

XIII Jornadas de Investigación y Segundo Encuentro de Investigadores en Psicología del Mercosur. Facultad de Psicología - Universidad de Buenos Aires, Buenos Aires, 2006.

Dimensiones de la participación social en salud en el movimiento de trabajadores desocupados.

Sopransi, María Belén y Veloso, Verónica Inés.

Cita:

Sopransi, María Belén y Veloso, Verónica Inés (2006). *Dimensiones de la participación social en salud en el movimiento de trabajadores desocupados. XIII Jornadas de Investigación y Segundo Encuentro de Investigadores en Psicología del Mercosur. Facultad de Psicología - Universidad de Buenos Aires, Buenos Aires.*

Dirección estable: <https://www.aacademica.org/000-039/425>

ARK: <https://n2t.net/ark:/13683/e4go/ZzR>

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>.

DIMENSIONES DE LA PARTICIPACIÓN SOCIAL EN SALUD EN EL MOVIMIENTO DE TRABAJADORES DESOCUPADOS

Sopransi, María Belén; Veloso, Verónica Inés
UBACyT. Facultad de Psicología, Universidad de Buenos Aires

RESUMEN

Desde el paradigma de la Psicología Social Comunitaria Crítica, la presente investigación acción participativa en el Movimiento de Trabajadores Desocupados (MTD) de zona sur del conurbano bonaerense tiene como propósitos: 1- historizar las estrategias de abordaje de las problemáticas de la salud desde el MTD; 2- explorar el contexto de producción de la participación social en salud (PSS) en el MTD; 3- definir y analizar las dimensiones de la PSS; y 4- promover el fortalecimiento de las prácticas participativas en salud, propiciando la transferencia técnica entre movimientos sociales y Universidad Pública. Basada en una ética relacional, la metodología de IAP concibe a la investigación y la intervención como momentos dentro de un mismo proceso de producción de conocimientos. Se combinan técnicas cualitativas (entrevistas en profundidad, grupos focales, observación participante) y cuantitativas (encuestas colectivas, relevamiento documental) de recolección y análisis de datos, y triangulación de fuentes e instrumentos, asistida por procesadores Epi Info y Atlas Ti. El trabajo brinda información actualizada sobre las prácticas en salud desplegadas desde el MTD en el contexto de la tensión la vulnerabilidad y la resiliencia. Éstas se enmarcan en una propuesta alternativa-progresista de la PSS.

Palabras clave

Psicología social comunitaria Salud Movimientos sociales Participación social

ABSTRACT

DIMENSIONS OF SOCIAL PARTICIPATION IN HEALTH IN THE UNEMPLOYED WORKERS MOVEMENT

From the view of the paradigm of the Social Community Critical Psychology, the present action participative research in the Unemployed Workers (UWM) has the following purposes: 1- to describe the strategies of boarding of health's problems from the UWM; 2- to explore the context of production of the social participation in health (SPH) in the MTD; 3- to define and to analyze the dimensions of the SPH; and 4- to promote the strengthening of participative practices in health, causing the technical transfer between social movements and Public University. Based in the relational ethic, the methodology of APR includes research and participation as part of the knowledge production process. We use qualitative and quantitative techniques to analyze and systematize data. The triangulation methodology is a process that involves the use of several frame of references and perspectives in the analysis of data. This research brings actual information from health conditions of excluded population and from the new collective auto-management and participative experiences.

Key words

Social communitarian psychology Health Social movements Social participation

INTRODUCCIÓN

El presente trabajo forma parte de la investigación acción participativa con el Movimiento de Trabajadores Desocupados (MTD) de zona sur del conurbano bonaerense dentro del proyecto "Praxis Psicosocial Comunitaria en Salud"[i]; y se inscribe en el paradigma de la Psicología Social Comunitaria Crítica, que propicia valores de autodeterminación, justicia distributiva y empoderamiento frente a la subordinación y opresión de clase, género, cultura y etnia, promoviendo el compromiso comunitario, la satisfacción de necesidades radicales y la ciudadanía plena.

Basada en una ética relacional, la metodología de IAP concibe a la investigación y la intervención como momentos dentro de un mismo proceso de co-construcción de conocimientos dirigidos a la transformación social de las condiciones de vida de los sectores sociales excluidos. Se combinan técnicas cualitativas (entrevistas en profundidad, observación participante) y cuantitativas (encuestas colectivas, relevamiento documental) de recolección y análisis de datos, y triangulación de fuentes e instrumentos, asistida por procesadores Epi Info y Atlas Ti.

La configuración de territorios de exclusión plantea las condiciones objetivas y subjetivas que le dan sentido al orden social y simbólico delineando un contexto signado por la vulnerabilidad. Paralelamente, en estos espacios tienen lugar las estrategias de los habitantes para resistir su relegación y transformar autogestivamente su estar en el mundo desplegando procesos resilientes. Es en esta tensión entre vulnerabilidad y resiliencia en la que situamos las prácticas en salud desde el MTD, y analizamos en lo concreto de su cotidianeidad las dimensiones de la participación social en salud.

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

LA PARTICIPACIÓN SOCIAL EN SALUD (PSS) Y SUS DIMENSIONES

La población participante (N=54) integra el área salud del MTD autónomo de zona sur del conurbano bonaerense (la organización no está vinculada a partidos políticos, Iglesia, sindicatos u otras instituciones estatales). La distribución por género es 77,3% de mujeres y 22,7% de varones, y por franjas etáreas: 18,5% menor a 18 años, 57,4% de 21 a 35 años, 18,5% de 36 a 50 años, y 5,6% de 51 a 65.

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

Llamamos dimensiones de la PSS a los polos tensionales que atraviesan dicho proceso. La posibilidad de pensar en estos términos permite dialectizar e integrar las contradicciones presentes en la complejidad de los aspectos de la realidad abor-

datos. A continuación delimitamos algunas dimensiones de la PSS ubicando en las acciones en salud desde el MTD los diversos momentos que remiten a la tensión entre los polos.

AUTONOMÍA-HETERONOMÍA: ¿quién define las propuestas participativas?

El eje señala la tensión entre las propuestas de PSS generadas interna o externamente del colectivo participante. Un ejemplo más cercano al polo de la autonomía lo encontramos en la creación de una posta de salud autogestionada por el MTD en el barrio Kennedy de Pergamino. Y situamos la relación con los programas sanitarios vinculados al polo de la heteronomía, puesto que refieren a una heterogestión, a políticas y programas en las que los sujetos destinatarios no estuvieron vinculados en el diseño. Existe un movimiento recíproco entre heteronimia y autonomía, las acciones emprendidas en salud son creativas y emergen desde la dependencia con instituciones estatales que presentan un orden heterónimo. Autonomía y dependencia se nutren entre sí (Morin, 1995: 97-99). Las gestiones, las acciones comunitarias en salud y la apropiación del derecho a la salud ponen en interrogación al orden establecido de las instituciones heterónomas provocando un desorden necesario para lograr nuevas formas justas. Las acciones autónomas cuando se dan con la suficiente fuerza instituyente logran modelar las instituciones heterónomas que aparecen como cerco de clausura de sentidos (Castoriadis, 1997: 271).

FOCALIZACIÓN-INTEGRALIDAD: ¿cuál es la amplitud de las propuestas participativas?

La integralidad abarca los aspectos contradictorios y complementarios puestos en interacción y constelación. La focalización es disyuntiva, recorta y a menudo reduce la complejidad, descontextuando los abordajes de los problemas (Morin, 1995: 89-91). Se hace necesario, focalizar para incidir en la realidad concreta de los colectivos, pero desde la mirada integral de la cotidianidad y sus condicionantes.

Entre las acciones que señalan los referentes de salud del MTD, se encuentran acciones focalizadas: campañas de prevención de VIH-SIDA, detección de desnutrición infantil, gestiones para el equipamiento de postas sanitarias, talleres sobre salud mental, etc. Pero estas acciones focalizadas surgen de una visión de integralidad de la apropiación del derecho a la salud. Se abocan a lo urgente en salud en el marco de la lucha por un cambio radical de sus condiciones de vida. Las acciones reivindicativas y políticas en salud son sólo un eje de su lucha que se vertebra junto al trabajo digno y al acceso a los bienes: alimentación, vivienda, hábitat saludable, educación y justicia, en el marco integral del cambio social que proponen.

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

En algún momento el sistema tiende a mostrarse comprensivo en relación a la exclusión flagrante, propiciando actos reparadores-reformistas, "resoluciones de conflictos sociales a través de la adaptación de sus miembros a la violencia de la sociedad" (Basaglia, 1976: 166-167). La cooptación es el movimiento siempre presente que intenta devolver a los sujetos, que señalan contradicciones sociales y despliegan su empoderamiento constituyéndose como minoría activa (Moscovici, 1981), a la lógica hegemónica mediante la canalización o la evitación del conflicto social. Los referentes en salud del MTD relatan que el movimiento surge a partir de un intento de organizarse para resolver los problemas más urgentes del barrio, entre ellos los relacionados con la salud comunitaria. Formaron de ese modo un frente no oficialista con el fin de exigir al Estado una solución a las múltiples problemáticas, al tiempo que trabajan activamente y de modo eficiente sobre la concientización de problemáticas de riesgo en sus territorios. Como contracara de las políticas sociales neoliberales "...se hace un análisis de que más allá de que el Estado es un actor importante que tiene mucho que ver con lo que nos pasa en la salud, también el capital privado influye mucho en como vivimos" (mujer, 51 años). Desde una

situación adversa signada por la desocupación estructural y sus efectos devastadores sobre la calidad de vida, los sujetos en colectivo generan estrategias resilientes empoderándose a través de esta nueva organización. El establecimiento de redes, mas allá de lo difícil que resulta "llegar a un marco mínimo de acuerdo para llevar adelante acciones", propiciado básicamente por la lucha común, se presenta como esencial para el fortalecimiento tanto singular como comunitario, "ligado a la reconstrucción colectiva a través de la organización" (mujer, 27 años).

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

Este eje se expresa en la relación conflictiva entre los movimientos autónomos, como el MTD, y el Estado; donde el propio posicionamiento colectivo debe ser cuestionado y puesto a prueba constantemente siendo autocrítico con el propio hacer. ¿Cómo incidir socialmente en la escena política sin ocupar cargos de funcionarios? ¿Cómo definir las propias necesidades y sus satisfactores para el diseño de políticas sociales que den respuestas integrales? ¿Cómo mantener la autonomía cuando se necesita recuperar mediante la gestión frente al Estado lo que se cree justamente propio? ¿Cómo instalar en la escena social la denuncia sobre las condiciones de vida y salud cuando no se tienen los medios de comunicación? Estos interrogantes intentan ser abordados al plantear aspectos reivindicativos intrasistémicos y más inmediatos junto a una propuesta política transistémica y mediatizada a través de la lucha por el cambio social. Pero no es suficiente, se requiere un ejercicio constante de auto-reflexividad. Se pueden implementar ciertos principios, como el de horizontalidad descripto, pero resulta difícil desplegar una ética crítica (Dussel, 2000) cuando uno se subjetiva en el capitalismo (Castoriadis, 1997). Se reproduce más allá de la voluntad de los sujetos aspectos de la lógica capitalista hegemónica. Los rasgos conformistas se relacionan con la dependencia a las instituciones heterónomas, por ejemplo, las experiencias negativas de gestión realizadas en Berazategui, en la que los vecinos no acompañaban las acciones porque "la gente tenía miedo, la gente estaba acostumbrada a que se le dé" (mujer, 57 años). La actitud crítica se expresa sobre su propio accionar, como modo de caminar en dirección a la construcción de ese cambio deseado: "...dar una respuesta más sistemática a las necesidades, rearmar esa experiencia pero tratando de hacer valer todas las cosas malas que tuvimos antes.." (varón, 25 años). En este sentido, es notable el pasaje del punto de partida sobre la gestión de recursos materiales (medicamentos) a la inclusión de capitales simbólicos como la formación en los talleres de promotores en salud que apuestan a multiplicar el trabajo en salud del MTD, apropiándose del conocimiento como una herramienta más de lucha. Una acción que sintetiza la tensión en la relación entre la autonomía del MTD y el Estado, fue el reparto masivo de preservativos con folletería sobre prevención de VIH-SIDA (gestionados a través del programa LUSIDA) en el Puente Pueyrredón en la conmemoración de los tres años de la Masacre de Avellaneda: "Lo hacíamos para mostrar el laburo nuestro, una contracara de lo que son las políticas estatales que muchas veces plantean distribución masiva de preservativos en lugares de concentración masiva de población de riesgo y lo hacen en avenida Santa Fe, entonces dijimos ¿dónde se concentran las personas que realmente tienen riesgo? ¿dónde existen los mayores bolsones de HIV del país, que tienen los menores recursos para conseguir los medios de prevención?, entonces lo hicimos como una acción desde esa mirada [...] (mujer, 27 años).

ACTORES-RECURSOS: ¿cómo es la modalidad de participación subjetiva?

En el ejemplo anteriormente mencionado, se observa la capacidad analítica sobre una situación en salud particular, el VIH-SIDA: definición de la necesidad, de la población a la que se dirige la acción, del recurso al que no se tiene acceso (y su gestión) y de planificación en el abordaje. Esto refiere a la

intervención de los sujetos como actores y creadores de las estrategias que intentan incidir en la generación de bienestar comunitario a través de la promoción de la salud.

La creación de una coordinación popular en salud que nuclea a los movimientos, para considerar las necesidades del grupo desde el grupo mismo, rompe con las creencias descalificantes que portan los sujetos, como por ejemplo, la sacralización del saber médico, para considerarse actores y por ende activos, constructores de su realidad y su futuro. Esta toma de conciencia desnaturaliza la posición pasiva ante las instituciones de salud y el rol del médico, que duplican la relación unilateral-hegemónica de poder y de saber, creando como contrafigura un paciente-dependiente-ignorante. La crítica al saber hegemónico de la medicina fractura esta relación desigual, transformando la posición de objeto de dependencia en la posición de usuarios-activos. Los referentes en salud afirman que a partir del taller de formación autodeterminada en salud, el logro radical consistió en el reconocimiento de la diada "*poder-saber*" como recurso principal, a través de la visibilización de las necesidades reales percibidas, y fundamentalmente, de la posibilidad de acción motivadora de cambio desde la propia actividad, como ruptura del sistema regido por un clientelismo asistencialista, que opaca el "*saber exigir*" ante el Estado. Desde allí, la actividad se dirigió, siguiendo la línea de la ciudadanía plena y activa, a controlar el accionar de las instituciones y a mejorar su función de servicio.

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

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

Con respecto a la constitución de la coordinación en salud del 2002, podemos situar sus primeros momentos organizativos en el nivel de la infrapolítica, hasta que esa articulación se hace pública con sus primeras acciones de gestión frente a los laboratorios privados, ingresando así al terreno político propiamente dicho, delineando un flujo en la participación. El siguiente relato nos marca un momento siguiente de reflujo: "...cuando se desactivó ese eje más reivindicativo, más concreto de los medicamentos muchas de las organizaciones que habían participado en un primer momento junto a la coordinadora dejaron de participar, quedamos un par de organizaciones mantenido medio a pulmón el espacio de la coordinadora" (varón, 25 años). Durante el 2003 esta coordinación desplegó escasas acciones y no consiguió integrar nuevos movimientos. A partir del 2004, con el reagrupamiento de los movimientos piqueteros opositores al gobierno de Kirchner, vuelve a tener un momento de flujo que se desarrolla a partir de la experiencia adquirida "...empezamos a recorrer las distintas columnas de los distintos movimientos viendo si había trabajo en salud, como que ya estaba el espacio éste de la coordinadora que podíamos utilizar, que ya tenía una historia [...] y así nos fuimos juntando y empezó a surgir, se rearmó" (mujer, 51 años). Este momento de flujo estuvo signado por varias movilizaciones y negociaciones vinculadas al Ministerio de Salud y Educación, pasando en el territorio por el relevamiento sistemático de las problemáticas y los recursos de salud en los barrios y culminando en el proyecto de creación de postas sanitarias en los comederos comunitarios de los movimientos participantes y la formación de promotores en salud. La situación actual señala un nuevo momento de reflujo: "el trabajo en salud es mas fácil por el lado organizativo porque ya tenemos como experiencia acumulada, pero la situación que vivimos hoy en día para salir a la calle y hacer valer el reclamo no es la misma [...] que a fines del 2002, donde las organizaciones estaban muy fuertes, había consenso entre la gente [...] el gobierno ha sido muy hábil, generó un aislamiento de las organizaciones, ahora hay mucho mas consenso para la represión [...] también las organizaciones no

son todo lo lindo que uno quisiera que sean, hay un montón de cuestiones internas que favorecen la fragmentación" (mujer, 51 años).

COMENTARIOS FINALES

Cuando existe un compromiso con el intento de abordar las problemáticas de la salud colectiva que se presentan como prioritarias, cuando las tareas comunitarias son planificadas hacia la búsqueda de los satisfactores, hablamos de una PPS ligada a procesos de concientización sanitaria. En la PSS se intersectan la participación popular, política, ciudadana y comunitaria[iii]. Uzcátegui (2005: 23-24) describe tres propuestas de PSS: la neoliberal o conservadora, la reformista y la alternativa-progresista. Define ésta última como un proceso de construcción de ciudadanía que rechaza la consideración de las personas como clientes, y reivindica su condición de sujetos de derechos, asumiendo una concepción de salud como derecho social, derecho humano y responsabilidad del Estado, es decir, un bien público. Esta propuesta destaca el carácter político de la participación popular dirigida a lograr la democratización-redistribución del poder; promueve la provisión pública de los bienes públicos regida por los principios de universalidad y gratuidad; plantea una relación con el Estado que no comprometa la autonomía de los movimientos sociales; considera los aspectos sociales, históricos, políticos y culturales del proceso salud-enfermedad; sostiene una visión holística e integral de la salud con énfasis en el bienestar, la promoción de la salud y la vida; y reivindica el saber popular en conjunción con el saber científico como "encuentro de saberes". Las acciones del Área Salud del MTD se enmarcan en esta propuesta alternativa-progresista de la PSS. A partir de las dimensiones analizadas en el proceso reconocemos la necesidad de visibilizar las tensiones a las que se enfrentan estas propuestas para favorecer su auto-reflexividad y su empoderamiento, fortaleciendo los caminos de la autonomía colectiva.

BIBLIOGRAFÍA

- Basaglia, F. (1976). *La institución negada. Informe de un hospital psiquiátrico*. Ediciones Corregidor. Buenos Aires.
- Castoriadis, C. (1997). *El avance de la insignificancia*. EUDEBA. Buenos Aires.
- Dussel, E. (2000). "Sobre el concepto de ética y ciencia crítica". En *Revista Herramienta*, N° 12, otoño, Año V.
- Morin, E. (1995). "Capítulo 3: El paradigma de la complejidad". En *Introducción al pensamiento complejo*. Editorial Gedisa. Barcelona.
- Scott, J. (2000). *Los dominados y el arte de la resistencia*. Era. Madrid.
- Uzcátegui, J.L. (2005). "Salud y participación popular. Hacia una ciudadanía plena". En *Cuadernos para la Emancipación Salud*, Venezuela.
- Zaldúa, G., Sopransi, M.B. y Veloso, V. (2004). "La praxis psicosocial comunitaria en salud, los movimientos sociales y la participación". En *XII Anuario de Investigaciones*. Fac. de Psicología de la UBA. Buenos Aires.

NOTAS

- [i] Han participado en calidad de Investigadores-estudiantes de Apoyo, quienes cursaron las Horas de Investigación "Praxis psicosocial comunitaria en salud" durante el 1° y 2° cuatrimestre de 2005: Sol Bajar, Adriana Bollar, María Carolina Cebey, Roberto David Díaz Fridman, Mariela Garat, Estela Gorski, María Elsa Leguizamón, Ana Lizziero, Jorgelina Piccoli, María Alejandra Primi, Pablo Radusky y Alejandro Unzaga. Cecilia Calós, Viviana Cornejo, Mario Dupont, María Silvia Gaggioti, Paola Martinek, Emiliano Medus, Ana Rosa Perdomo, Carolina Piero, Soledad Purvis, Laura Rossi, Paola Taglioretti.

[ii] Los fragmentos en itálica corresponden a partes de entrevistas a integrantes del Área Salud del MTD.

[iii] Para una revisión crítica del concepto de participación social y una delimitación de las características que entendemos como centrales de cada una de estas participaciones, ver: Zaldúa, G., Sopransi, M.B. y Veloso, V. (2004). "La praxis psicosocial comunitaria en salud, los movimientos sociales y la participación", en *XII Anuario de Investigaciones*. Fac. de Psicología de la UBA. Buenos Aires.