IX Jornadas de Sociología. Facultad de Ciencias Sociales, Universidad de Buenos Aires, Buenos Aires, 2011.

Demandas por salud y acción colectiva.

Hernán Briñón.

Cita:

Hernán Briñón (2011). *Demandas por salud y acción colectiva. IX Jornadas de Sociología. Facultad de Ciencias Sociales, Universidad de Buenos Aires, Buenos Aires.*

Dirección estable: <https://www.aacademica.org/000-034/273>

Acta Académica es un proyecto académico sin fines de lucro enmarcado en la iniciativa de acceso abierto. Acta Académica fue creado para facilitar a investigadores de todo el mundo el compartir su producción académica. Para crear un perfil gratuitamente o acceder a otros trabajos visite: <https://www.aacademica.org>.

De la salud de los movimientos sociales. Un estudio comparativo.

Briñón Hernán

Facultad de Ciencias Sociales. UBA

hernan_1789@hotmail.com

En este trabajo perteneciente al Seminario de Investigación “Movimientos Sociales y Salud. Nuevas Formas de Activismo?” Cátedra Biagini que se inscribe en el marco del Proyecto de Investigación UBACyT 2008-2010 “Sociedad Civil y Estado: la construcción de la demanda por salud. Estudio I: Actores Sociales y Salud: la lucha desde el llano”, nos proponemos indagar acerca de cómo la participación social en salud de un sujeto colectivo influye en la concepción de la salud y su relación con el resto de las problemáticas sociales, y a su vez, en cómo la visión de dicho colectivo acerca de la participación social condiciona la acción colectiva en torno a la citada problemática de salud y, por otro lado, la construcción crítica que dichos participantes poseen sobre el desenvolvimiento en la vinculación con instancias locales, provinciales y nacionales, del Estado en general y de su propio colectivo en particular. Se tendrá en cuenta como tema central de nuestro abordaje, la emergencia de sujetos colectivos con participación social en salud en el marco de un proceso creciente de fragmentación, guetificación, criminalización, exclusión-extinción, control social y discursos acerca de la seguridad. El diseño responde a una estrategia metodológica cualitativa, los enfoques y técnicas de trabajo de campo utilizados para dicha investigación – descriptiva/exploratoria comparativa de casos- son: observación participante acompañada de entrevistas informales; entrevistas semiestructuradas en profundidad; el estudio comparado de casos (la organización Libres del Sur y el Movimiento Octubre); como así también la recolección de material documental de los diferentes encuentros.

Palabras clave: sujeto colectivo, participación social en salud, acción colectiva de protesta, exclusión social, PSEAC (proceso de salud-enfermedad-atención-cuidado).

INTRODUCCIÓN

Tema:

En este trabajo nos proponemos abordar el siguiente interrogante, a saber: *De qué manera o cómo la participación social en salud de un sujeto colectivo influye en o condiciona la concepción acerca de la salud y su relación con el resto de las problemáticas sociales? Para a su vez preguntarnos: Cómo la visión de dicho colectivo acerca de la participación social influye en o condiciona la acción colectiva en torno a la citada problemática de salud y, a su vez, en la construcción crítica que dichos participantes poseen sobre el desenvolvimiento en la vinculación con instancias locales, provinciales y nacionales, del Estado en general y de su propio colectivo en particular?*

Para lo dicho hasta aquí, se tendrá en cuenta como tema central de nuestro abordaje, *la emergencia de sujetos colectivos con participación social en salud*

en el marco de un proceso creciente de fragmentación, guetificación, criminalización, exclusión-extinción, control social y discursos acerca de la seguridad.

De esta manera, entendemos que la resignificación en torno a los PSEAC (procesos de salud-enfermedad-atención-cuidado) está en relación directa con la dinámica de participación social en salud de un *sujeto colectivo*, entendiendo la particularidad del mismo como su capacidad para transformar la realidad – tanto objetiva como subjetiva- imperante en la cotidianidad de los integrantes de grupos vulnerados y esto último, a su vez, en relación con el proceso de análisis crítico que se abre en torno a las prácticas, tanto institucionales gubernamentales como del propio colectivo, en el marco de organizaciones con base territorial caracterizados como sujetos sociales y políticos.

Marco Conceptual:

El patrón de segregación y estigmatización espacial está íntimamente relacionado con el valor monetario del suelo, en donde es factible que los espacios habitados por dichos sectores estén ubicados en zonas poco atractivas para el mercado inmobiliario por razones climáticas, de accesibilidad, de infraestructura en salud, etc., en lo que podemos precisar, más genéricamente, como un entorno desfavorable del hábitat –producción social del hábitat segregado- para dichos grupos. A este entorno desfavorable del hábitat se suman también las dificultades que tales grupos encuentran para el acceso a derechos básicos como la salud, la educación y el trabajo (Z. Bauman, 2001; R. Castel, 1997); y, a su vez, a un clima no violento para sus relaciones cotidianas o de vecindad.

Todo lo dicho enmarca las dificultades de acceso a la salud –como un derecho- de estos grupos vulnerados, reflejo de políticas destinadas formalmente a las situaciones de precariedad que no han afrontado las causas profundas de la desigualdad, sino que se han concentrado en la desregulación y la privatización –dejando al mercado como asignador esencial- como respuesta paradigmática de actuación política –modulación política y social. Dicho problema en el acceso a la salud como un derecho se muestra también como un ejemplo paradigmático de todas las carencias antes citadas –que abarca tanto los derechos sociales (para el caso en cuestión) como los económicos y culturales- que hacen a la calidad de vida de tales grupos vulnerados. Al no ser ya fácilmente visible, al no ser ya potencialmente persona, el precario –precarizado- sólo es a partir de entonces una identidad negativa que le confiere desde el exterior el juicio estigmatizador: identidad social de desempleado, de precario, de excluído –del derecho a la salud podemos agregar ahora (G. Le Blanc, 2007). De esta forma, el lugar físico donde está situada la vivienda puede influir sobre la manera de relacionarnos con los demás, desde nuestros vecinos hasta los diferentes actores de la comunidad en general –agentes o funcionarios del ámbito local, municipal, provincial o nacional y de las demás instituciones relacionadas que funcionan en los barrios- condicionando la forma de consecución, configuración y acceso a los distintos equipamientos colectivos básicos -determinando una particular forma de relación y atención hacia y

desde ellos. Así, la invisibilidad social de los precarios debe ser analizada desde el interior de los deseos de visibilidad de los propios precarios.

Por tanto, es fundamental proveer conocimiento acerca de la identidad colectiva que denotan los grupos considerados en situación de vulnerabilidad en torno del derecho a la salud y su entorno general –hábitat-, que encuadra, a su vez, las dificultades para satisfacer necesidades materiales, simbólicas y espirituales o esenciales como ya se dijo. Es decir, dar cuenta del surgimiento de sujetos colectivos que activan y se organizan a través de la protesta, la demanda y el reclamo que giran no sólo en torno del acceso a la salud como derecho. Estos colectivos dan sentido a sus acciones y estrategias para superar la situación de precariedad en torno al acceso a la salud y de proximidad a la nuda vida en la que se encuentran. En este proceso de conformación del sujeto colectivo encontramos que las identidades de los sujetos individuales atraviesan procesos diversamente complejos de negociación simbólica, material y procedimental con chances más o menos considerables de institucionalización según el contexto específico de cada acción colectiva o de protesta social.

La identidad del movimiento se establece entonces durante la acción misma e imprime su marca sobre las identidades y las rutinas sociales ordinarias, en donde la constitución de una identidad política supone una operación compleja de generalización que no se deriva mecánicamente de la estructura social. El sujeto, entendido aquí como identidad colectiva con efectos políticos y sociales, es entonces un producto de la acción y no a la inversa. Así, en principio sostenemos que la noción de protesta social se refiere a los acontecimientos visibles de acción pública contenciosa de un colectivo, orientados al sostenimiento de una demanda -en general con referencia directa o indirecta al Estado (F. Schuster, F. Naishtat, G. Nardacchione y S. Pereyra, 2005). Pero creemos que hay una doble dimensión de la identidad: por un lado, un sentido de identidad que remite al producto de series de interacciones rutinizadas entre seres humanos –identidad social o sedimentada- y, por otro lado, un sentido en el que la identidad es producto de una ruptura en las series del orden social, la cual emerge del conflicto cuando la identidad sedimentada no alcanza para dar cuenta del mundo.

Lo dicho hasta aquí implica una articulación social –relaciones interpersonales o redes- que remite a la producción de colectividades o comunidades que son objeto de dinámicas de poder; y que, al mismo tiempo, se inscriben en contextos más amplios de interacción –a nivel local, municipal, provincial y nacional- que le imprimen tensiones y oportunidades específicas, potenciando la capacidad de los sujetos sociales afectados por las transformaciones de ejercer demanda sobre los distintos agentes estatales y privados. De esta forma, la politicidad de la experiencia de estos colectivos tiene sentido en los términos de desarrollar estrategias colectivas de supervivencia que gestan un proceso organizacional –prácticas asociativas definidas como experiencias en la organización de la resolución colectiva de las necesidades más inmediatas, en este caso en torno a la salud (A, Massetti, S/D). Para este tema que nos aboca, tomaremos la perspectiva sociológica que concibe a los procesos de salud-enfermedad-atención-cuidado (PSEAC) como procesos histórico-sociales dependientes de las condiciones de trabajo y de vida de una sociedad

determinada articulados con procesos político ideológicos e institucionales que, en las sociedades modernas, presentan correspondencias con el modelo de Estado y con los modelos de acumulación (Biagini, 2007).

Por tanto y en relación a los PSEAC es crucial -teniendo como marco la dimensión *psicobiológica* de manifestación particular y la *económico-política* de producción de los procesos de nacer, enfermarse y morir de los conjuntos sociales- articular la dimensión de construcción social o de significación social que incluye los procesos ideológicos y políticos y que remite a los sentidos y prácticas de los diferentes actores y conjuntos sociales (Menéndez, S/D, S/D*, Biagini, 2000). Así, siguiendo a Menéndez, las acciones, las luchas y las transacciones en salud colectiva operan constantemente pero en forma discontinuada, de allí la necesidad de que la participación social en salud con objetivos de transformación sea mantenida como un imaginario que por lo menos ideológicamente tienda a recuperar la idea y las aspiraciones individuales y colectivas hacia la autogestión y la comunidad para que en ciertas coyunturas se intente realizarlas. De tal forma, el referente de la participación social como imaginario colectivo e individual pasa a ser necesario, en tanto el trabajo participativo no debe ser pensado exclusivamente en términos de acción y acciones aplicadas, sino a su vez en términos teóricos e ideológicos.

En esta línea, podemos señalar que en los últimos años, en relación a nuevas problemáticas sanitarias, las respuestas más activas han provenido de la sociedad civil y los nuevos movimientos sociales –participación social en salud. Así, se ha redimensionado a algunas de estas problemáticas como cuestiones públicas quitándolas de la esfera de lo privado y resignificando las implicancias de discriminación y cercenamiento de los derechos sociales (Biagini, 2002). Lo dicho aquí, en correspondencia con el marco proporcionado para América latina de la corriente denominada Medicina Social o Salud Colectiva, que aborda los procesos de salud-enfermedad de la colectividad como una expresión de los procesos sociales –carácter o producción social de dichos procesos-, basándose en *“la necesidad de analizar los fenómenos de salud y enfermedad en el contexto del acontecer económico, político e ideológico de la sociedad y no sólo como fenómenos biológicos que atañen a los individuos”* (A, Laurell, 1986, p.3).

Para terminar, ya en relación con la emergencia de sujetos colectivos, nos aporta el concepto de *movimiento social* cuya definición refiere a una forma de acción colectiva que apela a la solidaridad para promover o impedir cambios sociales; cuya existencia es en sí misma una forma de percibir la realidad, ya que vuelve controvertido un aspecto de ésta que antes era aceptado como normativo; que implica una ruptura de los límites del sistema de normas y relaciones sociales en el que se desarrolla su acción; que tiene capacidad para producir nuevas normas y legitimación en la sociedad (E. Laraña, 1994). En este sentido, la sociedad civil es un conjunto de movimientos sociales, asociaciones civiles, grupos informales e individuos influyentes en la opinión pública cuya acción mantiene y amplía los horizontes de la autonomía social (Olvera, 1999).

De tal forma, en el marco de una sociedad excluyente, estos *nuevos movimientos sociales* (NMSs) logran desarrollar nuevas formas de participación social –que escapan a las formas prescritas entendidas como simple método para gestionar y acceder a bienes y servicios–, mediante la autoorganización territorial y el desarrollo de prácticas asamblearias o de debate e intercambio, lo cual permite mediante la solidaridad –en tanto que capacidad de un actor para compartir una identidad colectiva– reconstituir identidades sociales y resignificar espacios locales (M. Svampa, 2005; S. De Piero, 2005; A. Bialakowsky, A., Reynals, C., Zagami, M., Crudi, R., Costa, M. I. y Haimovici, N, 2004; Bialakowsky, A., Crudi, R., Costa, M. I., López, A. L., Reynals, C. y Spinosa, L. 2006; A. Massetti, S/D; M, Grimberg, 2005; P. Arcidiácono y C. Zibecchi, 2008). Así, vemos la potencialidad de la emergencia de sujetos colectivos para el cambio en relación con la conformación de una identidad social que puede robustecerse en identidad política a través de las prácticas y representaciones en torno a la participación social en salud (Schuster et al, 2005; Menéndez, S/D, S/D*).

Metodología

La complejidad de los procesos sociales de trabajo nos conduce a paradigmas de investigación de la complejidad y de la transdisciplinariedad coproductiva para lograr superar los reduccionismos -de la transversalidad metódica subterránea, invisibilizada y naturalizada en las prácticas de los espacios institucionales u organizacionales de intervención-, a través de procesos de descubrimiento que incluyen el encuentro discursivo y el descentramiento de las hegemonías discursivas, promoviendo la producción colectiva de conocimiento. De esta forma, el método alternativo de coproducción supone el co-descubrimiento activo en la producción de conocimiento en el encuentro entre la universidad y los sujetos colectivos y sistemas institucionales que se relacionan con estos.

Para llevar adelante este trabajo de investigación cuyo diseño responde a una estrategia metodológica cualitativa, los enfoques y técnicas de trabajo de campo utilizados para dicha investigación –descriptiva/exploratoria comparativa de casos- son: observación participante acompañada de entrevistas informales; entrevistas semi estructuradas en profundidad como comunicación no violenta; el estudio comparado de casos (la organización Libres del Sur y el Movimiento Octubre) como ejemplos de sujetos con participación social y política; como así también la recolección de material documental de los diferentes encuentros y de resumen de las jornadas de trabajo –datos secundarios. De esta manera, se considera crucial el desarrollo de un descubrimiento compartido –por un lado, devoluciones de entrevistas y trabajo final, como mínimo, con las organizaciones y, por el otro, el acompañamiento en la coproducción de conocimiento con los/las integrantes de la Cátedra- que pueda incidir sobre las prácticas en la medida de la apropiación discursiva del descubrimiento (A. Bialakowsky et al, 2006). Por tanto, consideramos que la validez del conocimiento, en la perspectiva de la Epistemología del Sujeto Conocido, será más sólida cuando menos se tergiversen las acciones, los sentimientos, los significados, los valores, las interpretaciones, las evaluaciones, en suma, la identidad de ese sujeto conocido (Vasilachis de Gialdino, 2003).

Nuestro universo de estudio –comparativo- son las dos organizaciones territoriales antes citadas con trabajo en la zona sur del conurbano bonaerense. La muestra se compone de 4(cuatro) entrevistados/as -en el transcurso del año 2009- de los cuales 2(dos) son integrantes de la organización Barrios de Pie y los otros 2(dos) son participantes, también activos, del Movimiento Octubre. La pertinencia del tipo de muestra está dada, en principio, por los matices que ambas organizaciones presentan en cuanto a la mirada y relación con el gobierno al frente del Estado nacional –de forma más marcada sin duda en el final del período en cuestión.

Por último vale aclarar que usaremos seudónimos, cuando lo consideremos pertinente, para evitar individualizar –dentro de los entrevistados- a los integrantes con una función de militante de base, a diferencia de los casos en donde dicho integrante de la organización cumpla un papel dirigenal o con cierto grado de responsabilidad. Dicho proceder bajo ningún concepto se basa en hacer una distinción jerárquica de los roles en la participación dentro del colectivo sino simplemente en no generar la citada individualización.

DESARROLLO

Manera de establecer las demandas y acciones colectivas. Relación con el Estado:

“Algunos nunca creímos en eso, yo creo que los compañeros que todavía venimos en este tránsito con el MO creemos que el Estado se tiene que hacer cargo de lo que se tiene que hacer, no se puede hacer el boludo con dar las seguridades y las certezas que necesita una Nación para tener un pueblo feliz. Pero era una época que era posible todo, en ese momento todo el mundo podía hacer el planteo más delirante que quizás...” Andrés Lombardi

“Nos dejaron en la ruina y a partir de ahí, no sólo Barrios de Pie, sino un montón de gente se empezó a organizar lentamente, quizás nosotros, por lo que he escuchado, por las charlas que hemos tenido con los viejos militantes o los que estuvieron más años en esto, es porque había más gente que tenía herramientas para poder organizar a la gente. Justamente uno de ellos es Ceballos, que el tipo fue uno de los fundadores, si es que no fue el fundador, digamos, de la Corriente Barrios de Pie.” René

“en la CTA Barrios nosotros laburábamos fuerte el tema de los barrios, nosotros veníamos con un laburo territorial fuerte, teníamos un frente territorial en Patria Libre, laburábamos con los barrios, y el cambio bien, bien no lo tengo claro, ahí no te puedo aportar mucho, pero yo sé que tuvimos un alejamiento de la CTA, pero en esa parte tengo como una nebulosa, y bueno a partir de ahí es como que empezamos a caminar esta historia más solos, y apoyándonos sí en la construcción territorial, en la construcción de los sectores más excluidos si se quiere, no perfilamos la construcción al sector medio, siempre hacia lo que es Barrios de Pie, bien social.” Fernanda

Las citas corresponden a Andrés Lombardi del Movimiento Octubre (MO) y a René y Fernanda de Barrios de Pie (BDP) que nos aportan para introducirnos en la relación de estos sujetos colectivos con el Estado. Como sostiene Massetti (S/D), observando las dinámicas de confrontación con el mismo

Estado en pos de la consecución de recursos es que se puede comprender la relación entre el diseño de la política pública asistencial y el crecimiento de las organizaciones socio-políticas, teniendo como centro una nueva forma de entender el eje principal de la construcción política: priorizar lo reivindicativo, frente a lo meramente ideológico o discursivo, como estrategia de repolitización para el cambio social. De tal forma, se observa la multiplicación de experiencias sociopolíticas de distinto calibre que confluyen en el punto común de la organización de la resolución colectiva de las necesidades más inmediatas -prácticas asociativas. La resultante primaria de estos fenómenos asociativos tiene un doble impacto: por un lado redefine la noción neoliberal del pobre estigmatizado y aumenta la capacidad de actuar de esta categoría social a través de la asociación, en donde el barrio organizado tiene cierta capacidad de modificar su realidad. En este sentido, las organizaciones barriales entraron a disputar por los recursos, competencia que adquirió dinámicas conflictuales – acciones de protesta. Todo esto, según M. Grimberg (2005), en un contexto que se venía gestando con anterioridad a la crisis del 2001 y se termina de delinear a principios del 2003, de ampliación de un espacio de debate en torno al derecho al trabajo, la salud, la educación y la vivienda, en el que convergieron a la vez prácticas de demanda e impugnación al Estado y las iniciativas autogestivas locales.

De tal forma, siguiendo a L. Avritzer (L. Avritzer, 1999 citado por G. Biagini, 2002, p.11), *“el modelo de acción colectiva también se transforma a partir del surgimiento de un conjunto de asociaciones temáticas (derechos humanos, ecología, género, salud, juventud, etc.) lo que muestra “una pluralización no sólo de los actores sociales sino también de los temas articuladores de la acción colectiva.”* Por tanto, el conjunto de movimientos sociales postula nuevos principios y valores, nuevas demandas sociales y vigila la aplicación efectiva de los derechos ya otorgados –en momentos en que estos desaparecen o flaquean-. En este sentido, para Olvera (Olvera, 1999 tomado de Biagini, 2002), la sociedad civil contendría un elemento institucional -guardado en la memoria colectiva y que actúa como soporte de un *enfoque de derechos* podemos agregar- definido básicamente por la estructura de derechos correspondientes a los Estados de Bienestar y un elemento activo, transformador, constituido por los nuevos movimientos sociales. Olvera (1999, p.343) sostiene que *“todos estos actores emplean la comunicación como medio fundamental de integración, y aunque recurren a acciones estratégicas con el fin de promover sus objetivos, el contenido fundamental de su accionar es la búsqueda de reconocimiento, es decir, la aceptación pública (y la eventual institucionalización) de sus demandas”*. En concordancia Cohen y Arato (1999), consideran que los citados derechos no deben ser vistos sólo en un sentido negativo -como expresiones de dominación- sino también como triunfos de la acción colectiva que posibilitaron mayores libertades derivados de procesos de ampliación y movilización colectiva –fase instituyente o sociedad civil en movimiento. Tales autores reconocen que si bien los derechos estabilizan, posibilitan y defienden, sólo la acción de los grupos y los individuos puede hacer que los derechos se cumplan y se aprovechen las potencialidades abiertas por ellos. Profundicemos con la voz de nuestros hablantes –en donde ahora se agrega Claudia del MO-, en torno de las prácticas de demanda:

“en el 2006...el distrito de acá de San Vicente si nosotros teníamos que ir a hacerle quilombo ahí al Municipio nos plantábamos todos y éramos todos los de este barrio La Merced...” Claudia

“Esto de que organizar a la gente en los barrios para hacerle frente a todo, o sea... porque vos podés decir faltan medicamentos en un hospital, en una salita, pero ¿cómo hacés? Vas como vecino o vas como una fuerza organizada de vecinos, o en representación de una fuerza organizada de vecinos, esa era la onda y eso es lo piola que tiene la organización. En todas las áreas, más allá de las particularidades de cada una, lo que es Barrios de Pie es eso, es la gente organizada para poder solucionar sus propios problemas, más allá del político...” René

Cuando sucede la acción de protesta social, lo que tenemos es un sujeto, una entidad política cuyo poder reside en la decisión y la capacidad de actuar, en donde la misma acción demuestra a los propios miembros de la protesta que son algo más que su posición estructural –en este caso sujetos precarios, grupos vulnerados, desocupados o excluidos-, lo cual marca un duro impacto en sus identidades. La identidad del movimiento se establece entonces durante la acción misma e imprime su marca sobre las identidades y las rutinas sociales ordinarias, en donde la constitución de una identidad política supone una operación compleja de generalización que no se deriva mecánicamente de la estructura social. El sujeto, entendido aquí como identidad colectiva con efectos políticos y sociales, es entonces un producto de la acción y no a la inversa. Así, en concordancia con Schuster (et al, 2005), observamos una acción de protesta social que da cuenta de los acontecimientos visibles de acción pública contenciosa de un colectivo, orientados al sostenimiento de una demanda (en general con referencia directa o indirecta al Estado).

Tomando a P. Arcidiácono y C. Zibecchi (2008), y como dejan ver los comunicados de ambas organizaciones y los relatos de nuestros hablantes, las demandas, en parte, se basan en un “enfoque de derechos” que considera que el primer paso para otorgar poder a los sectores excluidos es reconocer que son titulares de derechos que obligan al Estado. Al introducir este concepto se procura cambiar la lógica de los procesos de elaboración de políticas para que el punto de partida no sea la existencia de personas con necesidades que deben ser asistidas de manera focalizada, sino sujetos con derecho a demandar determinadas prestaciones y conductas. Como vemos, en este camino, surgen tensiones y contradicciones en la mirada sobre el Estado, en donde es frecuente -en discursos de sentido común- que emerja la idea de un Estado “ausente” en alusión específica al no compromiso del mismo con la solución de la problemática de salud, entre otras tantas que se padecen en las barriadas.

Siguiendo a M. Grimberg (2005), en este marco de movilización, la mayor parte de los agrupamientos sumó objetivos de salud a sus demandas o incluyó algún tipo de actividad en sus iniciativas orgánicas cotidianas. Tales prácticas implican un complicado proceso que entrelaza percepciones y categorizaciones, desde las cuales se identifican problemáticas, se tipifican modos de resolución y se ponen en marcha mecanismos de procesamiento colectivo y modos de acción y relación con diferentes actores sociales.

Es fundamental abordar, con todo lo expresado hasta aquí, las tracciones que también emergen en los relatos en torno a la manera de relacionarse con el Estado, teniendo en cuenta, por un lado, que el MO surge en el 2004, como hemos visto en la voz de nuestros hablantes Claudia y Andrés, como un desprendimiento de un sector de la OLP que pasa a ser interlocutor del gobierno nacional encabezado por Néstor Kirchner en aquel entonces y, por el otro, que la dirección de BDP -en diciembre de 2008- rompe relaciones con el actual gobierno de Cristina Fernández de Kirchner y vuelve, como quien dice, al llano, pero manteniendo ciertas relaciones con Intendentes que surgen por el armado territorial que sustenta la organización en cuestión. Analicemos cada caso en particular, empezando por el MO:

“la verdad que estuvimos abocados a la creación de empleo con las oportunidades que daba el gobierno popular que nosotros llamamos, en esta nueva etapa, y fueron años muy distintos de los previos. Cortar una ruta y bancarse días en una ruta, prender fuego una goma y bancarse la presión es muy sacrificado. Pero es muy distinto sentarse a armar un proyecto productivo o hacer una cooperativa y que funcione, que los compañeros se comprometan con esta forma de trabajo. Ahí hubo un salto importante en cuanto a la metodología.” Andrés Lombardi

“después yo me doy cuenta viste que uno no solamente puede ir a reclamar algo que es justo, el tema de salud. Porque vos fijate que yo tenía un comedor acá, chiquitos que estaban con sarna, chiquitos que tenían de todo y yo siempre vivía pidiendo y nunca llegaba. Tenían sarna, tenían bichos en la cabeza, andaban con esa neumonía.” Claudia

“el tema del campo, nosotros hemos estado en todo momento en las carpas allá en el Congreso. Yo no hubo una noche que no haya ido, porque era así yo me iba con dos o tres compañeros por día, obvio que yo ninguna noche dejé de ir...las veces viste que nos han necesitado para estar ahí estuvimos.” Claudia

Como observamos en las declaraciones, las acciones colectivas y las demandas del MO -del 2004 al presente- se caracterizan por presentar un grado de institucionalización¹ importante, que tiene que ver con que dicha organización se reconoce como partidaria o colaboradora² del gobierno nacional, lo cual implica en la actualidad acompañar las medidas que intenta colocar en agenda y llevar adelante dicho gobierno –lo cual incluye la política pública que emana del Ministerio de Desarrollo Social. La propuesta de politizar lo social, y la de construir lo político desde lo social –como hemos visto en el relato de Andrés Lombardi en relación al camino hecho por los integrantes del MO-, que partía de la premisa –premisas asumidas en primer lugar por la CTA a la cual pertenecía Gastón Harispe- de que los partidos políticos habían perdido el monopolio de la representación política, es abandonada con la llegada del kirchnerismo al poder. Por tanto se considera que ciertos derechos son jurídicamente reconocidos por el Estado –como es el caso del trabajo genuino en cooperativas que como vemos desplaza en importancia a cualquier otro reclamo del colectivo. De tal forma, dicha organización ha ido perdiendo presencia confrontativa, lo cual se corresponde con la presencia de su máximo referente y fundador -Gastón Harispe- como integrante de la lista de diputados provinciales para el Frente para la Victoria en las elecciones de 2009, momento

en que estábamos realizando las entrevistas. Veamos en palabras de Svampa (2006) una mirada sobre el proceso que intentamos analizar -y que observamos produce cierta tensión en los relatos hechos por los referentes del MO-: *“así, con Kirchner, lo que se vuelve a instaurar es la idea de que los movimientos sociales no pueden ser autónomos, que estos deben ser controlados y orientados desde el Estado. De hecho, los movimientos afines al gobierno sólo se movilizan para apoyar alguna política gubernamental, pero ya no más por iniciativa propia. Algunos consideran que son las “fuerzas de choque” del propio gobierno. Es decir, perdieron autonomía, completamente. En fin, no es casual que la cuestión de la autonomía, que es un rasgo que reivindican y atraviesan tantos nuevos movimientos sociales, sea hoy un punto ciego para el gobierno.”* Esto último no quita que dicha organización se defina como un movimiento con un proyecto político amplio que podemos caracterizar como de tendencia populista o nacional-popular, apostando a una construcción de poder desde el Estado. Sigamos con este análisis, en este caso para BDP:

“Y con el gobierno es muy triste, nosotros le pusimos muchas fichas a Cristina, en el sentido de apoyar... Cuando Ceballos entra al gobierno... se crea una subsecretaría para poder darle forma a todo lo que se hizo, todos los proyectos de Barrios de Pie salieron de esa secretaría...” René

“ahí cambia el panorama para todo, cortan de raíz todas las cabezas, venían en el Ministerio el Huevo y después venían los directores nacionales, ahí estaba Silvia Saravia, que era directora de educación y la fueron.” Fernanda

“Nosotros decidimos alejarnos del gobierno cuando Kirchner decide ser presidente del PJ.” Fernanda

“Hay una concejal que esta en el consejo que es de Libres del Sur, eso lo logramos lamentablemente con la lista que es del PJ, del Frente Para la Victoria, en las elecciones pasadas. Y entramos bien, hubo mucha discusión en el armado de la lista pero... como ahí había un armado que es innegable que es el territorial y el tipo que ganó le abrió la puerta y entró.” René

“Y si volvemos a salir a la calle me parece que va a tener un impacto (Risas). El impacto tiene que ver con las soluciones, que el resto de la gente lo que se fija es que cortan la calle y enseguida logran un plan, eso en el común del pensamiento, logran un plan o logran bolsones de comida y bueno... el impacto que logran las organizaciones sociales un poco es lograr las cosas a partir de la organización de la gente. Mayor impacto tuvimos, que por ahí no se nota mucho, porque las organizaciones actualmente... nosotros estamos... como en muchos lugares se lograron mejores relaciones políticas gracias a que hay algún concejal o algo, gente metida en los ejecutivos, por ahí nos faltaría un poco más para que la gente... participe.” René

Como vemos, las acciones colectivas y demandas si bien, también para el período en cuestión, se basan en un grado significativo de institucionalización, hecho que se demuestra, en la voz de nuestros referentes en salud para la zona sur, en la ocupación de cargos en diferentes organismos gubernamentales -como el caso de su máxima figura Jorge Ceballos en el Ministerio de Desarrollo Social-, lo cual se da hasta fines de 2008 cuando la organización decide abandonar el gobierno (no es el caso aquí entrar en detalles sobre los motivos que se pueden esgrimir) y vuelve al llano en una etapa más “movimientista-político” como en sus orígenes. En tal sentido, en el año 2009 dicha organización se hizo presente el 7 de abril en una jornada de

lucha y protesta –en referencia al día internacional de la salud- junto a diferentes organizaciones sociales y sindicales de la salud –Cicop-CTA, MTL, Conatrasafo, Fesprosa etc- que presentaron sus reclamos y demandas frente al Ministerio de Salud de la Nación. Por tanto, dicho colectivo pasa a tener una mayor autonomía en relación al gobierno nacional, aunque manteniendo ciertos armados políticos con intendentes del conurbano en base al trabajo territorial que posee la organización -en este caso para la zona sur como ya habíamos anticipado con anterioridad y ahora corroboramos en los relatos.

En este punto queremos marcar algo que, siguiendo a Arcidiácono, P. y Zibecchi, C. (2008), surge en la literatura acerca de las políticas sociales, en donde es común encontrar abordajes que destacan una visión sobre las ventajas de las OSC –organizaciones de la sociedad civil-, las cuales se asocian a su carácter no-estatal y en tanto espacios ajenos a las instituciones tradicionales de la democracia. Como vemos en el desarrollo de este trabajo, y en concordancia con Henriksen (1996), existen organizaciones que han aplicado como gestores o simples intermediarios las políticas estatales –más allá de si tuvieron o no injerencia en las decisiones sobre el diseño de las mismas-, lo cual hace inexistente tal dicotomía entre Estado y OSC de esta corriente de literatura. En oposición a esta mirada, como ya hemos visto, este estudio considera a la sociedad civil como una esfera organizada de la vida civil en la que actores colectivos expresan intereses, valores y efectúan demandas al Estado, permitiendo ahondar en la lógica de la participación social, en este caso, en salud.

En tal sentido, y como sostiene Svampa (2005), la figura de ciudadanía propuesta por el modelo neoliberal a los sectores más vulnerados –preferimos usar este término al usado por la autora de “vulnerables”, en el sentido de un Estado que acciona en esa dirección y que jamás esta “ausente”, activa aunque más no sea por “omisión” *premeditada* con pautas a abandonar los intereses generales en favor de intereses privados- ha sido, la no-ciudadanía o, siguiendo a Texeira (tomado de Biagini, 2007), una ciudadanía invertida –clientelización de las políticas sociales a través de los diferentes subsidios a la pobreza. Observamos así, siguiendo a R. Castel (2004), la multiplicación de categorías de la población que sufren un déficit de integración con respecto al trabajo, al hábitat (medio ambiente), a la educación, a la salud, y sobre las cuales podemos decir que están amenazadas de exclusión. Estos procesos de marginalización pueden desembocar en la exclusión, es decir, en un tratamiento explícitamente discriminatorio de estas poblaciones. En tal caso, para reducir los efectos de esta negación de la ciudadanía en las sociedades periféricas, se han aplicado, programas sociales focalizados bajo la mirada vigilante y de control del Estado. Por tanto, existe una figura de la ciudadanía restringida reservada a los excluidos de la matriz neoliberal que podemos designar como “*modelo participativo-asistencial*”, cuyos ejes son el desarrollo de una política focalizada, la omnipresencia del Estado y la participación en redes comunitarias.

Pero aquí, en base a todo lo exployado hasta el momento, es necesario introducir matices sobre el carácter unívocamente funcional que asume la autoorganización colectiva, pues si la misma es, por un lado, un imperativo como sabemos impulsado “desde arriba” con claros objetivos de control social,

también es cierto, podemos sostener por otro lado, que ha sido y sigue siendo el resultado de las luchas “desde abajo”, desde el llano, como expresión de la creación y recomposición de lazos sociales, que se vinculan con las demandas respecto a la ampliación de la ciudadanía de derechos –advocacy- y con los reclamos de políticas públicas integrales y universales que la garanticen. Llegado este punto nos parece oportuno pasar a abordar nuestro tema de la salud.

Práctica crítica de los sujetos colectivos en torno a la salud -los PSEAC:

Por tanto y en relación a los PSEAC es crucial -teniendo como marco la dimensión *psicobiológica* de manifestación particular y la *económico-política* de producción de los procesos de nacer, enfermarse y morir de los conjuntos sociales- articular la dimensión de construcción social o de significación social que incluye los procesos ideológicos y políticos y que remite a los sentidos y prácticas de los diferentes actores y conjuntos sociales (Menéndez, S/D, S/D*, Biagini, 2000). En esta línea, podemos señalar que en los últimos años, en relación a nuevas problemáticas sanitarias, las respuestas más activas han provenido de la sociedad civil y los nuevos movimientos sociales –participación social en salud. Así, se ha redimensionado a algunas de estas problemáticas como cuestiones públicas quitándolas de la esfera de lo privado y resignificando las implicancias de discriminación y cercenamiento de los derechos sociales (Biagini, 2002).

Lo dicho aquí, en concordancia con los aportes para América latina de la corriente denominada Medicina Social o Salud Colectiva, que aborda los procesos de salud-enfermedad de la colectividad como una expresión de los procesos sociales –carácter o producción social de dichos procesos-, basándose en *“la necesidad de analizar los fenómenos de salud y enfermedad en el contexto del acontecer económico, político e ideológico de la sociedad y no sólo como fenómenos biológicos que atañen a los individuos”* (A, Laurell, 1986, p.3). Como sostiene Menéndez, E. (S,D*), dicha corriente se opone al Modelo Médico Hegemónico, el cual tiene una relación activa con la problemática de salud-enfermedad pero opera predominantemente en el plano curativo marginalizando las políticas preventivas. Sabemos que el énfasis en la atención primaria no constituye en sí una estrategia preventiva pero cuando se centra en acciones preventivas y que, además implican la participación activa –no pasiva o subordinada en donde no se interviene en los niveles decisorios- de los conjuntos sociales posibilita la acción modificadora de las condiciones de salud-enfermedad.

En este sentido, Oakley (Oakley, 1990 tomado de Menéndez, S/D) define la participación social como un proceso de adquisición de poder, en el sentido de acceso y control sobre los recursos considerados necesarios para proteger los medios de vida, y colocando el eje de las decisiones en el saber y poder locales. Para lo cual la población no sólo debe ser consultada sino que debe intervenir en la toma de decisiones. Esto en relación con la propuesta que sostiene que sólo hay participación social en salud cuando se toma en cuenta el punto de vista de los actores, dado que si los mismos no reconocen que determinados problemas ameritan que ellos se organicen y participen, los esfuerzos generados desde afuera pueden ser contraproducentes. Llegado

este punto coincidimos con Menéndez, al asumir que la posibilidad de generar en los grupos formas de participación social transformadoras debe tomar en cuenta, a su vez, las participaciones sociales existentes más allá de que las definamos o consideremos como no participativas. Tomemos los aportes de los referentes de BDP en relación a estos temas que venimos desarrollando:

“Y bueno, a partir de la crisis, en los barrios se empiezan a formar los comedores, ya existían los comedores, pero a partir de ahí es que se toma la decisión de conformar las áreas, la primer área que surge es el área de salud, porque se empieza a formar desde el comedor, o sea, las mamás que llevaban a los chicos al comedor empiezan a hacer el peso y talla, capacitaciones, primero no lo hacía solo el área de salud (...) Entonces bueno, así es como empieza a funcionar el área de salud, los primeros vestigios de área de salud. Después se empieza a hacer más fuerte el tema de formar promotores, las mismas mamás que tenían chicos bajo peso eran las mismas promotoras de salud, se empiezan a capacitar en otras cuestiones.” Fernanda

“El tema de que si la gente de los barrios utiliza ese saber que tiene, ese saber previo que tiene, porque nosotros... la dinámica de la escuela no es una concepción bancaria, que vos llegás y das la clase, es educación popular, entonces nosotros tenemos esa idea, que si vos formás los promotores, si vos los reordenás un poquito, y le bajás la línea propia, bajás la línea que tenemos nosotros, de construir en el barrio, de organizarnos, de participar, de luchar por una salud para todos y todas, de analizar qué es salud, después la gente se termina organizando, más allá de que esta organización sea para sumar a lo nuestro o para sumar más organización al barrio, porque nosotros estábamos seguros que formábamos promotores pero sabíamos que como la vía era municipal, lo más probable era que lo capitalizara el municipio, pero iba a quedar una referencia como formadores y nos quedó de hecho.” Fernanda

“La salud tiene que prestarse... ¿Cómo lo podría explicar?... Las cuestiones en salud pública, las cuestiones públicas aplicadas a salud tiene que ser bien desde... tiene que llegar a todo el mundo, el sistema de salud tiene que ser abierto para todo el mundo, todas las personas, no tiene que existir, a mi modo de ver, y seguramente, esto lo digo por estar en el área... el tema de la salud a nivel privado, el tema del negociado con los medicamentos, eso también es muy fuerte y lo sufren las personas de los barrios, el plan Remediar por ejemplo...” René

“Y cambiar la calidad de vida de las personas, o sea, no se trata de tener una mansión, tampoco se trata de... Bueno, para mí el tema de salud es inamovible, vos tenés que gozar de buena salud, no me va mucho esto de la campaña contra el dengue y la gripe porque hay mucha manipulación con todo eso por ejemplo, pero es necesario...” René

En la organización BDP se observa, siguiendo los relatos de los hablantes, un trabajo en salud basado en programas comunitarios de salud -como forma de fortalecimiento de derechos y participación de las mujeres- que se centra en la capacitación a agentes comunicadores o intermediarios que cumplen el papel de retransmisores de información y estimuladores de interacciones, en donde las conductas hacia temas que hacen a la salud se insertan en programas de atención primaria de salud que ponen el acento en la prevención y la promoción, con agentes o educadores sanitarios surgidos de la propia comunidad -las madres o mujeres como efectores y agentes primarios de

salud- y promoviendo desde las áreas de salud de la organización lo que los sistemas de atención médica tradicionales y los sistemas educacionales no suministran. Así, las mujeres ocupan un lugar central puesto que constituyen el primer nivel de atención o el más directo, por lo cual se promueve su participación como mecanismo para mejorar la salud y elevar la calidad de vida de estas poblaciones vulneradas. Por su parte, los profesionales médicos que pertenecen a la organización participan desde un rol de militante.

Así vemos que la participación social respecto del proceso de salud-enfermedad-atención tiene como objetivo ser un medio para organizar a la comunidad en el barrio, considerando central al mismo PSEA para generar este ejercicio participativo tanto en el plano organizativo (y argumentativo) como en el político, siendo así un requisito básico para la concientización, la democratización y el ejercicio o recuperación de la ciudadanía. Por tanto la salud es al mismo tiempo un derecho a ejercer y a demandar, en donde a partir del mismo se pueden articular temas políticos, sociales y de género (Grimberg, 2005). Veamos que aportan nuestros referentes del MO en estas mismas cuestiones:

“Es una definición muy chota, me lo dijo un compañero del M 26: “nosotros somos los gestores más baratos.” El tema de la gestión es un debe muy grande para, quizás otras organizaciones lo resuelven mejor no, pero para una organización como la nuestra con compañeros que vienen muy de la lucha, que vienen muy de los barrios, el tema de la gestión es difícil eh y hay que hacerla porque hay que llevar adelante. Nosotros ahora tenemos en toda la provincia de Buenos Aires nada más, tenemos 110 comedores con 9730 compañeros entre chicos y adultos a los que se les da de comer, básicamente en el conurbano de la provincia de Buenos Aires.” Andrés Lombardi

“por ejemplo las postas sanitarias yo me acuerdo que fueron muy extendidas; el programa de alfabetización Encuentro del Ministerio de Educación, ahora se están abriendo de vuelta, en su mejor momento llegamos a tener casi 200 centros de alfabetización en todo el país” Andrés Lombardi

“más de la producción autogestionada que requiere una gran responsabilidad y un gran poder de síntesis de los que participan de esta experiencia. Hay varias vías, nosotros hoy por hoy tenemos cantidad de emprendimientos productivos, tenemos...los números exactos no los sé pero estoy seguro que tenemos más de 7 u 8 talleres textiles que funcionan irregularmente, hoy por hoy eso está ordenado, alguna vez algún taller ha quedado desactivado durante meses y a veces con más ímpetu.(...)Hay..., tenemos carpinterías, tenemos en el interior hay talabarterías, experiencia de cría de animales y mucha experiencia, en general no me refiero al MO, mucha experiencia fallida en este tipo de política, más de lo deseado.” Andrés Lombardi

“se hablaba de salud y de otros temas, el tema de salud acá en el distrito es muy importante porque si los medicamentos están, no están donde tienen que estar y donde tienen que estar repartidos. Andan por cualquier mano menos por donde tienen que estar, ya ahí choqué con el responsable de salud porque viste...cómo voy a hablar así con un responsable y la compañera Daniela me miraba, es que yo no sabía que el que daba el discurso de salud era compañero de la OLP, porque yo no los conocía, me entendés?” Claudia

“Alicia Goni³, Goni o algo así. No, ha venido a reuniones donde todo el barrio le ha reclamado me entendés, el tema del hospital, el tema de salud, el tema de

que: “yo fui al hospital y no me digas que hay porque no hay”, viste se lo han dicho en la cara. No hay amoxicilina para la bronquitis de los chicos, para el asma...nunca nos dio respuesta.” Claudia

“muchas cosas son importantes cuando hablamos de salud. Por ejemplo hay que hablar muchísimo del sexo, para que no tengan las nenas que tienen 14 ó 13 años...estén con la pancita. Yo creo que eso ya tiene que salir de la escuela, aunque el cura diga no viste. Para mí ya en cuarto grado le tienen que empezar a enseñar a las nenas, yo pienso que es muy interesante que se hable de eso, cómo se tienen que cuidar, las enfermedades que hay, el SIDA, de todo. Después el tema de los chiquitos que sufren de asma. Yo acá en el barrio tengo una pilada de chiquitos, una barbaridad.” Claudia

En los relatos de Claudia surgen con franqueza las tensiones que devienen en base a su trayectoria dentro de la organización, teniendo sin duda como horizonte y experiencia los orígenes y su comienzo en la OLP, en relación a las diferentes modalidades de reclamo y organizarse de uno y otro colectivo –la OLP y el MO en este caso. Advirtamos su significativo aporte:

“después yo me doy cuenta viste que uno no solamente puede ir a reclamar algo que es justo, el tema de salud. Porque vos fijate que yo tenía un comedor acá, chiquitos que estaban con sarna, chiquitos que tenían de todo y yo siempre vivía pidiendo y nunca llegaba. Tenían sarna, tenían bichos en la cabeza, andaban con esa neumonía.” Claudia

“no sé que es, que jodido. Si me contás cómo tengo que hacer para...sabés como lo trabajo.⁴ Aparte de eso sabés que, yo digo que venga una persona, yo que sé, a dar clases viste del tema de salud para las mamás, explicarles, no sé, hacer cosas, talleres, porque la verdad estamos como quien dice desamparados, más este lugar, más este barrio, este barrio está muy desamparado.” Claudia

“para mí hubo una frenada, hubo una frenada grande me entendés. O sea para mí, nunca nos preguntaron en Octubres de esto...pero para mí sí, hubo una frenada...de no salir tanto a la calle a reclamar cosas o a hacer cosas.” Claudia

“en parte sí puedo estar de acuerdo y en parte no, me entendés, porque si uno tiene que salir a luchar por lo que uno quiere...por lo que uno se merece, mejor vida creo que tenés que salir hay que salir, no podés dar vuelta atrás por más que tengas...por más que seas del gobierno. Para mí eh, es mi forma de pensar ojo, si bien nunca me lo preguntaron en Octubres, este tema nunca (risas) vos también me hacés cada pregunta (risas)” Claudia

A diferencia del caso de BDP, creemos ver para el MO y en base a todos los relatos expuestos hasta aquí, que la participación social en salud es un proceso considerado presente por sus integrantes –como se trasluce en lo discursivo-pero secundario –como dejan ver los hechos de tales narraciones- en este nuevo panorama que se abre para sus fundadores e integrantes con la llegada del kirchnerismo al poder –produciéndose el ya citado quiebre de la OLP. De tal forma, dicha participación social en salud pasa a tener ahora un lugar no determinante si tenemos en cuenta, desde los orígenes de la OLP, la trayectoria de sus integrantes y las actividades y reuniones que giraban en torno de la salud.

Observamos en las citas de Andrés y Claudia, que en el 2004 con la creación del MO, el foco para llevar adelante la organización, la movilización y, finalmente, la generación de transformaciones a nivel macrosocial, pasa a centrarse en la implementación y evaluación de microemprendimientos productivos como eje prioritario para generar, por un lado, trabajo genuino⁵ – considerado como un derecho social que el Estado debe garantizar- y, por el otro, *pueblo organizado*. Es interesante remarcar las fallas en relación a estas políticas públicas emanadas del Ministerio de Desarrollo Social de la Nación que son acompañadas por el MO -fallas reconocidas en los propios relatos de Andrés-, que tienen que ver retomando y coincidiendo con Svampa (2006), por un lado, con la falta de recursos y, por el otro, con déficits en la capacitación, lo cual atañe al diseño y a la participación de los integrantes de la comunidad del barrio en tal armado.

REFLEXIONES FINALES

Como observamos en nuestro recorrido, ambas organizaciones se van consolidando como movimientos colectivos de resistencia a la segregación, la estigmatización y la descolectivización, haciendo pie en la problemática de la salud pero sin dejar de lado otros elementos cruciales, como hemos visto en los discursos de los hablantes, principalmente el trabajo –central para el caso del MO-, la educación y el hábitat. En este sentido, surge de los relatos que dichos colectivos, con sus evidentes contrastes o matices si se prefiere, tienen como horizonte la temática de los derechos sociales y entre ellos el derecho a la salud, reclamando –claro está con diferencias en cuanto a la centralidad, potencias y maneras, que hemos esbozado en el desarrollo de este trabajo- por políticas alimentarias, acceso al sistema de salud colectiva y a una cobertura integral universal⁶.

A su vez, se desprende de dichos relatos un deseo y una lucha por la visibilidad de los reclamos o las demandas de los colectivos -a través de acciones colectivas que no podemos definir tan sólo como de protesta siendo que en este caso la superan- que buscan interpelar a la opinión pública –un tercero- y, a su vez, a ese mismo Estado –como un actor que consideran estratégico y con el cual se generan tensiones y miradas contradictorias-, para la recuperación de sus derechos y garantías ciudadanos alienados. Así, el devenir de estas organizaciones es, sin duda, casi un calco invertido, yendo, para el caso del MO, de la contestación -en sus orígenes en la OLP- a la colaboración institucionalizada -ya con su afianzamiento como MO-, y para el caso de BDP, de la colaboración institucionalizada -con un viso si se quiere crítico- pasando a la contestación -aún con un pequeño grado de matiz institucional basado en el mantenimiento de ciertos vínculos a nivel municipal. Sin duda, en este escenario que procura, a su vez, universalizar las conquistas provisorias y parciales arrancadas al Estado, tiene lugar un enfoque de derechos, abstractos y universales, que se expresa como horizonte permanente en las representaciones y discursos de los hablantes –sustentados en un ideario nacional/popular- tanto para el caso de BDP como del MO.

En base al mismo análisis delineado en torno a la participación social en salud creemos paradigmático el caso de BDP, en donde el trabajo territorial se enfoca en la prevención para lo cual sus acciones abarcan la capacitación

permanente a integrantes de las comisiones de salud –agentes de salud- y género que funcionan a nivel barrial, desarrollando de tal forma una importante herramienta organizativa y de movilización hacia dentro y fuera de la agrupación. Por un lado, dichas acciones de capacitación y formación permiten a las familias tanto la apropiación como la difusión de saberes y prácticas –que incluye la aceptación o convalidación de los propios saberes y prácticas comunitarios o heredados- que propician la prevención en salud.

En tal sentido, es crucial la crítica -que se esboza en el discurso de los hablantes de BDP- a los procesos sociales de trabajo que llevan adelante las instituciones. Éstas, en su cometido de asistir de forma fragmentada y focalizada, brindan una respuesta a la demanda ya subordinada del asistido, expresándose, por tanto, como método de dominación que se antepone al objetivo de la restitución de derechos por el que se lucha. Aquí vemos cristalizar otro tipo de reivindicación en los relatos, en este caso no relacionada -de forma directa- con aquel enfoque de derechos, sino con la afirmación de las subjetividades como camino o proceso para la reapropiación de la identidad, para la reconversión de la sociabilidad y de la nueva *desposesión* simbólica (proceso de estigmatización) que han padecido –revalorización de su historia social y organizativa.

También, por otro lado, dichas acciones de capacitación y formación permiten la estructuración de demandas y acciones de protesta y presión colectiva tanto en el nivel local municipal como provincial y nacional, para obtener alimentos, medicamentos, una mejor atención médica, un sistema de salud integral universal, etc. Por ende encontramos, al mismo tiempo, una afirmación de la subjetividad tanto como de la ciudadanía, no apareciendo como polos opuestos o contradictorios sino como caminos que de alguna manera se intentan conectar y pueden, de tal forma, complementarse.

Estas acciones no se efectúan para suplir la acción estatal sino para favorecer la idea de la salud como un derecho social, lo cual se refleja en la politización de las demandas y reclamos en torno a estas cuestiones –articulación política en la demanda. Así marcamos, para el caso de BDP, mecanismos de participación social respecto de los PSEAC que no tienden centralmente a reproducir las relaciones de hegemonía-subalternidad -o de legitimación del orden social-, permitiendo la generación de objetivos con desarrollos en demandas o reivindicaciones de tipo general y con continuidad en el tiempo -más allá de los diferentes momentos y situaciones críticas ya citados en el acaecer de esta organización territorial.

En este sentido, y teniendo como horizonte la *Carta de Ottawa de 1986*, podemos sostener que el rol central que imprime dicha organización a la promoción y prevención de la salud tiene como eje una concepción de la salud integral que *“se percibe pues, no como el objetivo, sino como la fuente de riqueza de la vida cotidiana. Se trata por tanto de un concepto positivo que acentúa los recursos sociales y personales así como las aptitudes físicas. Por consiguiente, dado que el concepto de salud como bienestar trasciende la idea de formas de vida sanas, la promoción de la salud no concierne exclusivamente al sector sanitario. (...) Las gentes no podrán alcanzar su plena salud potencial a menos que sean capaces de asumir el control de todo lo que determina su estado de salud. Esto se aplica igualmente a hombres y mujeres.”*

Por tanto, como corolario de todo lo expuesto hasta aquí, podemos subrayar la potencialidad de la emergencia de sujetos colectivos para el cambio en

relación con la conformación de una identidad social que puede robustecerse en identidad política a través de las prácticas y representaciones en torno a la participación social en salud, como creemos queda ilustrado de forma cabal –a través de este trabajo comparativo- en el movimiento territorial Barrios de Pie, en base al lugar central y estratégico que ocupan tanto la problemática como la noción de la salud en el devenir de sus prácticas y organización como colectivo social.

BIBLIOGRAFÍA

Arcidiácono, P. y Zibecchi, C. (2008), *La sociedad civil y los programas sociales: alcances, limitaciones y desafíos desde un “enfoque de derechos”* en Revista electrónica del Instituto de Investigaciones “Ambrosio L. Gioja”, Año II, Número 2, Otoño.

Bauman, Zygmunt (2001), *La sociedad individualizada*, Ediciones Cátedra, Madrid.

Biagini, Graciela (2000), *La significación social de la enfermedad*, Publicación Interna (3) Cátedra Sociología de la Salud, Facultad de Ciencias Sociales, UBA, Argentina.

Biagini, Graciela (2002), “Articulación Estado-Sociedad Civil: la perspectiva de las ONGs con trabajo en salud” en Biagini G. (comp.), *Actores sociales y Sida*, Publicación Interna Cátedra Sociología de la Salud, Facultad de Ciencias Sociales, UBA, Argentina.

Biagini, Graciela (2007), “Sociedad civil y salud: reflexiones en torno a algunos estudios de casos” en Biagini, G. (comp.), *Sociedad civil y movilización social: De demandas y reclamos*, Departamento de Ciencias Sociales (EPHyD), Universidad Nacional de Luján.

Bialakowsky, A., Reynals, C., Zagami, M., Crudi, R., Costa, M. I. y Haimovici, N. (2004), “Procesos sociales de exclusión-extinción. Comprender y coproducir en las prácticas institucionales en Núcleos Urbanos Segregados”, capítulo publicado en el libro: *Desigualdad, pobreza, exclusión y vulnerabilidad en América Latina. Nuevas perspectivas en América Latina*, L. Mota Díaz, A. D. Cattani (Coord.), Toluca, México.

Bialakowsky, A., Crudi, R., Costa, M. I., López, A. L., Reynals, C. y Spinosa, L. (2006), “La participación popular no imaginada. La experiencia de la “Asamblea por la recuperación del barrio””, Foro 1: Nuevas formas de participación popular y construcción de institucionalidad, Jornadas Pre-ALAS 2007, Facultad de Ciencias Políticas y Sociales, Universidad Nacional de Cuyo, 16 y 17 de Noviembre.

Castel, Robert (1997), *La metamorfosis de la cuestión social. Una crónica del salariado*, Paidós, Buenos Aires.

Castel, Robert (2004), *Las trampas de la exclusión. Trabajo y utilidad social*, Topía, Colección Fichas del Siglo XXI, Buenos Aires.

Arato, J. y Cohen, L. (1999), “La sociedad civil y la teoría social” en Olvera, A. , *La sociedad civil: De la teoría a la realidad*, El colegio de México.

De Piero, Sergio (2005), *Organizaciones de la sociedad civil. Tensiones de una agenda en construcción*, Paidós, Buenos Aires.

Grimberg, Mabel (2005), “Protesta Social y Salud: un Abordaje Antropológico de las Demandas e Iniciativas de Salud en el Marco de la Movilización Social en la Argentina (2001-2003)” en *Críticas e Atuantes*, Editora Fiocruz, Brasil.

Laraña, Enrique (1994), *La construcción de los movimientos sociales*, Alianza Editorial, Madrid.

Laurell, Asa Cristina (1986), *El estudio social del proceso salud-enfermedad en América Latina*, Cuadernos Médico Sociales, N° 36.

Le Blanc, Guillaume (2007), *Vidas ordinarias, vidas precarias: sobre la exclusión social*, Nueva Visión, Buenos Aires.

Masseti, Astor (S/D), *La década piquetera. Acción colectiva y protesta social de los movimientos territoriales urbanos (1995-2005)*, Nueva Trilce Editorial.

Menéndez, Eduardo (S,D), "Participación social en salud: las representaciones y las prácticas" en *Participación Social ¿Para qué?*, Lugar Editorial.

Menéndez, Eduardo (S,D*), *Modelo hegemónico, crisis socioeconómica y estrategias de acción del sector salud*, (S/D).

Olvera, Alberto (1999), *La sociedad civil: De la teoría a la realidad*, El colegio de México.

Schuster, Federico (2005), "Las protestas sociales y el estudio de la acción colectiva", en Naishtat, F., Nardacchione, G., Schuster, F. y Pereyra, S. (comps.), *Tomar la palabra*, Prometeo, Buenos Aires.

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

Svampa, Maristella (2006), *Argentina: el retorno a la normalidad* [versión electrónica]. Entrevista publicada en el semanario alemán de izquierda Freitag.

Vasilachis de Gialdino, Irene (2003), *Pobres, pobreza, identidad y representaciones sociales*, Gedisa, Barcelona.

¹ En palabras de A. Massetti (S/D, p.87) “...grandes sectores del movimiento de pobres urbanos adquirieron, a partir de la asunción de Néstor Kirchner, una capacidad de interlocución privilegiada que cambió de lleno la relación entre las organizaciones sociopolíticas y el Estado. Aún en plena crisis institucional el gobierno entrante consiguió que las organizaciones más allegadas al nacionalismo progresista apostaran por la construcción de un vínculo político con el Estado de colaboración”.

² Henriksen (1996) distingue cinco tipos de interrelaciones entre gobiernos y OSCS: una *interacción contractual*; una relación de *lucha y confrontación* por la salud y los derechos humanos; una *colaboración crítica* y una relación de *autonomía*.

³ Alicia Goni, a quien hace referencia nuestra entrevistada, era la responsable de la Secretaría de Salud del Municipio de San Vicente.

⁴ La respuesta de Claudia es ante la pregunta nuestra que intenta indagar en torno al trabajo del MO realizado o no con el programa FOPAR (Fondo Participativo de Inclusión Social) del Ministerio de Desarrollo Social de la Nación.

⁵ “Nuestra respuesta será siempre, que desde Movimiento Octubres promovemos como objetivo general, conquistar el trabajo genuino, pleno y con salarios dignos para todos, como la única forma de salir de la crisis, y este objetivo se conquista.” Boletín “Jornadas de Formación”

⁶ En este punto que hace al sistema de salud y a una cobertura integral universal, si bien no tenemos un panorama claro o preciso que haya surgido de las entrevistas a los integrantes del MO, es claro que la visión -que sí emergió- de un Estado que debe hacerse cargo de los derechos sociales incluye por tanto este sistema de salud universal integral para los ciudadanos de derecho.