

Universidad de Buenos Aires
Facultad de Ciencias Sociales
Instituto de Investigaciones Gino Germani
IV Jornadas de Jóvenes Investigadores
19 al 21 de septiembre de 2007

- Propuesta temática seleccionada: *Protesta - conflicto - cambio*.
- Título del trabajo: **Multidimensionalidad de la participación social en salud en el Movimiento de Trabajadores Desocupados**
- Nombre y Apellido: **Lic. María Belén Sopransi y Lic. Verónica Veloso**
- E-mail y teléfono: mbsopransi@yahoo.com.ar, Te: 4923-8191
verveloso01@hotmail.com, Te: 4729-8574
- Dirección postal: Viel 853 PB “E”, (1424) Ciudad Autónoma de Buenos Aires
Diagonal Chilavert 6229, (1655) José León Suárez – Prov. de Bs. As.
- 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 Doctorado) “Subjetividad, praxis psicosocial y movimientos sociales”, becaria: Lic. María Belén Sopransi, dirigido por la Prof. Graciela Zaldúa.

Introducción

El presente trabajo forma parte de la investigación acción participativa con el Movimiento de Trabajadores Desocupados (MTD) de zona sur del conurbano bonaerense, La Plata y Pergamino, dentro del proyecto UBACyT “Praxis Psicosocial Comunitaria en Salud”; y 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, promoviendo el compromiso comunitario, la satisfacción de necesidades radicales y la ciudadanía plena.

Basada en una ética relacional, la metodología de IAP concibe a la investigación y la intervención como momentos dentro de un mismo proceso de co-construcción de conocimientos dirigidos a la transformación social de las condiciones de vida de los sectores sociales excluidos. Se combinan técnicas cualitativas (entrevistas en profundidad, observación participante) 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 configuración de territorios de exclusión plantea las condiciones objetivas y subjetivas que le dan sentido al orden social y simbólico delineando un contexto signado por la vulnerabilidad. Paralelamente, en estos espacios tienen lugar las estrategias de los habitantes para resistir su relegación y transformar autogestivamente su estar en el mundo. Es en esta tensión entre vulnerabilidad y resistencia en la que situamos las prácticas en salud desde el MTD, y analizamos en lo concreto de su cotidianeidad las dimensiones de la PSS.

Los propósitos centrales son: 1- historizar las estrategias de abordaje de las problemáticas de la salud desde el MTD; 2- explorar el contexto de producción de la participación social en salud (PSS) en el MTD; 3- definir y analizar las dimensiones de la PSS; y 4- promover el fortalecimiento de prácticas participativas en salud y transferencia técnica entre MTD y Universidad Pública.

La participación social en salud (PSS) y sus dimensiones

La población participante integra el área salud del MTD autónomo de zona sur del conurbano bonaerense, La Plata y Pergamino (la organización no está vinculada a partidos políticos, Iglesia, sindicatos u otras instituciones estatales).

“A fines de 2002, en La Plata, se empiezan a juntar una serie de organizaciones, [...] se arma un espacio de coordinación en salud popular [...], empezamos a discutir así varias cosas, cómo trabajar [...], la necesidad más urgente es que no había medicación en ninguna de las salitas y en los centros de salud de los barrios de los distintos movimientos [...], se empiezan a hacer movidas a los laboratorios por medicamentos [...], formamos una red de farmacias barriales en el conurbano [...] también planteábamos [...] que tenemos que empezar a construir una propuesta de salud desde los movimientos” (Referente en salud del MTD (RS), varón, 25 años).

Llamamos dimensiones de la PSS a los polos tensionales que atraviesan dicho proceso. La posibilidad de pensar en estos términos permite dialectizar e integrar las contradicciones presentes en la complejidad de los aspectos de la realidad abordados. Las dimensiones analizadas son autonomía-heteronomía, empoderamiento-cooptación, crítica-conformismo, singular-colectivo, flujo-reflujo, espontaneidad-programación, creatividad-burocratización, subalternidad-hegemonía y liberación-alienación.

AUTONOMÍA-HETERONOMÍA: ¿quién define las propuestas participativas?

El eje señala la tensión entre las propuestas de PSS generadas interna o externamente del colectivo participante. Un ejemplo más cercano al polo de la autonomía lo encontramos en la creación de una posta de salud autogestionada por el MTD en el barrio Kennedy de Pergamino, inaugurada en septiembre de 2005 en el mismo lugar que funciona una copa de leche y comedor. Y situamos la relación con los programas sanitarios vinculados al polo de la heteronomía, puesto que refieren a una heterogestión, a políticas y programas en las que los sujetos destinatarios no estuvieron vinculados en el diseño. Existe un movimiento recíproco entre heteronimia y autonomía, las acciones emprendidas en salud son creativas y, en muchos casos, emergen desde la dependencia con instituciones estatales que presentan un orden heterónimo, por ejemplo, la relación que se establece con el programa LUSIDA (gestión y reparto de preservativos en los territorios), con el Ministerio de Salud de la Provincia de Buenos Aires (gestión del equipamiento para postas sanitarias autogestivas), con el Programa Alimentario Nacional (gestión de alimentos frescos para los casos relevados de desnutrición y bajo peso), con el Ministerio de Educación de la Nación (gestión de subsidio para formación autodeterminada de promotores en salud). Autonomía y dependencia se nutren entre sí (Morin, 1995: 97-99). Las gestiones, las acciones comunitarias en salud y la apropiación del derecho a la salud ponen en interrogación al orden establecido de las instituciones heterónomas provocando un desorden necesario para lograr nuevas formas más justas. Las acciones autónomas cuando se dan con la suficiente fuerza instituyente logran modelar las instituciones heterónomas que aparecen como cerco de clausura de sentidos (Castoriadis, 1997: 271). En relación a este punto, el Ministerio de Educación de la Nación otorgó un subsidio para el programa de formación autodeterminada como programa piloto de implementación de iniciativas educacionales diseñadas por organizaciones sociales. En esta acción la creatividad social es capturada por las instituciones, haciéndola funcional –pues, por ejemplo, se realiza una acción educativa sin que los recursos humanos del Ministerio trabajen en esto más que otorgando dinero, es decir, ahorran tiempo de trabajo en una forma clara de tercerización del diseño e implementación de acciones–, pero a la vez, por ser un proceso autogestivo de formación donde los propios sujetos deciden en qué, cómo, para qué, con quiénes formarse, potencia la capacidad de los colectivos de generar procesos de concientización sanitaria, entendidos en términos de derechos que retornan al Estado como exigencia de su garantía y cumplimiento. Es en este tipo de proceso donde los polos tensionales autonomía-heteronomía, realizan un giro dialéctico resituando la tensión en otra forma tiempo-espacio. De este modo se propician reformas microprogresivas que pueden llegar a reflejarse en aspectos macro en relación a las políticas públicas. En este proceso

intervienen una multiplicidad de aspectos, de los cuáles destacamos: la capacidad de presión de las organizaciones sociales –a finales del 2004 cuando se gestionó el subsidio, el Movimiento Piquetero Autónomo aún conservaba una elevada movilización–, el pensar-hacer estratégico del colectivo, la receptividad del Estado y su voluntad política.

EMPODERAMIENTO-COOPTACIÓN: ¿cuáles son los objetivos de la participación?

En algún momento el sistema tiende a mostrarse comprensivo en relación a la exclusión flagrante, propiciando actos reparadores-reformistas, “resoluciones de conflictos sociales a través de la adaptación de sus miembros a la violencia de la sociedad” (Basaglia, 1976: 166-167). La cooptación es el movimiento siempre presente que intenta devolver a los sujetos, que señalan contradicciones sociales y despliegan su empoderamiento constituyéndose como minoría activa (Moscovici, 1981), a la lógica hegemónica mediante la canalización o la evitación del conflicto social. Toda cooptación implica la negación de las tensiones entre lo singular y lo universal, y la objetivación de los sujetos a través de un discurso y una práctica impuestos externamente. El sujeto es anulado como productor de cambios, la creatividad social queda obturada.

Los referentes en salud del MTD relatan que el movimiento surge a partir de un intento de organizarse para resolver los problemas más urgentes del barrio, entre ellos los relacionados con la salud comunitaria. Formaron de ese modo un frente anti-oficialista con el fin de exigir al Estado una solución a las múltiples problemáticas, al tiempo que trabajaban activamente y de modo eficiente sobre la concientización de problemáticas de riesgo en sus territorios. Desde una situación adversa signada por la desocupación estructural y sus efectos devastadores sobre la calidad de vida, los sujetos en colectivo generan estrategias de resistencia, empoderándose a través de esta nueva organización. El establecimiento de redes, resulta esencial para el fortalecimiento tanto singular como comunitario, “ligado a la reconstrucción colectiva a través de la organización” (RS, mujer, 27 años).

La contradicción de los procesos de acumulación entre capital y trabajo no son una eventualidad, sino una constante de expulsión del trabajo vivo y de reordenamiento de la cuestión social que impone una precarización del trabajo y de las condiciones de existencia. La asociación con la pérdida de la relación salarial y la de estar afuera de la producción establece una perspectiva unidireccional de la inclusión, sostenida en los planes paliativos de los organismos internacionales de financiamiento. Las políticas sociales compensatorias focalizadas definen su objeto-sujeto de la exclusión social de una manera funcional de contención frente a las demandas por las condiciones de reproducción de la existencia. La

reificación de las demandas en “planes trabajar” “jefas y jefes de hogar” entre otros, constituye una operatoria de hegemonía que instala una modalidad de restricción de la protesta por el trabajo genuino perdido y una posibilidad de cooptación por las tradicionales formas clientelares. Son formas de homogeneización vertical que atribuyen a los excluidos una identidad en función de las adjudicaciones, cristalizan las diferencias y generan dependencias. Lo heterogéneo queda negado en la identidad adjudicada. “Identidad es la forma originaria de ideología [...] consiste en su adecuación a la realidad que oprime. Adecuación que fue siempre a la vez sumisión bajo objetivos de dominación, y en este sentido su propia contradicción” (Adorno, 1990: 151).

Pero, hay potencia de resistencia para enfrentar esas operatorias y situaciones de exclusión. Las nuevas subjetividades emergentes en la acción colectiva cuestionan desde una metacrítica esa mínima inclusión de sobrevivencia y apuestan a espacios de autogestión de las condiciones de vida y consumo.

CRÍTICA-CONFORMISMO: ¿cómo es el posicionamiento colectivo en la participación?

Este eje se expresa en la relación conflictiva entre los movimientos autónomos, como el MTD, y el Estado; donde el propio posicionamiento colectivo debe ser cuestionado y puesto a prueba constantemente siendo autocrítico con el propio hacer. ¿Cómo incidir socialmente en la escena política sin ocupar cargos de funcionarios? ¿Cómo definir las propias necesidades y sus satisfactores para el diseño de políticas sociales que den respuestas integrales? ¿Cómo mantener la autonomía cuando se necesita recuperar mediante la gestión frente al Estado lo que se cree justamente propio? ¿Cómo instalar en la escena social la denuncia sobre las condiciones de vida y salud cuando no se tienen los medios de comunicación? Estos interrogantes intentan ser abordados al plantear aspectos reivindicativos intrasistémicos y más inmediatos junto a una propuesta política transistémica y mediatizada a través de la lucha por el cambio social. Pero no es suficiente, se requiere un ejercicio constante de auto-reflexividad. Se pueden implementar ciertos principios, como el de horizontalidad, pero es un proceso difícil desplegar una ética crítica (Dussel, 2000), desfetichizar la realidad. Cuando nuestra subjetividad está constituida en el capitalismo (Castoriadis, 1997), se reproducen, más allá de la voluntad de los sujetos, aspectos de la lógica capitalista hegemónica. Los rasgos conformistas se relacionan con la dependencia a las instituciones heterónomas, por ejemplo, las experiencias negativas de gestión realizadas en Berazategui, en la que los vecinos no acompañaban las acciones porque “la gente tenía miedo, la gente estaba acostumbrada a que se le dé” (RS, mujer, 57 años). La actitud crítica se expresa sobre su propio accionar, como

modo de caminar en dirección a la construcción de ese cambio deseado: “...dar una respuesta más sistemática a las necesidades, rearmar esa experiencia pero tratando de hacer valer todas las cosas malas que tuvimos antes...” (RS, varón, 25 años). En este sentido, es notable el pasaje del punto de partida sobre la gestión de recursos materiales (medicamentos) a la inclusión de capitales simbólicos como la formación en los talleres de promotores en salud que apuestan a multiplicar el trabajo en salud del MTD, apropiándose del conocimiento como una herramienta más de lucha. Una acción que sintetiza la tensión en la relación entre la autonomía y la capacidad crítica del MTD, y el Estado, fue el reparto masivo de preservativos con folletería sobre prevención de VIH-SIDA (gestionados a través del programa LUSIDA) en el Puente Pueyrredón en la conmemoración de los tres años de la Masacre de Avellaneda: “Lo hacíamos para mostrar el laburo nuestro, una contracara de lo que son las políticas estatales que muchas veces plantean distribución masiva de preservativos en lugares de concentración masiva de población de riesgo y lo hacen en avenida Santa Fe, entonces dijimos ¿dónde se concentran las personas que realmente tienen riesgo? ¿dónde existen los mayores bolsones de VIH del país, que tienen los menores recursos para conseguir los medios de prevención?, entonces lo hicimos como una acción desde esa mirada [...]” (RS, mujer, 27 años).

FLUJO-REFLUJO: ¿cómo son los niveles de participación y sus movimientos?

Un momento de flujo es donde la participación en la vida política societal se hace visible, resistencia abierta a la dominación. En un momento de reflujo se regresa a niveles infrapolíticos de participación. La infrapolítica engloba al conjunto de formas discretas de resistencia que se despliegan en formas indirectas de expresión (Scott, 2000).

Con respecto a la constitución de la coordinación en salud del 2002, podemos situar sus primeros momentos organizativos en el nivel de la infrapolítica, hasta que esa articulación se hace pública con sus primeras acciones de gestión frente a los laboratorios privados, ingresando así al terreno político propiamente dicho, delineando un flujo en la participación. El siguiente relato nos marca un momento siguiente de reflujo: “...cuando se desactivó ese eje más reivindicativo, más concreto de los medicamentos muchas de las organizaciones que habían participado en un primer momento junto a la coordinadora dejaron de participar, quedamos un par de organizaciones mantenido medio a pulmón el espacio de la coordinadora” (RS, varón, 25 años). Durante el 2003 esta coordinación desarrolló escasas acciones y no consiguió integrar nuevos movimientos. A partir del 2004, con el reagrupamiento de los movimientos piqueteros opositores al gobierno de Kirchner, vuelve a

tener un momento de flujo que se desarrolla a partir de la experiencia adquirida “...empezamos a recorrer las distintas columnas de los distintos movimientos viendo si había trabajo en salud, como que ya estaba el espacio este de la coordinadora que podíamos utilizar, que ya tenía una historia [...] y así nos fuimos juntando y empezó a surgir, se rearmó” (RS, mujer, 51 años). Este momento de flujo estuvo signado por varias movilizaciones y negociaciones vinculadas al Ministerio de Salud y Educación, pasando en el territorio por el relevamiento sistemático de las problemáticas y los recursos de salud en los barrios y culminando en el proyecto de creación de postas sanitarias en los comedores comunitarios de los movimientos participantes y la formación de promotores en salud. La situación actual señala un nuevo momento de reflujo: “el trabajo en salud es mas fácil por el lado organizativo porque ya tenemos como experiencia acumulada, pero la situación que vivimos hoy en día para salir a la calle y hacer valer el reclamo no es la misma [...] que a fines del 2002, donde las organizaciones estaban muy fuertes, había consenso entre la gente [...] el gobierno ha sido muy hábil, generó un aislamiento de las organizaciones, también las organizaciones no son todo lo lindo que uno quisiera que sean, hay un montón de cuestiones internas que favorecen la fragmentación, que generan malas formas de trabajo” (RS, varón, 25 años).

Los nexos, que se posibilitaron desde la coordinación del trabajo en salud, se reactualizan en continuidades-discontinuidades de acciones locales o de redes. Su “temporalidad refiere al carácter muchas veces no permanente de estas construcciones y al intento constante de parte del sistema del capital de suturar estas fisuras” cooptándolas, integrándolas o reprimiéndolas (López y Menéndez, 2003: 44-45).

SINGULAR-COLECTIVO: ¿cómo se negocia y cómo se decide?

El movimiento intenta desarrollar una lógica de funcionamiento horizontal y democrática a través de la generación de referentes. Los referentes no dirigen, son simplemente voceros de la asamblea que asumen responsabilidades. El énfasis en la horizontalidad de las relaciones de poder, a la vez que abre la posibilidad de todas y todos de decidir, son un instrumento de lucha contra la cooptación. Ya no hay representantes que puedan “tranzar” con el poder en nombre del movimiento, sino que hay construcción de consensos expresada por los voceros. A pesar de estos principios, los modos de liderazgo no dejan de reproducir características de los modelos hegemónicos: la mayoría son referentes varones, en algunos casos el rol de referencia comienza a confundirse con el estereotipo del dirigente tradicional, de este modo ciertas personas empiezan a centralizar constantemente el poder de decisión y se torna en una representación que imprime características de los sujetos singulares sobre lo colectivo. Es ahí

dónde se juega la posibilidad y el ejercicio de refundar cotidianamente desde lo comunitario la horizontalidad. Lo singular debe enlazarse en lo colectivo aportando imaginación-creatividad y no capturando-obturando su movimiento. A la vez, lo singular debe encontrar un espacio de respeto y reconocimiento en lo colectivo para expresarse y enlazar sus deseos. En este sentido, es destacable la integración de personas con elecciones sexuales diferentes a la heterosexualidad (gays y travestis). El movimiento inverso comúnmente se presenta, esto alude al proceso por el cual se produce una sobresaturación de lo colectivo en lo singular, sobredemanda del rol de referencia que comienza a repercutir hasta las esferas más íntimas de los sujetos (vida familiar, relación de pareja, proyecto de vida individual, deseos), se expresa en sentimientos de frustración y abatimiento al no poder cubrir las expectativas sobre las responsabilidades asumidas, propiciando problemas a nivel vincular, distanciamientos intermitentes o permanentes de la organización.

Sobre una manera de pensar esta relación singular-colectivo una referente relata: “El proyecto original [de formación de promotores en salud] era [...] formar a 50 compañeros y que esos compañeros se vayan con esas herramientas al barrio a formar a otros compañeros. Para todos los que hemos hecho el curso hubo un cambio... hacer el curso de promotores de salud fue muy importante en muchos sentidos” (RS, mujer, 57 años). Los promotores sintetizan la tensión entre singular-colectivo, al ser en sí una nueva herramienta activa en la multiplicación de acciones de gestión, prevención y promoción de la salud colectiva desde el MTD.

CREATIVIDAD-BUROCRATIZACIÓN: ¿cómo son la formas organizativas?

La imaginación social implica la potencialidad de proyectar alternativas al orden instituido, la creatividad social está referida a la expresión de la relación resultante entre la imaginación social y sus constricciones. Tanto la imaginación como la creatividad sociales son parte del proceso dialéctico del pensar-hacer (constitutivo de la praxis) a través del cual es posible generar cambios. Los procesos de burocratización, por el contrario, fijan y generalizan formas de hacer. En esta homogeneización objetivan negativamente la realidad y no respetan sus componentes singulares, convirtiendo mediatizadores en obstáculos: formas prescriptas de proceder que no están adecuadas a la realidad de los sujetos que las deben emplear, que provocan fuertes efectos de sin sentido.

La negación a pensar las acciones colectivas como respuestas cerradas, técnicas o métodos, conjuga la multidimensionalidad, las contradicciones y la incertidumbre que la realidad presenta generando el espacio y el tiempo para el despliegue de la creatividad social con un

sentido de autonomía: “hay que repensar estrategias y cada movimiento tiene su tiempo y su ritmo” (RS, mujer, 51 años).

La coordinación en salud integra experiencias que perviven en las grietas del capitalismo en una red abierta con configuración rizomática¹. Las posibilidades que inauguran las redes dinámicas están vinculadas a la policentralidad (descentralización del poder en nodos), la multiarticulación, el flujo informacional, la interorganización y la expansión. Cada movimiento nutre su autonomía de la interdependencia con otros componentes a través de la potencia que reside en la interconexión dentro de la red. La red pasa a ser la base multiplicadora y dinamizadora del conjunto. Como experiencias de resistencias, multiplicidad de prácticas, no son pensables en su unidad (como un movimiento homogéneo), sino a través de una transversalidad capaz de hacer producir resonancias en la diversidad. Las características de la red dificultan su cooptación, puede cooptarse o retirarse un nodo y la red seguirá existiendo en la dinámica transitoriedad-permanencia, conexión-desconexión como un sistema abierto e inestable. La red nunca se fija como estructura cristalizada porque es fundamentalmente dinámica. Cada componente de la red es otra red, que a la vez participa de varias redes, en el caso de los movimientos piqueteros se visualizan no solamente las redes de “movimiento de movimientos”, sino redes transversales generadas a partir de distintas problemáticas, como en este caso la salud, que funcionan integrando otros actores sociales.

La organización en redes presenta problemas diferentes a los de la organización del tipo jerárquica. Las diferentes formas de hacer se encuentran, modos de organizarse que pueden generar contradicciones y obstáculos al interior de la red: “cada movimiento tiene su historia, sus raíces ideológicas, tiene distintas cosas trabajadas, y entonces es difícil hacer una síntesis, es complicado” (RS, varón, 25 años). El espacio de coordinación en salud fue pensado como un espacio amplio debido a las características que tiene el trabajo en salud, pero se volvía dificultosa la relación con actores sociales que no estuvieran nucleados en el frente en donde coordinaban varios de los movimientos integrantes “decíamos si invitábamos a alguien, todas las decisiones de los movimientos que estamos en el frente, si nos sentamos por separado... en última instancia tendríamos cada uno un voto..., pero nosotros tenemos un acuerdo más general que nos nuclea, decidiríamos en consonancia, no sería un espacio muy democrático realmente y otros no querrían participar, entonces sentémonos juntos como área de salud del

¹ “El rizoma es un sistema acentrado, no jerárquico y no significativo, sin General, sin memoria organizadora o autómatas central, definido únicamente por una circulación de estados.” “Un rizoma no empieza ni acaba, siempre está en el medio, entre las cosas, inter-ser [...] el rizoma tiene como tejido la conjunción ‘y...y...y’”. Los tres primeros principios del rizoma son conexión, heterogeneidad y multiplicidad. Deleuze y Guattari, 1994, cap. I.

frente con un sólo voto para que los demás también decidan, así se formó el área salud del frente” (RS, mujer, 30 años).

La burocratización de los movimientos es un reflejo de la relación con el Estado, que impone tareas administrativas-burocráticas para todo tipo de gestión de recursos. Esto repercute al interior de la organización y obstaculiza el acceso a los bienes exigidos con pleno derecho: complicaciones que presentan los formularios y los trámites, tiempo y recursos humanos perdidos en acciones que no tienen sentido en sí mismas para los sujetos. Se produce un desgaste del movimiento que redirecciona tiempo y recursos quitándolos a las tareas territoriales cotidianas que dan vida al movimiento. Los tiempos de la burocracia no son los tiempos de los movimientos, la burocratización, como estrategia del Estado aplicada a los planes sociales, se constituye en una de las principales formas de incidencia en la organización interna de los movimientos, todos los movimientos participantes de la coordinación en salud tienen equipos exclusivos de gestión.

En el trabajo en salud, los intentos por sortear estas barreras se dirigen a buscar interlocutores-facilitadores válidos dentro de la estructura del Estado, que en general se encuentran en los niveles inferiores (trabajadores de la salud y de la educación de instituciones públicas): “en este laburo de las organizaciones sobre las salitas, que en realidad todos los movimientos han trabajado, hemos tenido hasta ahora logros buenos en distintos lugares, por eso me convenzo más todavía de que todos no tienen la misma predisposición” (RS, varón, 25 años).

A pesar de la incidencia de la burocratización estatal en las organizaciones, el movimiento antiburocratizante forma parte de la creatividad que éstas despliegan. La asamblea abierta a todos los integrantes, la rotación en los roles de referencia, la reedición de formas del cooperativismo en la organización de los emprendimientos productivos, se resisten a esa lógica a través de los principios de la democracia directa (participación, horizontalidad, consenso).

SUBALTERNIDAD-HEGEMONÍA: ¿se desnaturalizan los condicionantes socio-históricos?

Este eje se vincula con el grado de desnaturalización de los procesos estructurales (condicionantes socio-históricos) en los discursos y en las prácticas, el desarrollo de pensamiento crítico, vinculado a un nivel más global. La elucidación crítica sobre las constricciones materiales-simbólicas libera la imaginación social, a la vez que propicia la posibilidad de crear alternativas en los modos de pensar, de habitar, de existir: otros mundos que se dibujan con el despliegue de las potencias colectivas, que surgen como propuestas contrahegemónicas a las formas tradicionales, impuestas, heredadas.

La desnaturalización de las condiciones de salud es el punto de partida para el armado de la coordinación del trabajo en salud popular, “generalmente adonde trabajamos nosotros, toda investigación, todo sacar a la luz una situación de salud, se emparenta así inmediatamente con las causas de eso, y generalmente está relacionada a la situación de injusticia, que como organización te reclama salir a pelear en algún sentido para cambiar eso” (RS, mujer, 51 años). Se expresa que muchos problemas de salud son problemas particulares de los sectores excluidos, problemas de acceso, entre otros, a los bienes sanitarios. El análisis y las acciones sobre el VIH-SIDA condensan la idea de que la enfermedad se distribuye desigualmente por clase social, siendo los jóvenes más pobres los que mueren por inaccesso a tratamiento, medicamentos y dieta nutricional adecuada. El 1º de diciembre de 2004 la coordinadora realizó una movilización al Ministerio de Salud de la Nación denunciando las condiciones de vida de las personas pobres que viven con VIH-SIDA, la discriminación laboral, el negociado con los laboratorios privados que producen medicamentos anti-retrovirales, la ineficacia e insuficiencia del presupuesto y los programas dirigidos al control de la pandemia, y el papel que juega la iglesia católica en las políticas de Estado.

El reconocimiento del derecho a la salud y de ser sujeto de ese derecho apuntala el proceso señalando a quién debe garantizarlo: “yo personalmente soy una persona que no tengo porque ir a mendigar por otro lado a que me den las cosas si el Estado es el responsable, y el Estado me tiene que dar la medicación que yo necesito y la atención que yo necesito, [...] en el tiempo que necesita mi dolencia [...] y como yo soy atendida tiene que ser atendido el vecino” (RS, mujer, 51 años).

El análisis y las acciones en relación a las industrias farmacéuticas vinculan necesidades propias, inequidad económica y desigualdad social: “no había medicación en las salitas, entonces se hace un análisis de que mas allá de que el Estado es un actor importante que tiene mucho que ver con lo que nos pasa en la salud, también el capital privado influye mucho en como vivimos nuestra salud” (RS, mujer, 51 años). “CAEME en ese momento era una de las más fuertes y era la que nuclea a todos los laboratorios digamos multinacionales [...] cuando nosotros movilizamos a CAEME que fue el 9 de enero del 2003, cosa inédita para ese momento, en plena 9 se Julio nos pusieron doble cordón de infantería y no nos dejaron avanzar, eso muestra siempre lo que mueven las empresas farmacéuticas” (RS, varón, 25 años). En el señalamiento de la connivencia entre empresas privadas y Estado se visibilizan aspectos que estructuran las políticas neoliberales. En otro nivel también es señalada la corrupción y el manejo clientelar-asistencialista: “el tema de la dirección [de los centros de salud], ejercido por coordinadores que no tienen nada que ver, que no saben nada sobre el

tema de salud, o sea, punteros políticos puesto ahí” (RS, mujer, 57 años). “Esta cuestión de organizar [...] digamos, es por los derechos que tienen que tener todos los compañeros y cuáles son sus necesidades, porque en la Argentina hace más de 40 años de políticas de clientelismo, de comprar y que te den, pero no es sólo que me den, me den y yo no sé reclamar, [...] o sea, en las épocas de elecciones todo el mundo tiene medicamentos, alimentos, campañas de vacunación, después nada” (RS, mujer, 30 años).

Se visibilizan las estrategias del Estado para neutralizar la protesta social: la judicialización de la lucha social, el manejo de los medios de comunicación, la construcción de consenso social para la represión de las movilizaciones: “hay muchas causas que después las hacen valer, es decir, las reflotan en un momento que les convenga más. [...] el gobierno ha sido muy hábil, generó un aislamiento de las organizaciones [...] También el hecho de esta reactivación lo pone a uno como interponiéndose en el desarrollo del país, entonces todas esas cosas joroban y teniendo en cuenta que los compañeros chupan mucho el discurso de la tele... es complicado.... Aparte ahora hay mucho más consenso para la represión y todo eso, es mucho más probable que salgas a la calle y que te repriman y cada represión es un costo muy grande que uno tiene que ver si lo quiere pagar o no”.

La representación social hegemónica del piquetero construida por los medios es claramente percibida: “está visto que todo movimiento es un conjunto de vagos que no hacen nada más que cortar la calle y romper vidrieras” (RS, mujer, 51 años). En respuesta hay un señalamiento a la propia existencia del MTD, al modo de subjetivarse: “no se dan cuenta que los piqueteros no estamos porque sí nomás [...] nadie quiere ser piquetero. Y cuando salimos a la calle, no salimos porque tenemos tiempo de sobra, porque no tenemos nada que hacer en nuestra casa o porque queremos jorobar al otro. Salimos porque estamos reclamando un derecho propio: queremos un trabajo digno, una salud digna, una educación” (RS, mujer, 57 años). “A mí me dicen: ‘vos tenés cincuenta años, vos no tenés cinco chicos’, pero tengo a mis nietos. Yo no quiero que el día de mañana ellos estén como yo estoy hoy, que tengan que salir a quemar una goma o que me los mate la policía. No lo hago por mí: lo hago por el de al lado, el del frente, por mis nietos, están ellos. [...] Para algo sirve el que yo pueda hacer esto... para darle un sentido a mi vida también. Para eso me sirvió mucho el movimiento” (RS, mujer, 51 años).

ESPONTANEIDAD-PROGRAMACIÓN: ¿cómo es la génesis de la PS y de los cambios?

Esta tensión está relacionada con la génesis de la participación social y el modo de generación e inclusión de cambios dentro del proceso. Se pueden señalar dos características de la

espontaneidad: la colectividad y la informalidad. Por un lado, se incorpora a la participación un conocimiento que resulta de vivencias socializadas en y desde el colectivo, valorando la propia experiencia y confiando en la observación directa. Este conocimiento tiene dimensión grupal y oral, de naturaleza colectiva y dialógica, es decir, está basado en el diálogo e intercambio de informaciones colectivas, y está ligado a la utilidad comunitaria inmediata (Fals Borda, 1985 :81). En las reuniones y asambleas se mantienen el sentido de colectividad, la informalidad y la espontaneidad, por la característica abierta y democrática de los espacios que tienden a la horizontalidad y abren lugar para la explicitación de contradicciones: “es también interesante ver como hay distintas lógicas de ver las cosas y como cuesta llegar a un marco de acuerdo mínimo para llevar adelante acciones, sin darse cuenta que estamos tirando más o menos para el mismo lado” (RS, mujer, 51 años).

En todo este largo recorrido desde la creación de la coordinadora de salud en el 2002 hasta el momento actual de reflujo, la espontaneidad que se despliega en los espacios de reunión fue nutriendo la sistematización y dando forma a acciones programadas. Se va desarrollando una planificación estratégica de las acciones que integra: las necesidades autodefinidas, las posibilidades de los sujetos y los colectivos, y el análisis de la coyuntura. Con respecto al armado de una nueva red de farmacias comunitarias en los territorios, un referente señala: “es mas fácil por el lado organizativo porque ya tenemos como experiencia acumulada, pero la situación que vivimos hoy en día para salir a la calle y hacer valer el reclamo no es la misma, entonces es mas difícil conciliar el recurso” (RS, varón, 25 años).

Espontaneidad y programación se nutren dialécticamente haciendo avanzar al colectivo en su hacer. Cuando la programación no es estratégica se corre el riesgo de caer en procesos de burocratización, en el hacer sin una justificación propia del modo en que se hace. Lo mismo puede ocurrir cuando la programación no incluye una evaluación del proceso e instancias que plásticamente permitan redireccionarla para enfrentar y superar los obstáculos que impone el contexto. Es decir, la programación necesita conservar el componente de espontaneidad para ser efectiva en la realidad, generando participación social sin objetivar a los sujetos como recursos de un programa. Esta objetivación paraliza la espontaneidad y la creación social.

LIBERACIÓN-ALIENACIÓN: ¿se subvierten las relaciones sociales hegemónicas?

Este eje remite a la presencia o no de desarrollos que permitan subvertir las relaciones sociales hegemónicas a través de la creación de formas alternativas humanizantes, o a la reproducción de las relaciones vigentes de subordinación.

El proceso de violentación –que Basaglia (1976) encuentra en la génesis de toda institución (forma de relacionarse socialmente)– está referido al proceso de fetichización a través del cual el flujo social del hacer se fractura, transformando el poder-hacer (afirmación de la subjetividad: habilidad de negar lo que existe y movimiento contra la eseadad) en su opuesto: el poder-sobre (destrucción de la subjetividad: auto-negación del hacer, núcleo de una fractura múltiple de todos los aspectos de la vida que convierte el hacer en sufrir). Este proceso objetiva la humanidad de los sujetos a través de la supeditación de todas las relaciones sociales a la lógica del capital como forma de relación hegemónica. El poder-hacer sólo puede existir en antagonismo con el poder-sobre como lucha, este antagonismo es una relación interna, por lo tanto, la subjetividad sólo puede existir en antagonismo con su propia objetivación. La imposición de relaciones externas al sujeto y la obturación de su imaginación lo deslindan de la posibilidad de desplegar su pensar-sentir-hacer confiscando los rasgos distintivos de su humanidad. De este modo, la humanidad del hombre se destruye y la posibilidad de cambiar el mundo que habita aparece obturada tanto a nivel material como a nivel imaginario². Las relaciones sociales se deshistorizan, el mundo se torna una eseadad inalterable, atemporal y permanente que aplasta constantemente lo humano. A pesar de esto, el poder-hacer existe como poder-sobre: el poder-sobre es la forma del poder-hacer que niega su sustancia, este hecho permite comprender la vulnerabilidad del poder-sobre abriendo la posibilidad de la liberación de nuestro poder-hacer (Holloway, 2002: 65-75) y nuestra creatividad social.

El impacto del capitalismo en su forma neoliberal restringe y retrae los lazos recíprocos y solidarios a los espacios de convivencia familiar y en menor medida al grupo de pares, propicia la puesta en marcha de estrategias y prácticas defensivas individuales de sobrevivencia. En un mundo en el que la saturación del individualismo y los excesos del yo son el centro alrededor del cual gira el sistema (Montero, 2000: 197), en el que la sociabilidad está hegemónicamente mediada por el mercado, ir en contra de la ruptura del flujo social del hacer se vuelve una tarea urgente. Este hecho remarca la importancia de los procesos que intentan liberar la imaginación colectiva: la posibilidad de imaginar otras formas de relacionarnos socialmente, otros sentidos de nuestro pensar-hacer, signos de autonomía, lucha e insumisión frente al orden social existente.

² La alienación se caracteriza a nivel subjetivo por: a) impotencia: locus de control externo que hace que el sujeto crea que no tiene poder para controlar su vida; b) impresión de no sentido: no se comprende el sentido de la vida social; c) ausencia de normas: las normas sociales son percibidas como inadecuadas; d) hiperconformismo; e) aislamiento social; f) sensación de ser exterior a sí: incapacidad de comprenderse y desarrollar sus potencialidades. Páez citado por Zaldúa, 2000.

A la lógica de la representación y la burocracia estatal se intenta contraponer la lógica de la democracia directa con muchas dificultades, señalando que muchas veces se reproduce aquello que se intenta subvertir: “es una horizontalidad con 200 comillas. Es un deseo en el tiempo” (RS, mujer, 30 años). Las rupturas de los movimientos también expresan el reflejo de la lógica hegemónica disyuntiva de lo colectivo, la reproducción del individualismo, de formas de organización representativas, delegativas, clientelares, asistencialistas. Las relaciones de género no escapan a la reproducción de la desigualdad de poder entre mujeres y varones: “incluso hoy, dentro de la referencia del movimiento, hay muy pocas mujeres [...] La referencia sigue siendo machista” (RS, mujer, 57 años). Pero esta visibilización de la asimetría de géneros también propicia acciones que intentan subvertirla, por ejemplo, como parte de la formación en salud se incluyeron temas relacionados con la violencia hacia la mujer y los derechos sexuales y reproductivos desde la perspectiva de género, también hay un espacio de mujeres en el que participan los distintos movimientos, en donde se trabaja sobre estas problemáticas y reivindicaciones.

El trabajo en salud desde los movimientos cuestiona el poder médico hegemónico: “Porque es un tema que está en la cabeza de todos los compañeros, de todo el mundo y no importa en qué sector social estés, hay algo que es el del médico, el médico tiene toda la palabra ahí, más en un barrio, hay una cuestión de trabajarle la cabeza a la gente para que se desvalore, digamos, que voy a saber yo como tratar este tema, como voy a influir yo en estas cuestiones, que al médico uno va y le dice: ‘me pasa esto’ y el médico le dice: ‘bueno, tomá esto cada 8 hs. y chau’. Entonces todas esas cuestiones ponen trabas, digamos para trabajar, más allá de la situación política puntual que se vive en cada municipio, es como algo que está en toda la sociedad” (RS, varón, 25 años). En la propia praxis se cuestiona el saber médico, el taller de formación en salud propició estos cambios a través de la socialización de los saberes: “creo que para todos los que hemos hecho el curso hubo mucho cambios, [...] fue muy importante en muchos sentidos. Uno en cambiar como persona, quizás en uno mismo, lo otro es que tenés la posibilidad de aprender, de enterarte muchas cosas que de repente vos ignorabas como ciudadano, el poder de repente manejarte con respecto a determinada cuestión en el barrio, [...] y tener la posibilidad de decir: ‘bueno, hoy puedo ir y sentarme con este señor y hablar de igual a igual, porque sé de lo que estoy hablando’, esto creo que fue una de las cosas que los talleres de promotores de salud a más de uno de nosotros nos enseñó mucho” (RS, mujer, 57 años). Esta transformación colectiva de la realidad tiene lugar en y más allá del mismo proceso construyendo pensares, saberes y haceres comunitarios.

El reconocimiento de la necesidad de luchar para cambiar las condiciones de vida da cuenta de la necesidad de liberación: “el tema es que vos tenés que salir a pelear, los centros de poder están en un paisaje dominado por otra clase social, y entonces, lo tenés que disputar con esa clase” (RS, varón, 25 años). “Creo que esto es algo que se da en los movimientos y que es muy importante y es que si bien hay una cuestión reivindicativa, la cuestión política va mucho mas allá de la cuestión de los derechos porque justamente hay una propuesta de cambio social y hay una propuesta de pensar otro mundo y otra sociedad, una sociedad más justa basada en otros valores: de solidaridad, de cooperación, de recuperación de la dignidad humana. Entonces, en este sentido, trabajamos por el derecho a la salud, por la reivindicación de ese derecho, pero se va un paso mas allá y eso tiene que ver con ese concepto de la lucha, que es la lucha de clases” (RS, mujer, 30 años).

A pesar de las contradicciones y los obstáculos, estos movimientos intentan revertir el aislamiento, la atomización social y el individualismo a través de la politización y la reactualización de las configuraciones relacionales.

Comentarios finales

Cuando existe un compromiso con el intento de abordar las problemáticas de la salud colectiva que se presentan como prioritarias, cuando las tareas comunitarias son planificadas la búsqueda de los satisfactores, hablamos de una PPS ligada a procesos de concientización sanitaria. En la PSS se intersectan la participación popular, política, ciudadana y comunitaria³. Uzcátegui (2005: 24) describe tres propuestas de PSS: la neoliberal o conservadora, la reformista y la alternativa-progresista. Define ésta última como un proceso de construcción de ciudadanía que rechaza la consideración de las personas como clientes, y reivindica su condición de sujetos de derechos, asumiendo una concepción de salud como derecho social, derecho humano y responsabilidad del Estado, es decir, un bien público. Esta propuesta destaca el carácter político de la participación popular dirigida a lograr la democratización-redistribución del poder; promueve la provisión pública de los bienes públicos regida por los principios de universalidad y gratuidad; plantea una relación con el Estado que no comprometa la autonomía de los movimientos sociales; considera los aspectos sociales, históricos, políticos y culturales del proceso salud-enfermedad; sostiene una visión holística e

³ Para una revisión crítica del concepto de participación social y una delimitación de las características que entendemos como centrales de cada una de estas participaciones, ver: Zaldúa, G., Sopransi, M.B. y Veloso, V. (2005). “La praxis psicosocial comunitaria en salud, los movimientos sociales y la participación”, en XII Anuario de Investigaciones. Fac. de Psicología de la UBA. Buenos Aires.

integral de la salud con énfasis en el bienestar, la promoción de la salud y la vida; y reivindica el saber popular en conjunción con el saber científico como “encuentro de saberes”. Las acciones en salud desplegadas por los movimientos se enmarcan en esta propuesta alternativa-progresista de la PSS. En el trabajo en salud se conjugan tres niveles en los que se expresa la resistencia y la lucha: 1- el trabajo en territorio que parte de la necesidad urgente de evitar enfermar, evitar morir, y de bienestar; 2- el trabajo reivindicativo de recuperación de la garantía estatal sobre el derecho a la salud de los sectores expulsados por la desocupación; 3- el trabajo político-integral que va más allá al intentar imaginar y crear todos los días otro mundo donde los nadies quepan.

A partir de esta aproximación multidimensional al proceso de PSS, reconocemos la necesidad de visibilizar las tensiones a las que se enfrentan estas propuestas para favorecer su auto-reflexividad, su empoderamiento, fortaleciendo los caminos de la autonomía colectiva.

Bibliografía

ADORNO, THEODOR W. (1990) Dialéctica Negativa. Taurus. Madrid.

BASAGLIA, FRANCO (1976). La institución negada. Informe de un hospital psiquiátrico. Ediciones Corregidor. Buenos Aires.

CASTORIADIS, CORNELUIS (1997). El avance de la insignificancia. EUDEBA. Buenos Aires.

DELEUZE, GILLES Y FELIX GUATTARI (1994). Mil mesetas. Pre-textos. Valencia.

DUSSEL, ENRIQUE (2000). “Sobre el concepto de ética y ciencia crítica”. En Herramienta N° 12, págs. 112-120.

FALS BORDA, ORLANDO (1985). Conocimiento y poder popular. Lecciones con campesinos de Nicaragua, México y Colombia, Punta de Lanza - Siglo XXI, Colombia.

HOLLOWAY, JOHN (2002). Cambiar el mundo sin tomar el poder. El significado de la revolución hoy, Ediciones Herramienta y Universidad Autónoma de Puebla, Buenos Aires.

MONTERO, MARITZA, FABRICIO BALCÁZAR Y J.R. NEWBROUGH (2000). Modelos de psicología comunitaria para la promoción de la salud y prevención de enfermedades en América Latina, Serie Paltex Salud y Sociedad, OPS-OMS.

MORIN, EDGAR (1995). Introducción al pensamiento complejo. Editorial Gedisa. Barcelona.

MOSCOVICI, SERGEI (1981). Psicología de las minorías activas. Morata. Madrid.

LÓPEZ, NÉSTOR Y LUIS MENÉNDEZ (2003). “La insumisión de la utopía. (Acerca del ¡Qué se vayan todos!)”. En Herramienta N° 24, págs. 41-47.

SCOTT, JAMES (2000). Los dominados y el arte de la resistencia. Era. Madrid.

UZCÁTEGUI, JOSÉ LUIS (2005). “Salud y participación popular. Hacia una ciudadanía plena”. En Cuadernos para la Emancipación Salud, Venezuela, págs. 19-25.

ZALDÚA, GRACIELA, MARÍA BELÉN SOPRANSI Y VERÓNICA VELOSO (2005). “La praxis psicosocial comunitaria en salud, los movimientos sociales y la participación”. En XII Anuario de Investigaciones. Fac. de Psicología de la UBA. Buenos Aires.

ZALDÚA, GRACIELA (2000). Apuntes de la cátedra Psicología Preventiva. Clases teóricas. Secretaría de Publicaciones de la Fac. de Psicología UBA. Buenos Aires.