleres de formación de

<sup>21</sup> Colectivo Situaciones: Causas y Azares. Dilemas del nuevo protagonismo social, Borradores de Investigación 4, Publicación del Colectivo Situaciones, Buenos Aires, Mayo de 2003.

<sup>22</sup> La revisión crítica sobre el concepto de Participación Social y un tratamiento profundo de las tensiones que la atraviesan se pueden consultar en: Zaldúa, G., Sopransi, M.B. y Veloso, V.: "Praxis psicosocial: participación social y movimientos sociales", trabajo presentado en las VI Jornadas de debate interdisciplinario en salud y población, Buenos Aires, 25-27 de julio de 2005, Área Salud y Población, Instituto Gino Germani, Fac. de Ciencias Sociales, UBA.

agentes promotores de salud para la prevención y la lucha por la recuperación de las salas sanitarias de la zona junto a los trabajadores de la salud, son algunos ejemplos. Los problemas de la alimentación son abordados a través de los comedores comunitarios, la autoproducción de alimentos (huertas orgánicas), la gestión de alimentos y los talleres destinados al aprovechamiento de los escasos recursos para una dieta adecuada a las etapas del desarrollo. A nivel de educación informal los M.T.D.s diseñan sus propios talleres de acuerdo a las necesidades e intereses de los participantes, y entienden los talleres productivos como modos alternativos de formación. La cuestión de la vivienda y los espacios comunitarios es atendida a través de proyectos destinados a la producción de ladrillos (bloqueras) y la toma de predios con la finalidad de construir cooperativas de viviendas y espacios comunitarios de encuentro y trabajo tendiente a la autogestión. Las problemáticas relacionadas a la violencia, en especial contra la mujer, tienen especial atención. Variadas estrategias destinadas a desnaturalizar estas situaciones se expresan a través del cuestionamiento de las relaciones entre varones y mujeres, los lugares que ocupan cada uno dentro de la organización y la traspelación de la horizontalidad organizativa a las relaciones intergeneracionales. Las situaciones de violencia doméstica son tratadas dentro del colectivo que asume el lugar de tercero en cuestión para asegurar la salud de la mujer.

El M.T.D. se presenta como alternativa a la carencia de proyecto de vida, es así como sus miembros intentan “rescatar” a los jóvenes de la comunidad. De este modo se dirigen estrategias de abordaje alternativas en las problemáticas de consumo de drogas, embarazos precoces, actos temerarios y delictivos. Estas tareas no son llevadas a cabo sin problemas, pero sí con una alta eficacia.

El M.T.D. no sólo es un recurso de quienes lo integran, sino que forma parte de distintas redes formales e informales de recursos propios de la comunidad extensa, promueve nuevas formas de participación colectiva en los proyectos comunitarios y propicia la reconstrucción del entramado de las relaciones sociales hacia una nueva sociabilidad que integra y recupera valores asentados en el compromiso comunitario, los lazos afectivos y el compañerismo.

La nueva sociabilidad se nutre además de la resignificación de la cultura propia y la memoria colectiva. Este proceso se da a través del reencuentro con las líneas de sentido que en otros tiempos guiaban la vida comunitaria y su reactualización en saberes, valores y formas subjetivantes de ser, hacer, habitar y resistir acordes a la situación.

En tiempos donde el ejercicio de “la política” está reservada para el gobierno y sus funcionarios, los M.T.D.s reintroducen en la cotidianeidad espacios de politización donde se debaten nuevas modalidades de instituir la vida colectiva y la atención de las necesidades

inmediatas, nuevas formas de entender la política y la participación colectiva. La inauguración de estos espacios posibilita el desarrollo de un pensamiento crítico<sup>23</sup> a través del cual los M.T.D.s desnaturalizan el vasto dominio oculto de lo político y traen a la escena el conflicto social. Al organizarse, al recuperar su pensar-hacer, al definirse en una relación antagónica con otros, se constituyen como clase. Para Bourdieu la violencia simbólica es padecida por una comunidad que no asume explícitamente que la está sufriendo, pero tampoco es directamente asumida por quien la ejerce<sup>24</sup>. La situación de desocupación y pobreza deja de ser explicada por un pensamiento fatalista para visualizar los determinantes materiales y simbólicos que intervienen en ella.

La idea de cambio social sostenida por estos grupos es una propuesta integral cuyo centro gravita alrededor de las relaciones sociales. Lo político como parte de la cotidianeidad aparece resistiendo a la violencia extrema, intentando transformar material y simbólicamente las estructuras de dominación y propiciando modos de ser fieles a las ideas de igualdad y libertad de los sujetos.

Los aspectos enunciados permiten la redefinición de los anclajes de la identidad narrativa de los sujetos conjuntamente con su autoafirmación. La identidad como proceso de generación de sentido tiene un anclaje objetivo y una dimensión política, que se expresan “al ponerse en juego en ella las definiciones de las posiciones de los sujetos en la sociedad, sus alteridades sociales, sus proyecciones y aspiraciones con respecto al futuro”<sup>25</sup>. Castoriadis postula que el proceso identificatorio, es decir, la creación de un “sí mismo” individual-social, se apuntalaba en lugares que ya no existen o que están en crisis (familia, trabajo, hábitat, etc.). La crisis de las significaciones imaginarias sociales<sup>26</sup> se traduce en una crisis del proceso identificatorio. Ante esta falta de una auto-representación de la sociedad como morada de sentido y valor, en los espacios restringidos de los M.T.D.s los sujetos construyen una identidad colectiva basada en valores autodeterminados y contrahegemónicos que dan sentido a su existencia (dimensión biográfico-diacrónica de la identidad).

---

<sup>23</sup> “La crítica es negación (de lo dado) y anticipación (de lo que aún no es dado) y constituye una oposición al determinismo económico y a la visión mecanicista y positivista de los procesos sociales.” López, N. y Menéndez, L.: “La insumisión de la utopía (Acerca del ¡Qué se vayan todos!)”, en Revista Herramienta, N° 24, 2003, pág. 46.

<sup>24</sup> Bourdieu, P.: Razones prácticas. Sobre la teoría de la acción, Anagrama, Barcelona, 1999.

<sup>25</sup> Battistini, E. et. al.: “El trabajo: una mediación entre identidad y política”, en Dilución o mutación del trabajo en América Latina. O trabalho: entre a perenidade e superfluidade. Trabajos para el XXIV Congreso ALAS 2003, op. cit., págs. 11 y 12.

<sup>26</sup> Castoriadis sostiene que la función de las significaciones imaginarias sociales es triple: estructuran las representaciones del mundo en general, designan las finalidades de la acción (lo que hay que hacer y lo que no), y establecen los tipos de afectos característicos de una sociedad. El avance de la insignificancia, Eudeba, Buenos Aires, 1997, pág. 158.

La dimensiones de la cotidianeidad enunciadas forman parte de un proceso dinámico de avances y reflujos. “Más que entregar respuestas, la insumisión (...) se plantea cuestionamientos, al mismo tiempo que va realizando sus prácticas alternativas. Lo que estas prácticas tienen en común es la búsqueda de la revalorización de la dignidad humana a través de llevar adelante experiencias autónomas (...) generando porosidades en la estructura de dominación del sistema del capital”<sup>27</sup>.

### **La Salud como parte de la integralidad de la lucha: historización del campo**

En los MTDs la salud se torna un espacio participativo de manera secundaria. Ante la inmediatez de la sobrevivencia, las acciones prioritarias son dirigidas hacia la búsqueda de recursos que aseguren la vida: los alimentos, o su intermediario: el trabajo. Este hecho, sumado a que en nuestro país aún funciona, aunque sumamente precarizado en todos los aspectos, un sistema público de salud, hace que la salud pase a un segundo plano y se accione sólo ante la urgencia. Este punto de vista es compartido por gran cantidad de personas que se reconocen como militantes de la salud dentro de los MTDs y señalan la dificultad al intentar comprometer a otros compañeros en tareas vinculadas al área. Este problema se relaciona con la génesis del MTD: las primeras acciones de los MTDs están vinculadas a proyectos productivos y de autoconsumo.

A medida que los MTDs se consolidan y se inicia una tarea sistemática de relevamiento de condiciones de vida y necesidades en los territorios de acción, la salud aparece en el discurso como reclamo reivindicativo al Estado frente al desmantelamiento neoliberal del sistema de salud y la deficiencia en la atención sanitaria por falta de insumos y profesionales, por sobredemanda, etc. Conjuntamente se expresa el reclamo por la educación. Este primer esbozo de participación social en salud surge a partir del reconocimiento del derecho a la salud y la falta de garantías por parte del Estado. Las primeras acciones con respecto a la salud están relacionadas con la defensa de la estructura en salud existente y tienen un fuerte sentido político: evitar cierres o privatización de hospitales y centros de salud, no permitir el cobro de aranceles o bonos para la atención, denunciar los reiterados robos y el control punteril en las unidades sanitarias, etc. Para estas acciones se recurrió a articulaciones territoriales con otras organizaciones del barrio, otros movimientos sociales, sindicatos de trabajadores de la salud, etc.

Los MTDs están formados mayoritariamente por personas que perdieron sus trabajos durante el periodo de desindustrialización y privatización de empresas públicas de finales de los '90.

---

<sup>27</sup> López, N. y Menéndez, L., op. cit., pág. 44.

Con lo cual, las necesidades de la vida cotidiana, hasta ese momento, aunque de manera precaria estaban aseguradas. Complementando la lucha por el trabajo y los alimentos con el reconocimiento y la primeras acciones en defensa del derecho a la salud y la educación, los MTDs comienzan a perfilar una integralidad de los aspectos de la vida cotidiana ligada a la reconstrucción colectiva a través de la organización.

Al aspecto reivindicativo de la participación social en salud, se suman acciones concretas dentro del territorio: relevamiento de los recursos y los problemas de los centros de salud, vinculación con los trabajadores de la salud, diagnóstico comunitario de las problemáticas de la salud en el territorio, rastreo de los problemas endémicos, aspectos ecológicos del hábitat, etc. Se esbozaron diversas propuestas para hacer frente a las problemáticas rastreadas a través de la creación de comisiones de salud dentro de los movimientos. Estos aspectos estuvieron vinculados a la participación dentro de los MTDs de estudiantes y profesionales de ciencias sociales y de salud, muchos de ellos compartiendo la situación de desocupación.

A principios del 2002, un tema convocante en relación a la salud fue el aumento de los precios de los medicamentos (por la reciente devaluación del peso) y su escasez<sup>28</sup>. Este hecho propicia la gestión de medicamentos en laboratorios públicos y privados, así como la denuncia y el reclamo a Municipios y al Ministerio de Salud de la Nación. La estrategia principal fue la apertura de farmacias comunitarias en los territorios, muchas de las cuales aún perduran. También hubo colectivos que retomaron los saberes populares sobre el uso de plantas medicinales y emprendieron proyectos relacionados con su producción. Algunos de estos proyectos de farmacias comunitarias dieron lugar a la creación de postas de salud autogestionadas (con atención de un enfermero o promotor de salud miembro de la comunidad, visita semanal de médico, suministro de medicación y prestaciones básicas – control de desarrollo de niños, control de la presión, atención de primeros auxilios, etc.–), especialmente en los lugares con difícil acceso a los centros de atención.

En los MTDs se comienzan a reconocer los aspectos resilientes y salúferos de la reconstrucción del entramado de las relaciones sociales a partir de la organización y la gestión conjunta bienes que aseguran la reproducción material. Las estrategias de lucha y los emprendimientos son espacios de recuperación de la sociabilidad que propician los lazos solidarios y recíprocos, y la redefinición de los actores dentro del proceso a través de la

---

<sup>28</sup> Un estudio sobre el impacto de la situación sanitaria en el 2002 dentro de estos colectivos se puede consultar en: Sopransi, M.B., Veloso, V., Sasia, R., Udrisard, G.: “Nuevos Movimientos Sociales y Salud. Estudio acerca de la percepción de la salud y la atención sanitaria en Movimiento de Trabajadores Desocupados (M.T.D.) de zona sur del Gran Buenos Aires”, Memorias de las X Jornadas de Investigación “Salud, educación, justicia y trabajo”, Tomo I, Fac. de Psicología-UBA, Buenos Aires, 2003, págs. 459-462.

creación de nuevos ámbitos de pertenencia e identidad colectiva. Este aspecto relacional de la organización a través de la desocupación colectiva es reconocido como salutífero en comparación con la situación de desocupado individual, que muchos vivenciaron<sup>29</sup>.

Con respecto a los temas de mayor repercusión al que se intentan dirigir las estrategias, aparecen principalmente la desnutrición y el bajo peso en niños, la problemática del HIV-SIDA en jóvenes y la contaminación ambiental. Incipientemente comienzan a formarse promotores que se dedican a tareas de prevención, las tareas de control de peso y talla son sistematizadas, y se continúa la gestión de recursos ante los organismos gubernamentales. Comienza a asomar la necesidad de trabajar en redes de diversos niveles y de formar a los propios recursos en salud. Durante el 2002, surgen experiencias como el Foro Social de Salud y otras coordinaciones que convocan a diversos MTDs y organizaciones de base, de estudiantes, junto a sindicatos de trabajadores de la salud. Muchas de estas formas organizacionales no han sido estables en el tiempo, puesto que remitieron a articulaciones situacionales con configuraciones innovadoras, otras experiencias perviven en redes abiertas. Las diversas articulaciones se dan a partir de las necesidades concretas, de la práctica en cuestiones puntuales, de las carencias territoriales convocantes, de la confluencia de líneas político-organizativas. El compartir prácticas, la generación de estrategias y acciones de lucha propician el conocimiento y las relaciones de confianza entre las organizaciones, promoviendo la estabilidad de la articulación. Estas convergencias potencian la capacidad de los colectivos de negociar con los organismos estatales e incidir sobre el tratamiento de ciertos temas de la agenda pública para el diseño de políticas sociales.

Desde los MTDs, el abanico de estrategias desplegadas para la resolución de estas problemáticas de la salud permiten vislumbrar un camino concreto para afrontar tales situaciones ligado a la auto-organización, la autonomía, la solidaridad y la resiliencia comunitaria, conjuntamente, el análisis crítico de la realidad socio-sanitaria posibilita el ejercicio de una ciudadanía comprometida por el derecho a la salud.

### **Experiencia de formación de promotoras y promotores en salud**

Durante los años 2004 y 2005 se diseñó y concretó el taller de formación de agentes promotores en salud, experiencia de la cual participaron seis grupos de distintos MTDs.

El objetivo es transmitir una experiencia en la que participamos como co-autoras-actoras desde la Universidad Pública propiciando transferencia técnica y fortalecimiento de

---

<sup>29</sup> Un análisis sobre los cambios en la subjetividad a partir de la participación en los MTDs se puede ver en: Sopransi, M.B. y Veloso, V.: “Contra la subjetividad privatizada: la creación de lo colectivo. Praxis desinstitucionalizadora desde los piquetes”, en *Revista Herramienta*, N° 27, Año IX, Buenos Aires, 2004.

organizaciones intermedias y de base dentro de los movimientos integrados por mujeres y varones que reconociéndose como excluidos del sistema, se autodeterminan y deciden reivindicar sus derechos e ir más allá en la lucha por el cambio social. En este marco de autonomía, autodeterminación y compromiso participamos y acompañamos la formación de agentes promotores en salud desde una perspectiva crítica.

La historia del taller se remonta a la reorganización de una estructura intermedia que reúne a ocho organizaciones que, en medio de una situación de crisis total del sistema sanitario, se propusieron trabajar en salud a partir de la exigibilidad del derecho a la salud de los sectores excluidos como parte de la integralidad de la lucha por el cambio social. Desde esta coordinación se reconoció la necesidad de formar a las compañeras y los compañeros que estaban interesados en desarrollar tareas en el área de salud y que, como lo sustentan algunos relevamientos realizados<sup>30</sup>, contaban con otro análisis de la situación de salud y tenían elementos que permitían desnaturalizar ciertas situaciones que se presentan como normales en los sectores excluidos, pero que evidencian la desigualdad social en el acceso a bienes, entre ellos las prestaciones sanitarias. Ejemplos de esto son las muertes por abortos sépticos, las violencias (adicciones –drogas legales como el cigarrillo o el alcohol, drogas ilegales como la pasta base, etc. –, la violencia contra la mujer, los niños y las niñas, la violencia callejera, la represión estatal y la discriminación institucional, etc.), las enfermedades derivadas de la exposición continua a un hábitat contaminado e insalubre –como enfermedades dérmicas, intoxicaciones, infecciones, sarnilla–, la desnutrición y el bajo peso –determinadas por el inaccesso a una dieta acorde a la edad, especialmente escasa en alimentos frescos: carnes y verduras, en niños y niñas, mujeres madres y adultos mayores–, el VIH-SIDA, las enfermedades respiratorias –asma, bronquiolitis, neumonitis, etc. que ponen en riesgo la vida de los y las más pequeños–, la diabetes y la hipertensión en la población adulta, y la devastación del sistema público de salud que no cubre las necesidades de las poblaciones de las que forman parte, ni en la atención profesional, ni en los insumos y medicamentos.

A partir del compromiso de estas compañeras y compañeros diseñamos colectivamente el taller de formación de agentes promotores en salud en el marco de un proyecto en salud más amplio cuyos objetivos son: 1- generar una estructura estable de redes en salud que cubra las necesidades de los movimientos, 2- promover el derecho a la salud a través de la creación de espacios de politización, reivindicación y lucha, 3- favorecer la coordinación con otros

---

<sup>30</sup> Sopransi, M.B.: “Prácticas autogestivas colectivas y estrategias de autoprotección de la salud”, en Memorias de las XII Jornadas de Investigación y Primer encuentro de investigadores del Mercosur. Avances, nuevos desarrollos e integración regional, Tomo II, Fac. de Psicología – UBA, 2005, págs. 136 a 138.



movimientos, sindicatos de trabajadores de la salud, agrupaciones estudiantiles, etc. que tengan una postura crítica frente a la situación socio-sanitaria, y 4- realizar las gestiones de los recursos necesarios para asegurar la continuidad de las tareas tendiendo a la autofinanciación.

El proyecto presenta seis niveles de acción desde lo barrial-territorial hasta las denuncias y gestiones de recursos correspondientes a nivel del Ministerio de Salud de la Nación.

Como primer paso en el diseño del taller, se definieron a partir de los diagnósticos comunitarios de cada territorio, cuáles eran los temas necesarios para la formación y los recursos propios para realizar esa tarea. Las temáticas y los recursos fueron socializados en reuniones de la coordinación de los movimientos desde donde gestionó y obtuvo un subsidio del Ministerio de Educación de la República Argentina para poder llevar adelante la tarea.

El taller de formación de agentes promotores en salud fue realizado entre marzo y julio de 2005 en Avellaneda, Provincia de Buenos Aires, 40 promotoras y promotores en salud completaron el taller y las tareas en salud continúan al interior de distintos puntos del conurbano bonaerense. El programa consistió en 12 encuentros de 4 horas divididos en tres módulos: Estado, políticas sociales y situación actual en salud (3 encuentros), Problemáticas de la salud (6 encuentros) y Estrategias de prevención y promoción de la salud (3 encuentros). Participaron docentes de las cátedras Psicología Preventiva y Epidemiología de la Fac. de Psicología de la UBA, Derechos Humanos y Salud de la Fac. de Medicina de la UBA, de la Escuela de Trabajo Social de la UNLP y trabajadores de la salud del sistema público de salud. A la vez se realizó un seguimiento continuo de las tareas de trabajo de campo de cada uno de los movimientos participantes, que aún hoy continúa.

La evaluación se hizo ex y post taller a través de un cuestionario y seguimiento del proceso de enseñanza-aprendizaje en base a la observación participante en los distintos talleres y las producciones de las y los promotores en salud recogidas durante esos encuentros. La devolución de la evaluación fue socializada en un encuentro post-taller integrando las opiniones que no estaban representadas. Se rastrearon necesidades y percepción epidemiológica de morbilidad, representaciones del proceso salud-enfermedad, estrategias de autoprotección de la salud individuales y colectivas, y cumplimiento de expectativas.

A continuación se presentan algunos de los resultados cuali-cuantitativos relevantes que arrojó la evaluación del taller (cada porcentaje es sobre el 100%, cada persona brindó más de una respuesta a cada ítem).

#### Necesidades y percepción epidemiológica:

- ◆ Se produjo una desnaturalización de los problemas de salud y una expansión del registro de necesidades. Especialmente se reconoció las problemáticas relacionadas con los

diferentes tipos de violencias (familiar, contra la mujer, contra las niñas y los niños, violencia del Estado y la policía, etc.), las adicciones (fuertemente el tema del alcoholismo) y la contaminación y las cuestiones de higiene del barrio.

- ◆ Se adjudicó mayor importancia al acceso a la información sobre la salud y la necesidad de generar conciencia sanitaria: Educación para la Salud y la Promoción de la Salud.
- ◆ Se dio un espacio para pensar que la salud mental también ocupa un lugar importante en nuestra vida y que forma parte integral de la salud de las personas, que la situación de desocupación, de discriminación médica, el aborto y los embarazos no deseados (son algunas respuestas que se dieron), no solamente afectan nuestro equilibrio físico, sino que repercuten en nuestra salud mental limitando nuestras potencialidades.

Problema de salud registrado:	Ex:	Post:
Violencias (familiar, contra la mujer, hacia los niños y las niñas, del Estado, policial, etc.)	4%	33%
Adicciones (drogas y alcoholismo)	4%	36%
Contaminación, infecciones, higiene personal y del barrio	11%	30%
Falta de información y educación para la salud	9%	27%
Desnutrición, bajo peso y acceso a una buena alimentación	36%	66%
Mala asistencia sanitaria y falta de medicamentos	39%	27%

#### Representaciones sobre la salud:

- ◆ Se desarrolló una conciencia sanitaria al reconocer el derecho a la salud como un derecho y devolver al Estado la responsabilidad por su cumplimiento, se mostró que la salud es también una cuestión política.
- ◆ Se reconoció que los problemas económicos, la alimentación y la desocupación están íntimamente ligados a los problemas de salud y a la posibilidad de mantenernos sanos.
- ◆ Muchas respuestas relacionaron la salud con la capacidad de organización colectiva para hacer frente a los problemas y exigir conjuntamente al Estado que se garantice el derecho a la salud, planteando la necesidad de acciones políticas para hacer cumplir este derecho como parte de la lucha de los movimientos.

Qué es la salud:	Ex:	Post:
Algo primordial, muy importante para las personas	52%	36%
Un estado de equilibrio y bienestar que incluye estar bien afectivamente, sentirse bien con su cuerpo y con lo que nos rodea (incluyendo lo económico, la buena alimentación y el trabajo).	42%	76%
Un derecho de todas y todos, algo que el Estado debe garantizar. Es nuestra capacidad de organizarnos y hacer frente a los problemas generando conciencia colectiva.	20%	48%

#### Estrategias de protección en salud:

- ◆ Se reconoció la importancia de la prevención, el cuidado de la salud y la necesidad de socializar la información en los barrios.

- ◆ Que no hay que esperar hasta llegar a una situación de urgencia, sino que hay que hacer algo todos los días para mantenerse sano y realizar controles periódicos de la salud aunque no se tenga síntomas de ningún malestar, destacando la importancia de la equidad en el acceso.
- ◆ La alimentación es algo fundamental relacionado con la salud y que el acceso a los alimentos que cada uno necesita según su edad y su estado es parte de la lucha por el derecho a la salud.
- ◆ El bienestar, el poder disfrutar, tener momentos placenteros y el compartir cosas con los demás ayuda a mantener la salud.
- ◆ Parte del cuidado de la salud son: la lucha por el derecho a la salud, la organización, el conocimiento y la exigencia de los derechos, la concientización y el despliegue de recursos y potencias colectivas.
- ◆ Es necesario desarrollar poder popular mediante la organización, la resistencia y la unidad para exigir nuestros derechos al Estado en la lucha por una salud digna.
- ◆ La importancia de trabajar en red con otros sectores que compartan nuestra posición, como algunos trabajadores de la salud y estudiantes, es fundamental para potenciar el trabajo y multiplicar la efectividad de las acciones.

Cómo cuidar la salud:	Ex:	Post:
Con prevención y educación para la salud para mantenemos sanos. Cuidando y valorando la salud.	29%	72%
Realizando controles periódicos de la salud	29%	42%
Teniendo acceso a una buena alimentación	29%	39%
Compartiendo con los demás, disfrutando de la vida, teniendo tranquilidad, siendo feliz, haciendo actividades recreativas. Conservando la salud mental	18%	25%
Organizándonos, uniéndonos para exigir nuestros derechos, generando conciencia, aprovechando nuestros recursos y potencias	0%	17%

Estrategias para resolver los problemas de la salud:	Ex:	Post:
Realizar tareas prevención y promoción de la salud, socializar los conocimientos sobre salud, desarrollar conciencia sanitaria en nosotros y nuestros vecinos y compañeros.	35%	73%
Organizándonos para exigir nuestro derecho a la salud. Unidad, lucha y resistencia por una salud digna. Acciones conjuntas. Búsqueda de recursos. Compromiso, solidaridad y respeto.	45%	72%
Trabajar en red con trabajadores de la salud, vecinos y compañeros y compañeras de otros movimientos y sectores.	9%	22%

#### Expectativas:

Las expectativas estaban mayormente relacionadas con aprender, capacitarse y poder transmitirlo al barrio para empezar a solucionar los problemas de salud. El 80% de las y los agentes promotores en salud dijeron llevarse conocimiento sobre prevención en algunas problemáticas de la salud y herramientas para volver al barrio, socializar los conocimientos y

trabajar desde otro lugar. El 70% dijo llevarse una experiencia importante de compañerismo, alegría, amistad, intercambio y unidad con compañeras y compañeros de otros movimientos en un espacio de diálogo, aprendizaje y respeto mutuo. El 35% opinó que participó de un espacio donde conoció sobre los derechos y se analizaron los aspectos políticos de la salud y la necesidad de luchar por una salud digna como parte de la lucha por el cambio social.

En su mayoría las respuestas fueron positivas con respecto a la actividad que desarrollamos conjuntamente. Las críticas fueron pocas y tuvieron que ver con la falta de tiempo para desarrollar y abordar algunos temas, la impuntualidad, la desorganización en algunos encuentros. El 65% propone continuar con las actividades de formación para abordar nuevos problemas y perfeccionarse aprendido. El 25% sugiere realizar actividades de trabajo y prácticas concretas de prevención, diagnóstico y formación en salud en los barrios.

### **Investigación acción participativa y Universidad Pública**

Uno de los objetivos de la IAP es transformar la realidad. La demanda del MTD estuvo referida a la apertura de espacios participativos, todas las tareas emprendidas conjuntamente, incluyendo los instrumentos diseñados para el relevamiento de los datos, fueron pensadas para producir efectos en esa dirección, respetando el compromiso asumido. A partir de la reflexión sobre la praxis comunitaria en, con y desde el MTD reconocemos ese proceso dialéctico por el cual transformamos colectivamente algo de la realidad transformándonos. Los diferentes momentos vivenciados han sido sumamente enriquecedores. La síntesis es una relación abierta entre los Movimientos y la Universidad Pública. El hecho de que los MTDs cuenten con un grupo de compañeras y compañeros comprometidos con el derecho a la salud es sumamente alentador. De este modo, se evidencian ciertos aspectos de la resiliencia comunitaria, el organizarse colectivamente se convierte en una estrategia de autoprotección de la salud. El impacto de estas experiencias se refleja a través de su trabajo concreto en territorio, de la gestión conjunta frente al Estado de los bienes necesarios para la reproducción material de los colectivos, y de la posibilidad de inclusión de temas relevantes para la comunidad en la agenda pública, incidiendo en el diseño de políticas sociales y promoviendo nuevas formas de ejercer ciudadanía. Desde la Universidad Pública es una obligación fortalecer y colaborar en todas las acciones que los sectores excluidos organizados y autodeterminados realizan cuando deciden defender su derecho a la salud. Es parte de una lucha más amplia por la autonomía social y la democracia verdaderamente participativa. A través de una praxis conjunta se constituye esa relación dialéctica y enriquecedora entre Movimientos Sociales y Universidad Pública.

## Comentarios finales

En el contexto actual dominado por el capitalismo global y financiero, la situación de emergencia sanitaria, que impacta no sólo sobre los usuarios del sistema de salud, sino también sobre los trabajadores, es producto de una historia de mercantilización, desmantelamiento, privatizaciones y tercerizaciones de las prestaciones. Producción pública de medicamentos, integralidad en el diseño de políticas sociales, control participativo del destino del presupuesto de salud, socialización de la información sobre programas, ampliación y adecuación de la infraestructura, equidad en el acceso a las prestaciones y cobertura total y gratuita por derecho de ciudadanía, son algunos de los reclamos que desde los MTDs dirigen al Estado y van en contra de todo proceso de burocratización en salud, que distancia a los usuarios del sistema de salud arrojándolos muchas veces a la enfermedad y la muerte.

Las características de estos proyectos autogestivos en salud no tienden a desvincular al Estado de sus responsabilidades como garante de la salud poblacional, sino que es una autogestión de la iniciativa popular, de los derechos ciudadanos, del control y el poder sobre los recursos y las decisiones, y del señalamiento de las necesidades y sus satisfactores. Es en este sentido que la autogestión se despliega desde una posición autónoma, donde los problemas y las estrategias de resolución son pensadas desde los verdaderos implicados. De este modo, la relación con el Estado, las denuncias, la exigencia de cumplimiento del derecho a la salud y las gestiones de recursos, son parte de la integralidad de las estrategias autogestivas de los MTDs contra los procesos de cooptación.

## Bibliografía

**AA.VV.:** Dilución o mutación del trabajo en América Latina. O trabalho: entre a perenidade e superfluidade. Trabajos para el XXIV Congreso ALAS 2003, Ediciones Herramienta, Buenos Aires, 2003.

**Baró, I.:** Psicología de la Liberación, Editorial Trotta, España, 1998.

**Battistini, E. y Dinerstein A.:** “Desocupados, precarizados y estables: alienación y subjetividad del trabajo”. En Realidad Económica, n° 134, I.A.D.E., Buenos Aires, Agosto 1995.

**Bonefeld, W.:** “Incertidumbre y autonomía social”, en Globalización, Septiembre 2003 en <http://rcci.net/globalizacion/>.

**Bourdieu, P.:** Razones prácticas. Sobre la teoría de la acción, Anagrama, Barcelona, 1999.

**Breilh, J.:** Epidemiología Crítica. Ciencia emancipadora e interculturalidad, Lugar Editorial, Buenos Aires, 2003.

— “La epidemiología en la humanización de la vida. Convergencia y desencuentros de las corrientes”. Congreso Latinoamericano de Epidemiología, Bahía, Brasil, Abril 1995.

— y **Granda, E.:** “Producción y distribución de la salud-enfermedad, como hecho colectivo”. En Investigación de la salud en sociedad, CEAS/Fundación Salud y Sociedad, Bolivia, 1985, págs. 45-64.

**Castel, R.:** “Los desafiados. Precariedad del trabajo y vulnerabilidad relacional”. En Revista Topía, Año I, n° III, Noviembre 1991.

**Castellanos, P.L.:** Sistemas nacionales de vigilancia de la situación de salud según condiciones de vida y el impacto de las acciones de salud y bienestar, OPS/OMS, Washington DC, 1991.

**Castoriadis, C.:** El avance de la insignificancia, Eudeba, Buenos Aires, 1997.

**Colectivo Situaciones:** Causas y Azares. Dilemas del nuevo protagonismo social, Borradores de Investigación 4, Publicación del Colectivo Situaciones, Buenos Aires, Mayo de 2003.

**de Almeida Filho, N.:** “La práctica teórica de la epidemiología social en América Latina”. En Salud y Cambio, Año 3, nº 10, Santiago, Chile, 1992.

**Fals Borda, O.:** Conocimiento y poder popular. Lecciones con campesinos de Nicaragua, México y Colombia, Punta de Lanza - Siglo XXI, Colombia, 1985.

**Fernández, A.M., Borakievich, S. y Rivera, L.:** “Asambleas barriales: la política como autogestión colectiva de la vida”, Memorias de las X Jornadas de Investigación “Salud, educación, justicia y trabajo”, Tomo I, Fac. de Psicología-UBA, Buenos Aires, 2003, págs. 388-391.

**Ferrara, F.:** Más allá del corte de rutas. La lucha por una nueva subjetividad, La rosa blindada, Buenos Aires, 2003.

**INDEC:** “Encuesta Permanente de Hogares”, en [www.indec.gov.ar](http://www.indec.gov.ar).

**López, M., Imaz, J., Ojám, E. y Calloway, C.:** “Brukman: autogestión, luchas y transformaciones subjetivas”, Memorias de las X Jornadas de Investigación “Salud, educación, justicia y trabajo”, Tomo I, Fac. de Psicología-UBA, Buenos Aires, 2003, págs. 412-414.

**López, N. y Menéndez, L.:** “La insumisión de la utopía. (Acerca del ¡Qué se vayan todos!)”, en Revista Herramienta, Nº 24, 2003.

**Montero, M.:** “La comunidad como objetivo y sujeto de la acción social”, Publicaciones de la Universidad Central de Venezuela, Caracas, 1992.

**Oviedo, L.:** De las primeras Coordinadoras a las Asambleas Nacionales. Una historia del Movimiento Piquetero, Ediciones Rumbos, Buenos Aires, 2001.

**Robertazzi, M., Ferrari, L., Pertierra, I. y Bancalari, H.:** “Una nueva forma de lucha: las empresas recuperadas”, Memorias de las X Jornadas de Investigación “Salud, educación, justicia y trabajo”, Tomo I, Fac. de Psicología-UBA, Buenos Aires, 2003, págs. 442-445.

**Sopransi, M.B.:** “Prácticas autogestivas colectivas y estrategias de autoprotección de la salud”, en Memorias de las XII Jornadas de Investigación y Primer encuentro de investigadores del Mercosur. Avances, nuevos desarrollos e integración regional, Tomo II, Fac. de Psicología – UBA, 2005, págs. 136 a 138.

— y **Veloso, V.:** (2004): “Contra la subjetividad privatizada: la creación de lo colectivo. Praxis desinstitucionalizadora desde los piquetes”, en Revista Herramienta, Nº 27, Año IX, Buenos Aires.

—, **Veloso, V., Sasia, R., Udrisard, G.:** “Nuevos Movimientos Sociales y Salud. Estudio acerca de la percepción de la salud y la atención sanitaria en Movimiento de Trabajadores Desocupados (M.T.D.) de zona sur del Gran Buenos Aires”, Memorias de las X Jornadas de Investigación “Salud, educación, justicia y trabajo”, Tomo I, Fac. de Psicología-UBA, Buenos Aires, 2003, págs. 459-462.

**Zaldúa, G., Sopransi, M.B. y Veloso, V.:** “Praxis psicosocial: participación social y movimientos sociales”, trabajo presentado en las VI Jornadas de debate interdisciplinario en salud y población, Buenos Aires, 25-27 de julio de 2005, Área Salud y Población, Instituto Gino Germani, Fac. de Ciencias Sociales, UBA.

— “Clases Teóricas”. Apuntes de la cátedra Psicología Preventiva, Secretaría de Publicaciones de la Fac. de Psicología U.B.A, Buenos Aires, 2000.

**Zibechi, R.:** Genealogía de la revuelta. Argentina: la sociedad en movimiento, Letra Libre – Nordan Comunidad, Buenos Aires, 2003.