

## **Praxis Psicosocial: Participación Social en Salud y Movimientos Sociales**

Autoras: Prof. Graciela Zaldúa<sup>1</sup>, Lic. María Belén Sopransi<sup>2</sup> y Lic. Verónica Veloso<sup>3</sup>

### **Resumen**

La presente investigación acción participativa (IAP) forma parte del UBACyT “Praxis Psicosocial Comunitaria en Salud” (2004-7) 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 y etnia. Se abordan los efectos en salud del deterioro de las condiciones de vida, a través del monitoreo de representaciones, prácticas y estrategias resilientes comunitarias que operan desde las clases subalternas, desde una ética relacional. A través de la historización del campo, el trabajo aporta conocimientos acerca de dimensiones materiales y simbólicas y obstáculos en la participación social en salud (PSS), señalando las tensiones que atraviesan las prácticas; brinda información sobre las nuevas modalidades de gestión colectiva, los procesos de reconstrucción del entramado de las relaciones sociales y la identidad colectiva, la impronta de género y los cambios en las subjetividades que impulsan u obturan los caminos hacia la autonomía. Los objetivos principales son: 1- explorar el contexto de producción de la PSS al interior del Movimiento de Trabajadores Desocupados y la generación de redes en salud; 2- relevar las

---

<sup>1</sup> Graciela Zaldúa. Psicóloga de la U.N.L.P., Fonoaudióloga del I.S.E.D.E.D., Especialista en Planificación y Políticas de Salud del C.E.N.D.E.S., Profesora Titular de las Materias “Psicología Preventiva” y “Epidemiología” (Fac. de Psicología U.B.A), Coordinadora General del Programa de Extensión Universitaria “Observatorio de prevención y protección de la salud comunitaria” (Fac. de Psicología U.B.A), Directora del Proyecto de Investigación U.B.A.C.yT. (2004-2007) “Praxis Psicosocial Comunitaria en Salud”, Doctoranda de la Fac. de Psicología U.B.A. E-Mail: gzaldua@psi.uba.ar

<sup>2</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>3</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

prácticas participativas en salud y las modalidades de PSS 3- visualizar las relaciones entre los actores de la sociedad civil y el Estado; 4- promover el fortalecimiento de las prácticas propiciando la transferencia técnica entre movimientos sociales y Universidad Pública.

Las perspectivas epistemológicas y metodológicas de la Psicología Social Comunitaria centralmente se plantean abordar los problemas sociales, las posibilidades de transformaciones, las condiciones de posibilidad de la construcción de conocimientos y prácticas y sus usos e impactos. Prilleltensky(1997) analiza cuatro paradigmas: tradicional, empowerment, postmoderno y de la emancipación relacionando con los valores predominantes, los temas, los supuestos, las prácticas y los potenciales beneficios o riesgos de cada perspectiva epistémica. Nuestro enfoque desde la reflexividad de la teoría crítica y del feminismo, incorpora al debate actual problemas marginados o silenciados sobre los dominios del poder, el discurso y las diferencias. Esta investigación contrahegemónica, de ruptura y superación de las propuestas funcionalistas se asienta en tres mecanismos: planeación estratégica, monitoreo participativo y control social sobre la gestión. Las técnicas utilizadas son diversas: encuestas, inventarios, observación participante, grupos focales y talleres de capacitación, según lógicas cuantitativas y cualitativas, con análisis hermenéutico dialéctico y asistencia de Epi Info y AtlasTi.

Los Movimientos de Trabajadores Desocupados (MTDs) están formados mayoritariamente por personas que perdieron su trabajo durante la década de los noventa. Las necesidades de la vida cotidiana, que hasta ese momento, aunque de manera precaria estaban aseguradas, dejaron de estarlo. Es así que la lucha por el trabajo y los alimentos integran el reconocimiento y las primeras acciones en defensa del derecho a la salud y a la educación. Se suman acciones reivindicativas concretas de PS dentro de la estrategia de relevamiento de los recursos y de los problemas de los centros de salud, vinculación con los trabajadores de la salud, diagnóstico comunitario de las problemáticas de la salud, 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. La salud funciona como eje transversal articulador de diversas organizaciones y sectores. En estas experiencias se condensan los diferentes tipos de participación social: política, popular, ciudadana y comunitaria. Su mayor grado de visibilización o legitimación social está ligado a su temporalidad y a la dinámica de avance-reflujo en los niveles de la política y la infrapolítica. Al ser experiencias con un claro sentido democrático, su posibilidad de trascendencia está ligada a las marcas subjetivas que imprime el tránsito por ellas en los sujetos verdaderamente implicados con el proyecto, un *habitus* instituyente en el que descansa su potencia real aún en los momentos de repliegue.

El análisis crítico de la dimensión participación, contribuye a un conocimiento subjetivo y colectivo de la realidad y posibilita la promoción de acciones que transformen las condiciones que afectan la salud y el bienestar.

### **Introducción**

El enfoque de la praxis psicosocial comunitaria en salud se instala como instrumento de investigación, planeamiento y monitoreo estratégico de las condiciones de salud y del impacto de las acciones y programas sanitarios. Los momentos de un proceso dialéctico de construcción de conocimientos y prácticas de promoción y prevención de la salud se constituyen frente a la producción de necesidades de diferentes campos: procesos de trabajo, consumo, organizativos, cotidianidad, vida cultural y subjetividad, y en relación a las condiciones de defensa y promoción de la salud, del trabajo y la vida cotidiana (Breilh, 2003).

El deterioro de las condiciones de vida y la situación de pobreza e indigencia en América Latina de 43,45 % y 18,8% respectivamente, profundiza las brechas sociales de las desigualdades y de las inequidades. Argentina duplicó y triplicó, en el último quinquenio, ambos niveles en el área urbana (CEPAL,2003).

Si analizamos los datos del INDEC, correspondiente al último trimestre del año 2003 advertimos que el 10% de la población de nuestro país se apropia del 36,4%

del total de ingresos generales, mientras que el 10% más pobre apenas del 1,3%. Es decir, el 10% más rico tiene ingresos 28 veces superiores que el 10% más pobre. En la Encuesta Permanente de Hogares (EPH) correspondiente al primer semestre del 2004, se observa que en el total de aglomerados por áreas geográficas 44,3% de pobreza y 17% de indigencia. La región Noreste presenta las tasas más altas con 60,3% y 30,4% y la Patagonia tiene tasas más bajas comparativamente, de 31,% y 12% respectivamente. La situación en relación al sexo y las edades, en el mismo semestre, nos advierten de un 51,3% de pobreza y 51,2 de indigencia son mujeres y un elemento significativo es el aumento femenino de la pobreza en la población adulta del 53,6 (de 22 a 64 años) y de un 58,8% en mayores de 65 años. Otro aspecto relevante es la infantilización de la pobreza al concentrarse en edades de 0 a 13 años y 14 a 22 años. Este cuadro de situación nos interpela éticamente en relación a nuestro quehacer comunitario, en diversos niveles relacionados con: a) los obstáculos en la exigibilidad de derechos de mujeres y hombres de sectores populares; b) las desigualdades e inequidades en las relaciones de género, clase social y ciclos vitales; c) los criterios de demarcación epistémico de la ciencia social crítica, en los entrecruzamientos de los saberes populares y científicos y en la posición de negatividad –materialidad y el “ponerse de parte” o de compromiso y responsabilidad por el Otro—. La ética relacional supone una idea de igualdad entre sujetos por estar arraigada en el reconocimiento del Otro, no sólo como igual, sino como parte esencial para ser, parte del yo. Desde esta perspectiva relacional es fundamental la aceptación del Otro en toda su diferenciación, un otro complementario en su papel de actor y constructor social del mundo, de su participación para la transformación (analéctica de Dussel, 1988 citado en Montero, 2000: 199). Este principio debe ser complementado por otro: el de la autonomía del grupo (Fals Borda, 1985), es decir, el desarrollo de las potencias de las mismas comunidades que emprenden las acciones determinadas como prioritarias a partir del análisis de su propia realidad adoptando una orientación democrática, participativa y directa.

La configuración de territorios de exclusión plantea las condiciones objetivas y subjetivas que le dan sentido al orden social y simbólico y a su vez, en estos

espacios, tienen lugar las estrategias de los habitantes para resistir su relegación y transformar autogestivamente su estar en el mundo. Su revés, son las experiencias de vida y las prácticas y significaciones construidas por los colectivos sociales atravesadas por el fatalismo. Define M.I.Baró (1987) esta concepción, derivada del latín *fatum*, predicción, oráculo, destino inevitable, como “una relación de sentido entre las personas y el mundo al que encuentran cerrado e incontrolable” y traducido en ideas, sentimientos y comportamientos de pasividad, resignación, conformismo y sumisión. Su apuesta al proceso dialéctico que podría eliminar la actitud fatalista de las mayorías latinoamericanas involucra tres cambios: a) la recuperación de la memoria histórica, b) la organización popular, y c) la praxis de clase, como nueva identidad social y articulada en el eje de los intereses populares. La perspectiva de Baró está inspirada en la teología de la liberación y las teorías de la emancipación de aquellos grupos sociales que sufren opresión y carencia . Se enmarca en una posición dialógica entre psicólogos y comunidad, constituida por actores con recursos y fortalezas para lograr transformaciones.

Desde las últimas décadas, un sector de la producción psicosocial comunitaria en América Latina es solidario al compromiso ético y se replantea el sustento teórico de las prácticas a la luz de los paradigmas construccionista y/o materialistas dialécticos, la escuela de Frankfurt, la teoría de la dependencia, de la alienación, los aportes de Freire y Fals Borda. Se resignifica el objeto y la episteme en una praxis reflexiva desde la negación-superación de las epistemes dominantes. Estas producciones discursivas son tramas de sentido y de legitimidad del orden social dominante y se asientan en la construcción de los otros como excluidos y peligrosos. Adviene esta construcción a partir de una operatoria de hegemonía ideológica, que regula las relaciones existentes, la visibilidad y no visibilidad social y excluye la lógica económica y social de la crisis y la exclusión social.

La culpa subjetiva y la responsabilidad si se descontextualizan operan ideológicamente ocultando la complejidad de las condiciones políticas, económicas e ideológicas de las situaciones de exclusión y violentación. No es el latino indolente, definido por su destino y por fuerzas ajenas al control y poder,

sino aquel que activamente irrumpe con sus demandas, resiste con sus cortes o piquetes. Se juegan en los hechos, en el sentido de exceso, que requiere no ser visto, y como lo hace se inscribe ideológicamente, como esos peligrosos, diferentes, resistentes, disruptivos, en el universo simbólico de los incluidos.

La Psicología Social Comunitaria desde la perspectiva crítica y de la liberación interroga las dimensiones de la participación y el compromiso comunitario, en sus efectos de satisfacción de necesidades, de promoción de la ciudadanía y de la sociedad civil. Desde el dominio de los valores puede promover la autodeterminación, el empoderamiento en la diversidad y la justicia distributiva para el bienestar subjetivo y comunitario. El bienestar y la justicia emergen como componentes centrales y las necesidades personales, relacionales y colectivas están estrechamente ligadas. Para Prilleltensky (2003) las necesidades personales y relacionales conciernen principalmente al dominio psicológico y aunque necesarias son insuficientes para determinar el bienestar. Postula con otros autores (Carr y Sloan, 2003, Kim, Irwin, Gersham, 2000, etc.) las necesidades de políticas justas de acceso a servicios de atención de salud, de educación pública, de seguridad, de justicia, de vivienda, de empleo, de protección contra la explotación, y a su vez, la atención universal en salud, las redes de cuidado infantil y seguridad social como garantía del aumento del bienestar público y privado de los ciudadanos (Sen, 1999).

Sin embargo, queda por fuera de estas explicaciones el antagonismo social real, dirá Žižek (2003:32) “la lucha de clases es “real” en el sentido lacaniano estricto: un “obstáculo”, un impedimento que hace surgir simbolizaciones siempre nuevas por medio de las cuales uno intenta integrarlo y domesticarlo (el desplazamiento-traducción corporativista de la lucha de clases en la articulación orgánica de los “miembros” del “cuerpo social”, por ejemplo), pero que simultáneamente condena estos intentos al fracaso final”. El efecto de hegemonía, es que la violencia inicial del no trabajo, o la exclusión o la constitución de verdaderos ghettos urbanos no es percibido como violencia., como círculo vicioso de un acto que establece el orden, volviendo invisible ese acto constitutivo de la violencia social simbólica. En este sentido se puede interrogar con Žižek sobre las modalidades de posición frente a

los Movimientos Sociales que irrumpen y se toma distancia, o se los reprime o se los coopta desde la superioridad privilegiada del capital en la lucha económica y política.

### **Cuestiones epistemológicas y metodológicas**

Si el propósito de la investigación es de acción participativa y reflexiva acerca de los problemas comunitarios, la participación social y el posicionamiento de los actores sociales implicados en los Movimientos Sociales ¿cómo definimos participación?, por otra parte ¿cuales son los enfoques, los métodos y las técnicas que propician información relevante e iluminan las situaciones y las alternativas en salud comunitaria?

Desde las perspectivas epistemológicas y metodológicas de la Psicología Social Comunitaria sostiene Prillelttenky(1997) que corresponde relacionar con los valores, los temas, los supuestos, las prácticas y los potenciales beneficios o riesgos en relación a cuatro paradigmas: *tradicional, empowerment, postmoderno y de la emancipación*. Es desde este último, el abordaje emancipatorio, que se enfatizan los valores de la autodeterminación, la justicia distributiva, el bienestar subjetivo y colectivo. Los supuestos que sostienen la buena vida y la buena sociedad están basados en las mutuas obligaciones, responsabilidades y la destitución de la opresión. Las prácticas participativas y de empoderamiento se definen en pos de transformar las situaciones opresivas y por los cambios interpersonales y sociales. Los riesgos que pueden considerarse son los sacrificios de la singularidad personal por el bien comunitario. Los beneficios destacables son el sentido de pertenencia comunitaria y los procesos emancipatorios de las opresiones de género, de clase, de etnias, de cultura.

El desarrollo de una reflexividad crítica permitió incorporar al debate actual de la Psicología Social Comunitaria los problemas marginados o silenciados sobre los dominios del poder, del discurso y de las diferencias, a partir de la teoría crítica y del feminismo.

La práctica teórica y el análisis del contexto histórico nos condujo a las estrategias de investigación intersubjetivas, desde las diversas perspectivas de los actores: trabajadoras, trabajadores desocupados. Los pilares de esta investigación

contrahegémica, se asientan en tres mecanismos: planeación estratégica, monitoreo participativo y control social sobre la gestión (Breilh, 2002). Es decir, de ruptura y superación de las propuestas funcionalistas que eliden los temas del poder, del género, de la subjetividad, de los grupos emergentes, del Estado. 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.

El tipo de diseño de investigación es de estudio de caso, definido por Denny (1978:370) como “un examen completo o intenso de una faceta, una cuestión o quizás los acontecimientos que tiene lugar en un marco geográfico a lo largo del tiempo” En general se coincide que el estudio de casos implica un proceso de indagación que se caracteriza por el examen detallado, comprensivo, sistemático y en profundidad del caso objeto de interés.(García Jiménez, 1991:67). La estrategia investigativa implementada es de tipo inclusivo de unidades múltiples de análisis, con objetivos de evaluación-transformación. Es parte de una investigación de casos múltiples sobre las praxis en salud en los movimientos de desocupados y se pretende comprender el fenómeno de la participación.

La fuente de datos son: técnicas cualitativas (entrevistas a profundidad a informantes calificados, grupos focales de devolución de datos, observación participante de asambleas, talleres, movilizaciones) y técnicas cuantitativas (encuestas colectivas, relevamiento documental) de recolección, análisis y triangulación de fuentes e instrumentos. La unidades de análisis son mujeres y hombres participantes de actividades desarrollados en el área territorial de M.T.D, durante el período 2002-2004. . En el proceso la realidad estudiada fue cambiante, con rupturas y discontinuidades. A partir de un método de análisis hermenéutico dialéctico de los corpus transcritos y la asistencia de Epiinfo y AtlasTi, construimos categorías e indicadores en base a diversos desarrollos teóricos y a las voces de los protagonistas. El muestreo no está planteado en términos de

representatividad, sino de homogeneidad e intencionalidad, para abordar en profundidad un grupo particular.

Los criterios de rigor están sustentados en la credibilidad, desde la experiencia significativa de los actores; la adecuación a otros escenarios comunitarios; la auditabilidad y la confirmación de los hallazgos tratando de evitar los sesgos de campo. Con la modalidad de retroalimentación de los datos y el trabajo resignificamos la praxis psicosocial comunitaria y los supuestos ideológicos de la participación.

La población abordada (N=98) participa del MTD autónomo de zona sur del conurbano bonaerense. La autonomía de la organización está definida por la no vinculación a partidos políticos, iglesias, sindicatos u otras instituciones estatales.

Se seleccionaron muestras de dos grupos de integrantes del MTD, el primero corresponde a participantes de una asamblea general de la organización y el segundo a participantes del taller de formación de agentes promotores en salud – en el que participamos junto a los compañeros y las compañeras del área salud del MTD como coordinadoras-docentes–.

Dentro del grupo 1 (N<sub>1</sub>=44) la distribución por género es 61,3% de mujeres y 38,7% de varones, y por franjas etáreas: 31,8% de 21 a 35 años, 34,2% de 36 a 50 años, 29,5% de 51 a 65 y 4,5% mayores de 65 años.

Dentro del grupo 2 (N<sub>2</sub>=54) la distribución por género es 77,3% mujeres y 22,7% varones, y por franjas etáreas: 18,5% menor a 21 años, 57,4% de 21 a 35 años, 18,5% de 36 a 50 años y 5,6% de 51 a 65.

La configuración de la población responde a las características de las organizaciones de trabajadoras y trabajadores desocupados (mayor desocupación cuanto mayor edad, alto porcentaje de mujeres, amplia base de integrantes con participación reciente y grupo estable de integrantes con más de 4 años de participación).

Las Categorías se construyeron en base a la indagación en torno a adjudicación de importancia a las tareas del MTD (por relevancia para el movimiento y por elección subjetiva), hitos históricos de la organización, percepción de las fortalezas colectivas, necesidades y propuestas de cambio organizacional, percepción de

logros, percepción de las representaciones del MTD en el resto de la sociedad, y mensajes que el MTD quiere transmitir a la sociedad.

Con respecto al proceso salud-enfermedad, las categorías relevadas fueron: estrategias de autoprotección de la salud, acceso al sistema sanitario y a recursos preventivos y salutíferos, percepción epidemiológica de morbilidad –y específica sobre VIH-SIDA, desnutrición, violencias, embarazo no deseado, drogas–, representaciones sobre el proceso salud-enfermedad, estrategias colectivas de abordaje de las problemáticas de la salud, ejercicio de ciudadanía en relación al derecho a la salud, recursos en salud dentro del MTD y su historia de construcción.

### **Participación social: trabajar en salud desde los movimientos sociales**

El concepto de participación social (PS) en salud está cargado de presupuestos ideológicos-técnicos generalmente no explicitados, que sin embargo orientan su uso. Al igual que otros conceptos<sup>4</sup> la PS ha sido producida y aplicada por las ciencias sociales y posteriormente apropiada por las ciencias de la salud sin un análisis crítico del proceso de producción y aplicación previa, generando una distorsión en su significado (Menéndez, 1998: 65-66). La PS está ligada a procesos de transformación socio-política, a formas de organización social, a diseño de políticas públicas e implementación de programas sociales. Según quien la defina y con qué objetivos será empleada asume diferentes características, se presenta con diversos nombres según tendencias y movimientos políticos. Participación social, participación comunitaria, participación política, participación ciudadana, participación popular, etc. muchas veces son empleadas como sinónimos ocultando diferencias y convergencias en las delimitaciones conceptuales, no explicitadas, ni consensuadas. La polisemia y el polifacetismo de la PS requieren asumir la “existencia de una triple historia en la construcción de saberes participativos (académica, política, técnica), que la ahistoricidad dominante tiende constantemente a anular” (Ibid: 67).

A partir de la revisión de las definiciones sobre PS (Montero, 2004; Ugalde, 1999; Menéndez, 1999; Spinelli, 1999; Baró, 1998; OPS/OMS, 1992; Grodos y

---

<sup>4</sup> Redes sociales, comunidad, estilo de vida, necesidades, grupo doméstico, etc.

Bethume, 1988; Fals Borda, 1985), en el presente trabajo conceptualizamos la PS como el proceso general de intervención – cooperación de los sujetos y los colectivos en las relaciones sociales de producción-reproducción de la sociedad, que puede ser analizada en diversos niveles (singular-colectivo-estructural) y áreas. En este proceso general se distinguen: la participación comunitaria (Pco), la participación política (Ppol), participación ciudadana (Pci) y la participación popular (Ppop).

La Pco es aquella participación que es promovida desde los programas a nivel gubernamental (incluyendo redes clientelares-asistenciales) y de organismos internacionales, así como aquellos programas formales vinculados a ONGs. Dicha participación está basada en la idea de cooperación de la población con la agencia efectora de programas.

La Ppol es aquella que se expresa bajo una concepción política integrada a la cotidianidad y puede estar centrada en tres ideas: de defensa y promoción de la civilidad, de transformación y/o de emancipación. La primera se refiere al conjunto de aspectos que resisten a la violencia extrema (condiciones de pauperización absoluta, condiciones de represión extrema, etc.). La segunda está centrada en la idea de transformación material de las estructuras de dominación. Y la tercera se relaciona con la exigencia de un máximo de libertad y un máximo de igualdad: la exigencia de “égaliberté”<sup>5</sup>.

En la Ppop la centralidad del concepto reside en que las iniciativas de participación son promovidas desde las clases subalternas (movimientos sociales, políticos y/o reivindicativos autoconvocados), incluyendo procesos de empoderamiento que tienden hacia la autodeterminación y la autonomía de los colectivos.

La Pci está referida al reconocimiento y la defensa de los derechos, a la participación como ciudadanos en la lógica de las democracias formales representativas.

---

<sup>5</sup> Balibar, E.: “Entrevista a Etienne Balibar. Buenos Aires, 4 de octubre de 2001”, en Acontecimiento, N° 22, Ediciones la escuela porteña, Buenos Aires, 2001, págs. 15 y 16.

Esta delimitación conceptual intenta aprehender las relaciones entre diversos actores de la sociedad civil (ONGs, movimientos sociales, organizaciones barriales, etc.) y el Estado. Los distintos tipos de participación no son excluyentes y en lo concreto se presentan muchas veces superpuestos o intersectados.

Por su característica dinámica, la PS y su diversas expresiones están atravesadas por procesos dialécticos que se dirimen entre polos tensionales. Se enuncian algunas de las tensiones reconocidas:

◆ **autonomía-heteronomía:** este eje aparece vinculado a quién realiza las propuestas participativas, si son definidas *externa o internamente* respecto del colectivo participante<sup>6</sup>, a la posibilidad de autogestión o heterogestión, a quién induce y/o direcciona la PS.

◆ **integralidad-focalización,** se refiere a la *amplitud de las propuestas participativas* en relación al enfoque selectivo sobre problemáticas específicas o al abordaje desde una perspectiva integral de la vida cotidiana de los sujetos, los colectivos, la sociedad.

◆ **empoderamiento-cooptación:** remite a los *objetivos de los procesos participativos*, está estrechamente vinculado al eje autonomía-heteronomía y al sostenimiento de los conflictos por parte de los colectivos, al señalamiento de las contradicciones sociales y la creación de contrapoder, ubicando en el otro polo los mecanismos de integración de elementos críticos a través de la canalización o evitación de conflictos sociales<sup>7</sup>.

◆ **crítica-conformismo:** dicha tensión se vincula al *posicionamiento colectivo* en los procesos participativos, está relacionada con la posibilidad de intervenir en la toma de decisiones, en la definición de necesidades e intereses dentro del proceso manteniendo o no la propia posición a nivel colectivo.

◆ **actores-recursos:** dicha tensión remite a la *modalidad de participación subjetiva* dentro del proceso. El polo actores evidencia una participación activa-creativa, mientras que el polo recursos refiere a una participación pasiva-objetal.

---

<sup>6</sup> Nos basamos en las teorizaciones sobre autonomía y heteronomía de Castoriadis, C.: (1997) El avance de la insignificancia, Eudeba, Buenos Aires.

<sup>7</sup> Sobre el sostenimiento y la evitación del conflicto social ver: Moscovici, S. (1981): Psicología de las minorías activas, Ed. Morata, Madrid, Cap. 8.

◆ **singular-colectivo**: se refiere a los *modos de negociación y toma de decisiones* al interior de los colectivos (horizontalidad-verticalismo), así como a los rasgos de los liderazgos presentes (autoritarios, caudillistas, democráticos, etc.). En este eje también se expresan las posibilidades de implicancia y compromiso subjetivo a través de la asunción de responsabilidades dentro del proceso o la delegación.

◆ **flujo-reflujo**: este eje se refiere a los *niveles de participación* y a sus movimientos. Se relaciona con los niveles de visualización en la vida política societal y la regresión a niveles infrapolíticos de participación<sup>8</sup>, así como con los procesos de empoderamiento-cooptación.

◆ **espontaneidad-programación**: remite a la *génesis de la participación* y al modo de generación e inclusión de cambios dentro del proceso.

◆ **creatividad-burocratización**: esta tensión se refiere a las *formas organizativas* dentro de los procesos (democracia directa o de base, sistemas delegativos-representativos, etc.), a su grado de innovación o reproducción de formas tradicionales.

◆ **subalternidad-hegemonía**: este eje se vincula con el grado de desnaturalización de los *procesos estructurales* en los discursos y las prácticas: existencia de clases sociales, de necesidades, de conflictos, de inequidad económica, de desigualdad social y de opresiones de clase, género y etnia.

◆ **liberación-alienación**: 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<sup>9</sup>.

La PS en salud esta referida al proceso de salud / enfermedad / atención. El hito que marca definitivamente la inclusión de las propuestas participativas en salud es la conferencia de Alma Ata en 1978. El énfasis en el autocuidado individual, familiar y colectivo puede responder a dos posiciones ideológicas: una posición

---

<sup>8</sup> Sobre el concepto de infrapolítica ver: Scott, J. (2000): Los dominados y el arte de la resistencia, ERA, México, Cap. VII.

conservadora que tiende a reducir el papel del sector público y hacer responsables a las poblaciones de su salud (congruente con las políticas neoliberales de ajuste del área salud pública y la implementación-financiamiento internacional de programas de APS selectiva); otra vertiente que, como movimiento totalizador, intenta desmitificar la orientación biomédica de la medicina, reducir la medicalización de la atención, y desprofesionalizar la medicina, asignando al Estado responsabilidades de proteger a los ciudadanos contra los productores de enfermedad y muerte, y educar para la salud (vinculada a propuestas de APS integral) (Ugalde, 1999, Grodos y Bethume, 1988).

### ***Acerca de una experiencia de participación social en salud***

Introduciéndonos en el terreno específico de la PS en salud en el Movimiento de Trabajadores Desocupados (MTD)<sup>10</sup> de zona sur del conurbano bonaerense, en un principio se evidencia que 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 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 los compañeros en tareas vinculadas al área. Este problema se relaciona con la génesis del MTD, cuya 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. El reclamo inicial que dirigen al Estado es por la recuperación de puestos de trabajo o subsidios y bolsones de alimentos, reivindicando el derecho al trabajo. Estos grupos darían

---

<sup>9</sup> Este eje está relacionado con la propuesta desinstitucionalizadora de la antipsiquiatría, ver Basaglia, F. (1976): La institución negada. Informe de un hospital psiquiátrico, Buenos Aires , Ediciones Corregidor.

<sup>10</sup> Acerca de la historia del Movimiento de Trabajadores Desocupados, 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.

lugar a los diferentes movimientos territoriales de desocupados con diversas líneas políticas-organizativas. Consecuentemente, 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 PS 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. 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 las 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 nivel reivindicativo de la PS 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>11</sup>. Este hecho propicia la gestión de medicamentos en laboratorios públicos y privados, así como 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.

### **Necesidades, representaciones y estrategias en Salud**

El impacto de las políticas neoliberales en salud acompañadas de programas selectivos y asistencialistas provocan un consecuente deterioro de la salud colectiva, el desmantelamiento del sistema público de salud y el corrimiento del Estado como garante del derecho a la salud. Esta situación afecta principalmente a los sectores excluidos.

Acerca del nivel de percepción de las necesidades, las representaciones y estrategias en salud, se indagó en torno a las problemáticas de desnutrición, violencias, alcoholismo y drogas, por haber resultado las más significativas en base a un rastreo anterior (Sopransi, Veloso, Sasia y Udrisard, 2003).

---

<sup>11</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.

En relación a la desnutrición el 48,8% de las personas encuestadas manifiesta que la desnutrición es una cuestión relevante en el barrio que afecta la salud de niños y niñas. El 25,6% de las respuestas obtenidas acerca de los indicadores percibidos (n=39) refieren al bajo peso y al aspecto delgado de los niños. El 20,6% señala que los estómagos hinchados y el pedido de comida serían lo que permite reconocer a un desnutrido. El 7,7% relaciona la identificación de la desnutrición con la ropa sucia o los chicos sucios. Alrededor de un 8% de los encuestados no reconoce ningún indicador. La mayoría de los sujetos asocia la desnutrición con la niñez y el descuido negligente hacia los infantes. Con respecto a las estrategias colectivas de abordaje de la problemática, la mayor parte de los encuestados señala que no hay políticas estatales que den respuestas efectivas, siendo los comedores barriales y la solidaridad de los vecinos las únicas medidas visualizadas para intentar revertir la situación. En el entrecruzamiento de los datos se reconoce un porcentaje elevado de naturalización de la desnutrición y el bajo peso (51,2%). La representación concomitante del desnutrido/a se condice con las representaciones sociales acerca de la desnutrición que los medios de comunicación tributan, en muchos casos contradictorias con la propia realidad (niños/as cuidados que presentan bajo peso, adultos mayores desnutridos). Los obstáculos materiales en el acceso a una dieta calórica-nutricional acorde a la edad aparecen como respuestas junto al reclamo de políticas efectivas.

En relación a los tipos de violencia percibidos (n=71), la mayoría de las respuestas plantean que los robos, las peleas callejeras y las drogas son los modos más comunes de manifestación de violencia en el barrio y están asociados a la juventud (57,6%). La violencia contra la mujer y los/as niños/as (maltrato psíquico y psicológico, abuso sexual) fue un aspecto enunciado en menor medida (15,4%). El 14% de las respuestas hace referencia a los procesos socialmente estructurales de la producción de violencias (discriminación, marginación, exclusión social, injusticia social, violencia estatal, policial e institucional, desocupación, imposibilidad de proyecto de vida para la juventud, etc.). Respecto a las estrategias para hacer frente a las problemáticas relacionadas con la violencia, la mayoría de las respuestas se focalizan en el Estado como principal responsable y

denuncian su inacción, quedando en manos de los vecinos y las familias la resolución de situaciones violentas y el diálogo con los jóvenes como estrategia mediadora de conflictos.

Tanto el alcoholismo (86% de n=43) como las drogas (92,9% de n=42) son vistos como problemáticas presentes en el barrio. El reconocimiento ubica como principales afectados a jóvenes desde los 13 años sin distinción de género. El 54,1% no encuentra estrategias para solucionar o enfrentarse a dichos problemas por parte del Estado, las instituciones barriales y la familia. Sin embargo, otro grupo de respuestas señala que las estrategias más importantes de afrontamiento están ligadas al diálogo y son mediatizadas a través de las familias y los vecinos. El entrecruzamiento de datos muestra una fuerte naturalización del alcoholismo en varones adultos restringiendo la problemática a la juventud.

Desde el MTD, 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.

### **Participación social (PS)**

Con el fin de relevar datos relativos a la participación se indagó en torno a qué actividades resultaban más importantes para la vida del MTD y cuáles eran las preferidas dentro de la organización, así como las fortalezas, las propuestas de cambio, la percepción de los logros y los mensajes que el MTD quiere transmitir al resto de la sociedad. La cantidad de respuestas brindadas a cada pregunta aumenta a medida que lo hace el tiempo de participación en la organización, las mujeres emitieron una mayor cantidad de opciones.

En referencia a las actividades que resultan más importantes (n=53), el 22,6% opina que todas las actividades del movimiento son igualmente importantes, el 22,6% otorga la mayor relevancia a las tareas que realiza dentro de la organización (cuadrillas, roperos, emprendimientos, etc.), el 17% a la resistencia y la lucha por un trabajo digno, el 11,3% a las marchas y los cortes, el 9,4% a las

asambleas y las reuniones y el 7,5% al trabajo de las áreas del movimiento (salud, acción social, prensa, gestión, etc.).

Dentro de las actividades preferidas (n=41) encontramos que 29,9% prefiere las tareas que desempeña en el MTD, 24,4% marchas y cortes, y 19,5% asambleas y reuniones.

En relación a las fortalezas y los logros del MTD (n=52), el 34,6% opina que es la capacidad de gestión frente al Estado, el 25,1% la unidad en lo colectivo (participación y solidaridad), el 15,4% los emprendimientos y las estrategias de lucha y el 11,5% la resistencia y la lucha por trabajo digno.

Con respecto a las cosas que se podrían mejorar dentro del MTD (n=45), el 26,6% apunta a cuestiones organizativas, el 19,9% a los emprendimientos, el 15,5% a la participación, el 11,1% a la circulación de la información y el 6,6% a las relaciones interpersonales. Las estrategias para realizar estas mejoras están referidas a generar nuevos espacios de participación y comunicación, fortalecer los emprendimientos, la unidad, la lucha y la conciencia política promoviendo el compromiso de los integrantes.

Los mensajes que el MTD intenta transmitir a la sociedad (n=45) 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.

### **Reconstrucción colectiva de la identidad**

Con el objetivo de indagar la relación entre construcción de identidad colectiva y la vinculación con el resto de la sociedad, se rastrearon características singulares relativas a la historia laboral y a los deseos de estudiar, así como aspectos

colectivos referidos a los hitos históricos de la organización y la mirada percibida de los otros con respecto al MTD.

La exploración sobre los trabajos anteriores (n=76) muestra que un 23,7% realizaba trabajo doméstico y tareas de limpieza en oficinas, un 9,2% desempeñaba tareas administrativas, 18,4% operario fabril (industria del calzado, curtiembres, frigoríficos, metalurgia, ferroviaria, etc.), 11,8% changas, 13,1% otros oficios y profesiones (carpintería, tapicería, peluquería, panadería, electricidad, mecánica, marmolería, vigilancia, etc.) 9,2% trabajador de la construcción, 7,9% nunca tuvo un empleo (los más jóvenes), 4% de las respuestas consideraron las tareas dentro del MTD como un trabajo. El 65,9% (n=29) contestó acerca del trabajo que más le gustó: 20,6% refirió a todos sus trabajos anteriores, 68,9% operario fabril, oficios y profesiones, sólo el 3,4% contestó ninguno. Las respuestas expresan centralmente el anhelo de volver a tener un trabajo.

Con respecto al deseo de estudiar (n=33), el 24,2% quiere aprender algún oficio (construcción, peluquería, electrónica, etc.), el 12,1% finalizar la primaria, el 12,1% finalizar la secundaria, el 18% realizar estudios terciarios o universitarios (profesorados, magisterio, carreras humanísticas), el 9% aprender computación, el 6% aprender a leer y escribir, el 3,5% no especifica qué tipo de estudio y al 15,1% no le interesaría estudiar (mujeres con hijos a cargo y varones concentrados en la franja etárea entre 51 y 65 años).

En relación al hito histórico, las respuestas son otorgadas mayoritariamente por integrantes con más de tres años de participación en el MTD (71%). El 77,3% de las respuestas brindadas corresponden a logros colectivos, luchas o actividades que realizaron en forma conjunta los integrantes del MTD (especialmente se recuerdan los piquetes de varios días de duración en el 2001). El 22,7% de las respuestas están relacionadas a situaciones de represión policial durante el año 2002 (el 13,6% de las respuestas rememoran los asesinatos del Puente Pueyrredón de Darío Santillán y Maximiliano Kosteki ocurridos el 26 de junio).

Con respecto a la mirada de la sociedad sobre los movimientos de desocupados (n=41), 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 (n=23), 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 la tensión colectivo-singular la identidad, como proceso de generación de sentido, tiene un anclaje objetivo y una dimensión política. La expulsión social va acompañada de una significación estigmatizante que confirma la pérdida de cualquier valor social por parte del individuo. Ante la pérdida de componentes estables de su identidad (pérdida de la posibilidad de ser reconocido a través del hacer), la sociedad ha “confeccionado (*al excluido*) otra [identidad], a partir del tipo de relación objetivante que han establecido con él y los estereotipos culturales de los cuales le han rodeado”. Pero el excluido se expresa contra esta objetivación cuando “descubre su *derecho* a vivir una vida humana”, a través de “un sentimiento de *oposición* al poder que hasta aquí le ha determinado” (Basaglia, 1976: 139). Es en este sentido, que los integrantes del MTD se proclaman trabajadores desocupados, reconstruyendo una identidad colectiva a partir del reconocimiento de la potencia de su saber-hacer, a la vez, que negando la identidad impuesta.

### **La Salud como parte de la integralidad de la lucha**

En los MTDs se va creando una representación social de la salud ligada a la propia cotidianeidad de los colectivos. 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 creación de nuevos ámbitos de pertenencia e identidad colectiva. Este aspecto

relacional de la organización a través de la desocupación colectiva es reconocido como salúfero en comparación con la situación de desocupado individual, que muchos vivenciaron<sup>12</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 las grietas del capitalismo en una red abierta con configuración rizomática<sup>13</sup>. 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. La clave de la elección de la organización en redes reside en que cada experiencia 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 resistencia, 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. Su “temporalidad refiere al carácter muchas veces

---

<sup>12</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.

<sup>13</sup> “El rizoma es un sistema acentrado, no jerárquico y no significativo, sin General, sin memoria organizadora o automática 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

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, op. cit.: 44-45).

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.

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.

La salud funciona como eje transversal articulador de diversas organizaciones y sectores. En estas experiencias se condensan los diferentes tipos de participación social: política, popular, ciudadana y comunitaria. Su mayor grado de visibilización o legitimación social está ligado a su temporalidad y a la dinámica de avance-reflujo en los niveles de la política y la infrapolítica<sup>14</sup>. Al ser experiencias con un claro sentido democrático, su posibilidad de trascendencia está ligada a las marcas subjetivas que imprime el tránsito por ellas en los sujetos verdaderamente

---

tejido la conjunción ‘y...y...y’”. Los tres primeros principios del rizoma son conexión, heterogeneidad y multiplicidad. Deleuze y Guattari, 1994, cap. I.

<sup>14</sup> “Siempre que limitemos nuestra concepción de *lo político* a una actividad explícitamente declarada, estaremos forzados a concluir que los grupos subordinados carecen intrínsecamente de una vida política o que ésta se reduce a los momentos excepcionales de explosión popular. En ese caso, omitiremos el inmenso territorio político que existe entre la sumisión y la rebelión y que, para bien o para mal, constituye el entorno político de las clases sometidas. Sería como concentrarse en la costa visible de la política e ignorar el continente que está detrás.” Scott citado en Zibechi, 2003, págs. 29 y 30.

implicados con el proyecto, un *habitus*<sup>15</sup> instituyente en el que descansa su potencia real aún en los momentos de repliegue.

### **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: el compartir lo cotidiano, las asambleas, los piquetes, el trabajo conjunto en el área salud, la posibilidad de realizar transferencia técnica y colaborar en la formación de agentes promotores de salud, la participación en la gestión de recursos, la inclusión de estudiantes de grado en la IAP, entre otros. La síntesis es una relación abierta entre el MTD y la Universidad Pública.

Las compañeras y los compañeros del MTD han sugerido con respecto a la Universidad Pública que se puede colaborar: realizando intervenciones preventivas sobre los problemas de salud del barrio (especialmente con niños/as, jóvenes y mujeres madres, sobre VIH-SIDA, desnutrición y drogas), brindando apoyo psicológico, asesorías para buscar mejoras y soluciones a la situación del MTD, capacitación y formación epidemiológica, participando en la gestiones con el Estado del área salud, denunciando la situación de emergencia sanitaria de la zona y uniéndose a la lucha por: **otra salud es posible**. Sin duda, es una opción y un compromiso ético la praxis psicosocial en salud..

### **Bibliografía**

Balibar, E.: (2001) "Entrevista a Etienne Balibar. Buenos Aires, 4 de octubre de 2001", en Acontecimiento, N° 22, Buenos Aires págs. 9 a 24.  
Baró, I.: (1998) Psicología de la Liberación, Editorial Trotta, España.

---

<sup>15</sup> Conjuntos de relaciones históricas "depositadas" en los cuerpos individuales bajo la forma de esquemas mentales y corporales de percepción, apreciación y acción (*habitus*) y la distribución desigual del capital material y simbólico entre las clases sociales (Bourdieu y Wacquant, 1995: 23).

- Basaglia, F. (1976): La institución negada. Informe de un hospital psiquiátrico, Buenos Aires, Ediciones Corregidor.
- Breilh, J. (2003) Epidemiología Crítica. Ciencia Emancipadora e interculturalidad. Lugar Editorial. Buenos Aires-
- Bourdieu, P. y Wacquant, L.: (1995) Respuestas: Por una Antropología Reflexiva, Grijalbo, México.
- Castoriadis, C. (1997): El avance de la insignificancia, Eudeba, Buenos Aires.
- (1983): La institución imaginaria de la sociedad, Tomo I y II, Ed. Tusquets, Barcelona.
- Deleuze, G. y Guattari, F.: (1994) Mil mesetas, Pretextos, Valencia.
- Fals Borda, O. (1985): Conocimiento y poder popular. Lecciones con campesinos de Nicaragua, México y Colombia, Punta de Lanza - Siglo XXI, Colombia.
- Ferrara, F. (2003): Más allá del corte de rutas. La lucha por una nueva subjetividad, La rosa blindada, Buenos Aires.
- García Jiménez, E.: (1996) Metodología de la Investigación cualitativa. Ediciones Aljibe, Málaga.
- Grodos, D. y Béthuna, X. (1988): “Las intervenciones sanitarias selectivas: una trampa para la política de salud del Tercer Mundo”, en Cuadernos Médico Sociales, N° 46. Págs. 71 a 86.
- Hersch-Martínez, P. (1992): “Participación social en salud: espacios y actores determinantes de su impulso”, en Salud Pública, N° 34, México. Págs. 678-688.
- Levav, I. (comp.): (1992) Temas de Salud Mental en la Comunidad. O.P.S./O.M.S., Serie Paltex, Buenos Aires.
- López, N. y Menéndez, L.: (2003) “La insumisión de la utopía. (Acercas del ¡Qué se vayan todos!)”, en Revista Herramienta, N° 24-
- Menéndez, E. (1998): “Saber local y toma de decisiones”, en Haro y De Keijzer. Participación comunitaria en salud: evaluación de experiencias y tareas para el futuro, El Colegio de Sonora, OPS, Prodessep, Hermosillo. Págs. 65 a 88.
- (coord) (1999): Participación social, metodología, problemas y expectativas. El caso Nicaragua 1978-1989, Instituto Mora, México.
- Montero, M.(2004) Introducción a la Psicología Comunitaria, Editorial Paidós, Buenos Aires.
- (2000) Modelos de psicología comunitaria para la promoción de la salud y la prevención de enfermedades en las Américas, OPS-OMS, México.
- Moscovici, S. (1981): Psicología de las minorías activas, Ed. Morata, Madrid.
- Oviedo, L.: (2001) De las primeras Coordinadoras a las Asambleas Nacionales. Una historia del Movimiento Piquetero, Ediciones Rumbos, Buenos Aires.
- Prilleltensky, I. (2004): “Validez psicopolítica: el próximo reto para la psicología comunitaria”, Prólogo de Montero, M: Introducción a la Psicología Comunitaria, Paidós, Buenos Aires.
- Scott, J. (2000): Los dominados y el arte de la resistencia, Era, Madrid.
- Sopransi, M.B. y Veloso, V: (2004): “Contra la subjetividad privatizada: la creación de lo colectivo. Praxis desinstitucionalizadora desde los piquetes”, en Revista Herramienta, N° 27, Año IX, Buenos Aires..
- Sopransi, M.B., Veloso, V., Sasia, R., Udrisard, G. (2003): “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, págs. 459-462.

Zaldúa, G. (2004): “Políticas sociales y ciudadanía”, en Apuntes de Cátedra de Psicología Preventiva, Publicación Psicología UBA, Buenos Aires.

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

Zizek, S.: (2003) Ideología. Un mapa de la cuestión. Fondo de Cultura Económica. Buenos Aires.