



Anuario de Investigaciones  
ISSN: 0329-5885  
anuario@psi.uba.ar  
Universidad de Buenos Aires  
Argentina

Zaldúa, Graciela; Sopransi, María Belén  
DISPOSITIVO TALLER: MODALIDAD DE CONSTRUCCIÓN DE SABERES Y  
PRÁCTICAS AUTOGESTIVAS EN SALUD  
Anuario de Investigaciones, vol. XIII, 2006, pp. 249-258  
Universidad de Buenos Aires  
Buenos Aires, Argentina

Disponible en: <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=369139942025>

- Cómo citar el artículo
- Número completo
- Más información del artículo
- Página de la revista en redalyc.org

redalyc.org

Sistema de Información Científica  
Red de Revistas Científicas de América Latina, el Caribe, España y Portugal  
Proyecto académico sin fines de lucro, desarrollado bajo la iniciativa de acceso abierto

# DISPOSITIVO TALLER: MODALIDAD DE CONSTRUCCIÓN DE SABERES Y PRÁCTICAS AUTOGESTIVAS EN SALUD

## WORKSHOP: LET'S WORK TOGETHER TO CREATE PRACTICE AND KNOWLEDGE ON HEALTH SELF-MANAGEMENT

Zaldúa, Graciela<sup>1</sup>; Sopransi, María Belén<sup>2</sup>

### RESUMEN

Desde la Psicología Social Comunitaria Crítica, la presente investigación acción participativa (IAP) con el Movimiento de Trabajadores Desocupados (MTD) del conurbano bonaerense, Pergamino y La Plata, tiene como propósitos: 1- historizar y transmitir la experiencia de co-construcción del dispositivo taller de promotores en salud en el MTD; 2- relevar representaciones, percepción epidemiológica, estrategias de protección y necesidades en salud de la población participante; 3- facilitar la co-construcción de estrategias de promoción y prevención en salud desde una ciudadanía activa; y 4- fortalecer las prácticas participativas promoviendo una relación abierta entre MTD y Universidad Pública. Basada en una ética relacional y crítica, la IAP concibe la investigación-intervención como momentos de un mismo proceso de producción de conocimientos. Se combinan técnicas cualitativas y cuantitativas de recolección y análisis de datos, y triangulación de fuentes e instrumentos, asistidos por procesador.

El dispositivo taller, como artificio productor de innovaciones, facilita la transferencia técnica y la capacitación para exigir el derecho a la salud, gestionar proyectos, negociar recursos, construir redes, generar información epidemiológica a través del monitoreo participativo. Como intervención estratégica, se propone modalidades de acción colectiva que promuevan el empoderamiento para transformar las condiciones de vida y salud, propiciando el sentido comunitario emancipatorio para enfrentar las inequidades de clase, de género, de cultura y étnicas. La autogestión y la gestión/poder sobre los recursos y decisiones aparecen como metas a alcanzar en la integralidad del derecho a la salud y se sustentan en la producción de subjetividades implicadas en el cuidado de sí y de la salud colectiva.

### Palabras clave:

Dispositivo taller - Promotores salud - Autogestión - Movimientos sociales

### ABSTRACT

From the praxis social psychology, we built together a workshop to create practices and knowledge on health self-management with Unemployed Workers Movement. This workshop included communitarian diagnostic, history of public politics, health situation analysis, design of preventive and promotion projects and social networks construction. The contribution as intervention strategy should be viewed in relation to develops a critical understanding and capacity for influencing the decision making process. The interaction between the researcher and the community can actively studies the distribution and determinants on health and applies this information to the control health's problems. The social action perspective emphasizes the structural inequalities -class, gender, race- and promote a sense of community and emancipation. Methodology is participative and reflexive with qualitative and quantitative techniques and methodological triangulation. We focus on the research of perception on health's needs, social representations and strategies to protect health, to evaluate the impact of this workshop. The purpose is to promote strategic monitory of needs and to facilitate collective self-management and empowerment on preventive and promotional practices on health.

### Key words:

Workshop device - Health promoters - Self-management - Social movements

<sup>1</sup> Psicóloga. Universidad Nacional de La Plata. Profesora Titular de la Materias "Psicología Preventiva" y "Epidemiología". Facultad de Psicología. Universidad de Buenos Aires. Directora del Proyecto de Investigación UBACyT P058 (2004-2007) "Praxis Psicosocial Comunitaria en Salud".

<sup>2</sup> Licenciada en Psicología. UBA, becaria de investigación UBACyT (2004-2006) en el proyecto P058 "Praxis psicosocial comunitaria en salud". Docente de la materia "Psicología Preventiva". Facultad de Psicología. UBA.

## PROBLEMATIZACIÓN DE LAS INTERVENCIONES COMUNITARIAS: EL DISPOSITIVO TALLER

El dispositivo Taller de Promotores constituyó un momento del proceso de articulación entre un colectivo de la Universidad Pública y los Movimientos Sociales emergentes del los procesos de expulsión del trabajo asalariado. El propósito de promover la construcción de una objetividad crítica de la salud y las inequidades, y una subjetividad implicada en la interpretación y la acción de transformación, adquirió centralidad. De esta manera nos incluimos en un escenario que cuestiona las políticas públicas, que en su matriz neoliberal engendra efectos de fragmentación social, vulnerabilidad, desafiliación, y con los programas compensatorios pretende resolverlos o contenerlos. Esta modalidad asociada entre grupos universitarios de docentes y estudiantes, referentes de organizaciones sociales y efectores de salud propició un espacio crítico y participativo para afrontar problemas y necesidades a nivel sanitario. Las condiciones de posibilidad de reconstruir objeto/sujeto y campo de la salud, permite poner en cuestión las perspectivas tradicionales empiristas factoriales y las acciones focalizadas sobre el llamado sector de la exclusión social. Es decir que a nivel ontológico, epistemológico y metodológico nos alejamos de las certezas de los supuestos saberes y prácticas sobre los "otros" y confrontamos con las diversas concepciones reduccionistas de la salud. Algunas interrogaciones se incluyeron para generar el dispositivo que se propuso como artificio alternativo a los que naturalizan la intervención sobre los pobres como sujetos tutelados y asistidos:

¿Qué diferencias se plantean entre los discursos y las prácticas? ¿Qué diferencias podemos establecer entre las perspectivas de los actores comunitarios que confrontan y negocian y los beneficiarios asignados a los servicios y programas? ¿Qué estatuto adquiere la reflexividad y el pensamiento crítico en la acción social? ¿Sobre qué y para qué se enseña en las presentes condiciones socio-históricas?

Desde una visión dialéctica de los procesos críticos en salud y la inclusión de los protagonistas actores-autores, revisamos los efectos del modelo de acumulación del capitalismo neoliberal en la salud comunitaria, los alcances de políticas públicas y la legitimidad que imponen los discursos, las prácticas y los controles sobre los asistidos. Vinculando nuestra posición ética a las acciones, propiciamos dinámicas de cooperación, donde igualdad y diferencia se conjugan en visiones y misiones compartidas. En consecuencia se impone la ruptura con la episteme hegemónica de objetividad-neutralidad en la construcción de un saber científico sobre los procesos de salud-enfermedad-atención. Camino que exige cuestionar las concepciones sobre la realidad, las relaciones entre quienes producen conocimiento, es decir, las relaciones de poder sobre la producción científica tecnológica y las implicancias éticas. Experiencias

y tensiones en ocasiones difíciles de sostener por obstáculos de diverso orden, por ejemplo: los límites de las herramientas disciplinares para pensar y actuar en la complejidad, o las posiciones acríticas y delegativas, o las violencias materiales y simbólicas, en un contexto de exclusión social.

Por otra parte, la formación tradicional torna en impenable la cuestión de la determinación social de la salud-enfermedad-atención, cuando desde el saber técnico se opera en la resolución de la urgencia o aún desde los programas preventivos y promocionales, sin la inclusión real del conjunto de los actores y sin interrogarse sobre los casos atendidos o en situación de riesgo y la vinculación con las inequidades sociales. Es reconocida la llamada epidemiología de servicios, que sólo desarrolla una rutinaria y burocratizada "vigilancia epidemiológica" y hay mucho más que hacer... (Breilh, 2003:193). En ese sentido señala que al abrir el concepto de servicio hacia la integralidad del desarrollo humano encontramos variados campos de aplicación en la planificación participativa, en el monitoreo estratégico de los procesos críticos de salud, en el diseño de mecanismos de control y evaluación social. A su vez, refiere el debate en el campo de la ciencia y su influencia en los saberes y prácticas de la salud: por un lado, la falta de responsabilidad del poder científico vinculado a problemas éticos y de errores interpretativos del paradigma positivista (Morin, 1996), por otro lado, por una ciencia tecnológicamente irresponsable y riesgosa (Beck, 1998), y para otros es el resultado del nexo destructivo de las instituciones científicas con el productivismo y el control monopólico (Hinkelammert, 1997). Como alternativas frente al reduccionismo y la episteme dominante advierte el aporte de la inclusión de los problemas de la singularidad, la diversidad, la complejidad con sus formas de discontinuidad y emergencia, y por otra parte, las corrientes críticas que cuestionan la falta de relación entre la ciencia con otros saberes y las prácticas emancipatorias (Breilh, 2003:101). Este debate no se ha instalado lo suficiente para reflexionar alrededor de la formación científica y la responsabilidad social de la Universidad Pública y en particular del área de Extensión Universitaria. A través de modalidades docentes, de investigación o de extensión mediante convenios, se desarrollan actividades con/en servicios o programas de salud, o con/en comunidades. Sin embargo, en el último período son escasas las innovaciones teórico prácticas en el campo de la salud que relacionen la crítica teórica y la concepción emancipadora de la praxis. Las relaciones que establecen a partir de algunos de los actores, limitan la información, la explicación epidemiológica y la acción social a las agendas impuestas por las instituciones o las agencias de cooperación. Mediante convenios con organismos públicos y privados, en particular fundaciones internacionales, se desarrollan y evalúan proyectos comunitarios. Las tecnologías y sus marcos lógicos

habitualmente se adecuan a las exigencias de los organismos convocantes o financiadores. Este aspecto introduce cuestiones de orden científico, político y ético que exigen analizar las líneas de argumentación que sostienen los procesos de intervención en salud comunitaria, las condiciones de regulación social y las evidentes contradicciones que plantean las imposiciones del modelo de acumulación económica y sus efectos en la trama social. Las desigualdades sociales emergentes y las necesidades insatisfechas que atraviesan los sectores populares están relacionadas con la estructura de inequidad a nivel económico y en las relaciones de género y étnicas. Triple inequidad ampliamente constada en las desigualdades de acceso de bienes y servicios de los sectores de trabajadores, de las mujeres afectadas por las relaciones patriarcales y de las poblaciones originarias. No se puede soslayar la estructura de poder que implica la apropiación privada de la riqueza social por el bloque dominante, el poder patriarcal y la desappropriación a sectores étnicos, denominada como “matriz de dominación” (Hill Collins, 1991). Los mecanismos de exclusión social se objetivan en la expulsión del trabajo, de la escolaridad, de la protección social. La privación y la carencia se instalan cercenando posibilidades y potencialidades. De esta manera, habilitamos otra mirada al supuesto estatuto del desempleo asociado a la reestructuración productiva, a la globalización económica y a la destrucción del estado social (Ribeiro, 1999: 37). La contradicción de los procesos de acumulación entre capital y trabajo no son una eventualidad, sino una constante de expulsión del trabajo vivo y de reordenamiento de la cuestión social que impone una precarización del trabajo y de las condiciones de existencia. La asociación con la pérdida de la relación salarial y la de estar afuera de la producción establece una perspectiva unidireccional de la inclusión, sostenida en los planes paliativos de los organismos internacionales de financiamiento. Las políticas sociales compensatorias focalizadas definen su objeto-sujeto de la exclusión social de una manera funcional de contención frente a las demandas por las condiciones de reproducción de la existencia. La reificación de las demandas en “planes trabajar” “jefas y jefes de hogar” entre otros, constituye una operatoria de hegemonía que instala una modalidad de restricción de la protesta por el trabajo genuino perdido y una posibilidad de cooptación por la tradicionales formas clientelares. Son formas de homogeneización vertical que atribuyen a los excluidos una identidad en función de las adjudicaciones, cristalizan las diferencias y generan dependencias.

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

son algunas de las producciones y servicios autogestionarias con modalidades de emprendimientos frente a cierres y/o vaciamientos. Estas alternativas operan desde una potencialidad cuestionadora del sentido social del trabajo asalariado y de sus relaciones sociales, como una doble negatividad a la exclusión y a la explotación. En artículos anteriores desarrollamos la constitución de los MTDs, la identidad colectiva y las tensiones registradas en los distintos tipos de participación y los procesos de autonomía (Anuario XII, 2004).

En este apartado hemos implementado la estrategia de la problematización, privilegiada por P. Freire (1997) para generar una “conciencia de la conciencia”, resultando el objeto cognoscible, no término del acto cognoscible de un sujeto, sino mediatizador de sujetos cognoscentes. Desde esta estrategia, el propósito del encuentro entre colectivos universitarios y MTDs y la constitución del Dispositivo Taller, es promover la conciencia crítica, la reflexión y la acción transformadora de las condiciones de vida y salud. Los sujetos de la problematización somos tanto los colectivos universitarios como los miembros de los movimientos sociales que participamos de la investigación acción participativa. Es un proceso abierto, dialogal, reflexivo y crítico sostenido desde las bases de la Investigación Acción Participativa y la Psicología Crítica. Las cuestiones incluidas sobre las operatorias del poder dominante, la triple inequidad, la praxis social en salud, los cuestionamientos a la ciencia, los actores sociales y las políticas públicas son fundantes de la reflexión, la participación y el compromiso.

## CUESTIONES EPISTÉMICAS Y METODOLÓGICAS

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

En este contexto de compromiso crítico, para la IAP el criterio de verdad no se encuentra en las realidades existentes, sino en las realidades que la propia acción logra crear y desarrollar (Baró, 1998: 318).

En un mundo en el que la saturación del individualismo y los excesos del yo son el centro alrededor del cual gira el sistema (Montero, 2000: 197), en el que la sociabilidad está hegemonícamente mediada por el mercado, ir en contra de la ruptura del flujo social del hacer (Holloway, 2002: 75-121) se vuelve una tarea esencial para la IAP. Esta transformación colectiva de la realidad tiene lugar en y más allá del mismo proceso: desfetichizando las relaciones sociales de opresión y dominación, construyendo pensares, saberes y haceres comunitarios, desalienándonos.

En este camino, la elucidación crítica sobre las constricciones materiales-simbólicas libera la imaginación social, a la vez que propicia la posibilidad de crear alternativas en los modos de pensar, de habitar, de existir: otros mundos que se dibujan con el despliegue de las potencias colectivas, que surgen como propuestas contrahegemónicas a las formas tradicionales, impuestas, heredadas. La imaginación social implica la potencialidad de proyectar alternativas al orden instituido, la creatividad social está referida a la expresión de la relación resultante entre la imaginación social y sus constricciones. Tanto la imaginación como la creatividad sociales son parte del proceso dialéctico del pensar-hacer (constitutivo de la praxis) a través del cual es posible generar cambios.

Las sociedades heterónomas son aquellas que “crean ciertamente sus propias instituciones y significaciones, pero ocultan esta autocreación imputándola a un fuente extra-social”, en estas sociedades “la institución de la sociedad tiene lugar en la clausura del sentido”, es decir, todas las preguntas formulables hallan respuesta en el imaginario social instituido (Castoriadis, 1997: 271). Las preguntas no formuladas socialmente encuentran su imposibilidad en el componente psíquico de la subjetividad más que en una prohibición explícita. Dentro de la homogeneización sin precedentes del mundo contemporáneo, “el horizonte de la imaginación social, ya no nos permite considerar la idea de una eventual caída del capitalismo” (Žižek y Jameson, 2001: 176). Este hecho remarca la importancia de los procesos que intentan liberar la imaginación colectiva: la posibilidad de imaginar otras formas de relacionarnos socialmente, otros sentidos de nuestro pensar-hacer, signos de autonomía, lucha e insumisión frente al orden social existente.

Nuestro hacer se referencia en estas líneas de trabajo que posibilita la IAP y nos permite reflexionar autocríticamente sobre cuestiones concretas relacionadas ahí donde se juegan nuestros deseos de cambio social y nuestra participación como actoras-autoras sociales.

Centralmente transitamos dos campos: los Movimientos Sociales y la Universidad Pública. Ambos espacios pueden (potencialmente) desarrollar una apertura a la crítica, como actualización-irrupción de aquello negado en la cristalización, en la síntesis de la sociedad contemporánea. Movimientos sociales y universidad pública son campos integrados “por un conjunto de relaciones histó-

ricas objetivas entre posiciones ancladas en ciertas formas de poder (o de capital)”, que son “‘depositadas’ en los cuerpos individuales bajo la forma de esquemas mentales y corporales de percepción, apreciación y acción” (habitus). Cada campo prescribe sus valores particulares y sus principios regulatorios, en conjunto no pueden reducirse a una lógica societal única. Estos principios definen los límites de un espacio socialmente estructurado, pero a la vez dinámico y maleable, “donde los agentes luchan en función de la posición que ocupan en dicho espacio” para modificarlo o para conservar su configuración (Bourdieu y Wacquant, 1995: 23-24). Ambos campos se presentan como espacios heterogéneos, sujetos a las tensiones de la participación social en su interior y entre ellos (Zaldúa, Sopransi y Veloso, 2005, 115-122).

El aislamiento entre movimientos sociales y universidad pública responde a las rupturas del entramado social. Esta fragmentación los define como campos segmentados por brechas: vacíos relacionales, encriptamientos, distancias, alienaciones, identidades capturadas; indica lo que es, lo que existe. En tensión, lo que aparece negado es lo que podría posiblemente existir, el subjuntivo, la otredad radical (Holloway, 2002: 21): fisura, espacio para “ocupar, resistir y producir” -consigna central del movimiento de fábricas recuperadas por sus trabajadoras y trabajadores-, lugar donde hacerse cargo y donde hacerse responsable, espacio a ser construido permanentemente, lugar de nuevos modos de subjetivación donde se reconstruye el flujo social del hacer. En este espacio “inexistente”, en esta “emergencia de lo negado”, muchas y muchos nos encontramos e intentamos constituirnos en otra relación, integrándonos dialógica y dialécticamente para extender nuestra capacidad crítica-reflexiva, para desarrollar la autonomía social fortaleciendo la negación.

En este camino utilizamos las técnicas que nos resultaran relevantes según el momento del proceso. Los cuestionarios ex ante y ex post, con análisis estadístico estándar, entrevistas en profundidad y observación participante y etnográfica con análisis del discurso. Pensamos la realidad en términos de relaciones en el espacio social y el estatuto epistemológico de los individuos en él, y buscamos en el espacio del Taller la construcción simbólica y organizacional, que relaciona las demandas y los productos con las condiciones objetivas. Se consideran las distintas categorías: género, edad, educación, situación laboral y las representaciones y significaciones sobre la salud, el cuerpo, la diferencia sexual, el poder, la violencia, las participaciones, las gestiones, etc. Se implementan/transfieren instrumentos de planeamiento y evaluación de proceso, de impacto y de resultados sobre el dispositivo Taller.

## ACERCA DE UNA EXPERIENCIA DE CONSTRUCCIÓN DE SABERES Y PRÁCTICAS

Como parte de la experiencia de encuentro, intercambio y enriquecimiento que es la IAP, nos detendremos en un momento particular para analizar las transformaciones subjetivas y colectivas acontecidas.

Durante los años 2004 y 2005 se diseñó y concretó el taller de formación de agentes promotores en salud, espacio de convocatoria del cual participamos junto a seis grupos de distintos MTDs. de zona sur del conurbano bonaerense, La Plata y Pergamino.

El objetivo es transmitir una experiencia en la que participamos como co-autoras-actoras propiciando transferencia técnica y fortalecimiento de organizaciones intermedias y de base dentro de los movimientos integrados por mujeres y varones que reconociéndose como expulsados del sistema, se autodeterminan y deciden reivindicar sus derechos e ir más allá en la lucha por el cambio social. En este marco de autonomía, autodeterminación y compromiso acompañamos la formación de agentes promotores en salud desde una perspectiva crítica.

La historia del taller se remonta a la reorganización de una estructura intermedia que reúne a ocho organizaciones que, en medio de una situación de crisis total del sistema sanitario, se propusieron trabajar en salud a partir de la exigibilidad del derecho a la salud de los sectores excluidos como parte de la integralidad de la lucha por el cambio social. Desde esta coordinación se reconoció la necesidad de formar a las compañeras y los compañeros que estaban interesados en desarrollar tareas en el área de salud y que, como lo sustentan algunos relevamientos realizados (Sopransi, 2005: 136-138), contaban con otro análisis de la situación de salud y tenían elementos que permitían desnaturalizar ciertas problemáticas que se presentan como normales en los sectores excluidos, pero que evidencian la desigualdad social en el acceso a bienes, entre ellos a las prestaciones sanitarias. Ejemplos de esto son las muertes por abortos sépticos, las adicciones -drogas legales como el cigarrillo o el alcohol, drogas ilegales como la pasta base, etc.-, la violencia contra la mujer, los niños y las niñas, la violencia callejera, la represión estatal y la discriminación institucional, etc., las enfermedades derivadas de la exposición continua a riesgos de un hábitat contaminado e insalubre -como enfermedades dérmicas, intoxicaciones, infecciones, sarnilla-, la desnutrición y el bajo peso -determinadas por el inaccess a una dieta acorde a la edad, especialmente escasa en alimentos frescos: carnes y verduras, en niños y niñas, mujeres madres y adultos mayores-, el VIH-SIDA, las enfermedades respiratorias -asma, bronquiolitis, neumonitis, etc. que ponen en riesgo la vida de los y las más pequeños-, la diabetes y la hipertensión en la población adulta, y la devastación del sistema público de salud que no cubre las necesidades de las poblaciones

de las que forman parte, ni en la atención profesional, ni en los insumos y medicamentos.

A partir del compromiso de estas compañeras y compañeros diseñamos colectivamente el taller de formación de agentes promotores en salud en el marco de un proyecto en salud más amplio cuyos objetivos son: 1- generar una estructura estable de redes en salud que cubra las necesidades de los movimientos participantes, 2- promover el derecho a la salud a través de la creación de espacios de politización, reivindicación y lucha, 3- favorecer la coordinación con otros movimientos, sindicatos de trabajadores de la salud, agrupaciones estudiantiles, etc. que tengan una postura crítica frente a la situación socio-sanitaria, y 4- realizar las gestiones de los recursos necesarios para asegurar la continuidad de las tareas tendiendo a la autofinanciación.

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

El taller de formación de agentes promotores en salud fue realizado entre marzo y julio de 2005 en Avellaneda, Provincia de Buenos Aires, 40 promotoras y promotores en salud completaron el taller y las tareas en salud continúan al interior de los territorios. El programa consistió en 12 encuentros de 4 horas divididos en tres módulos: Estado, políticas sociales y situación actual en salud (3 encuentros), Problemáticas de la salud (6 encuentros) y Estrategias de prevención y promoción de la salud (3 encuentros). Participaron docentes de las cátedras Psicología Preventiva y Epidemiología de la Fac. de Psicología de la UBA, Derechos Humanos y Salud de la Fac. de Medicina de la UBA, de la Escuela de Trabajo Social de la UNLP y trabajadores de la salud del sistema público de salud.

Los objetivos específicos del taller fueron: 1- Formar agentes promotores en salud dentro de las organizaciones comunitarias de base; 2- Reflexionar acerca la situación sanitaria argentina a través del análisis de la historización del campo de la salud en Argentina, las políticas vigentes y el impacto de la crisis en el área; 3- Conocer el estado actual de la salud en la población y las problemáticas más relevantes; 4- Transferir herramientas para realizar un diagnóstico comunitario en salud en terreno; 5- Co-construir estrategias comunitarias de intervención dirigidas a la prevención y la promoción de la salud en diversas problemáticas; y 6- Capacitar a los agentes promotores en la planificación estratégica para el diseño de proyectos comunitarios en salud y el armado de redes.

Dentro del grupo de participantes del taller (N=40) 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. Todas y todos integran algún MTD (Movimiento de Trabajadores Desocupados) autónomo. La autonomía de las organizaciones está definida por no referenciarse en partidos políticos, Iglesia, sindicatos u otras instituciones estatales.

### CONSTRUCCIÓN DE PREGUNTAS E INDICADORES

La evaluación se hizo ex ante y ex post taller a través de un cuestionario y seguimiento del proceso de socialización de saberes en base a la observación participante en los distintos talleres y las producciones de las y los promotores en salud recogidas durante esos encuentros, entre ellas: diagnóstico comunitario, análisis SODA-MECA, proyectos de planificación estratégica, armado de redes en salud dentro del territorio. La devolución de la evaluación fue socializada en un encuentro post-taller integrando las opiniones que no estaban representadas. Se rastrearon necesidades y percepción epidemiológica de morbilidad, representaciones del proceso salud-enfermedad, estrategias de autoprotección de la salud individuales y colectivas, y cumplimiento de expectativas.

A continuación se presentan algunos de los resultados cuali-cuantitativos relevantes que arrojó la evaluación del taller (cada persona brindó más de una respuesta a cada ítem, los porcentajes se calcularon sobre el N=40).

#### Necesidades y percepción epidemiológica:

Con respecto a este indicador, se produjo un proceso de desnaturalización de los problemas de salud y una expansión del registro de necesidades. Especialmente se reconoció las problemáticas relacionadas con los diferentes tipos de violencias (familiar, contra la mujer, contra las niñas y los niños, violencia del Estado y la policía, etc.), las adicciones (fuertemente el tema del alcoholismo) y la contaminación y las cuestiones de higiene del barrio. La desnutrición y el bajo peso continuó siendo uno de los problemas más relevantes en el registro de necesidades. También se adjudicó mayor importancia al acceso a la información sobre la salud y la necesidad de generar conciencia sanitaria a través de la Educación para la Salud y la Promoción de la Salud. En relación a la salud mental, se generó un espacio para pensar que también ocupa un lugar relevante en nuestra vida y que forma parte integral de la salud de las personas. En esta línea, la situación de desocupación, la discriminación médica, el aborto y los embarazos no deseados (son algunas respuestas que se dieron) fueron problemáticas reconocidas, no solamente afectando el equilibrio físico, sino que repercuten en la salud mental limitando las potencialidades.

(ver Gráfico 1)

#### Representaciones sobre la salud:

El derecho a la salud tuvo un lugar central dentro del proceso, ligado a su reconocimiento surge la exigencia de devolver al Estado la responsabilidad por su cumplimiento, se mostró que la salud es también una cuestión política, yendo más allá de lo reivindicativo. Se reconoció que los problemas económicos, la alimentación y la desocupación están íntimamente ligados a los problemas de salud y a la posibilidad de mantenernos sanos. Muchas respuestas relacionaron la salud con la capacidad de organización colectiva para hacer frente a los problemas y exigir conjuntamente al Estado que se garantice el derecho a la salud, planteando la necesidad de acciones políticas para hacer cumplir este derecho como parte de la lucha de los movimientos. En este sentido podemos decir que se desarrolló una conciencia sanitaria colectiva. Este hecho da cuenta de la resiliencia comunitaria y cómo a partir de ella se generan procesos de resistencia y lucha colectiva.

(ver Gráfico 2)

#### Estrategias de protección en salud:

La importancia de la prevención, el cuidado de la salud y la necesidad de socializar la información en los barrios fueron aspectos centrales desarrollados y reapropiados en el taller. La necesidad de generar estrategias de protección de la salud se condensan en que “no hay que esperar hasta llegar a una situación de urgencia, sino que hay que hacer algo todos los días para mantenerse sano y realizar controles periódicos de la salud aunque no se tenga síntomas de ningún malestar”, destacando la problemática de la equidad en el acceso.

La alimentación aparece en su dimensión política como algo fundamental relacionado con la salud, y el acceso a los alimentos que cada uno necesita según su edad y su estado, como parte de la lucha por el derecho a la salud. Una compañera del MTD lo sintetiza muy bien esta situación, nos dice que “para mantenerse sano hay que comer todos los días”.

En este eje, también se visualizan otros aspectos subjetivos: el bienestar, el poder disfrutar, tener momentos placenteros y el compartir cosas con los demás ayuda a mantener la salud. Como parte constitutiva del cuidado de la salud aparecen: la lucha por el derecho a la salud, la organización, el conocimiento y la exigencia de los derechos, la concientización, el desarrollo de poder popular, la resistencia, la unidad y el despliegue de recursos y potencias colectivas. La importancia de trabajar en red con otros sectores que compartan la posición, como algunos trabajadores de la salud y estudiantes, se muestra como fundamental para potenciar el trabajo y multiplicar la efectividad de las acciones.

(ver Gráfico 3)

#### Expectativas:

Las expectativas estuvieron mayormente relacionadas

con aprender, capacitarse y poder transmitirlo al barrio para empezar a solucionar los problemas de salud. El 80% de las y los agentes promotores en salud dijeron llevarse conocimiento sobre prevención en algunas problemáticas de la salud y herramientas para volver al barrio, socializar los conocimientos y trabajar desde otro lugar. El 70% dijo llevarse una experiencia importante de compañerismo, alegría, amistad, intercambio y unidad con compañeras y compañeros de otros movimientos en un espacio de diálogo, aprendizaje y respeto mutuo. El 35% opinó que participó de un espacio donde conoció sobre los derechos y se analizaron los aspectos políticos de la salud y la necesidad de luchar por una salud digna como parte de la lucha por el cambio social.

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

Otros indicadores de impacto y trascendencia del dispositivo

Se han alcanzado los resultados esperados en el diseño del programa en relación a los siguientes ejes:

- Socialización y apropiación de los conocimientos.
- Realización de diagnósticos comunitarios en los distintos territorios.
- Conformación de grupo estable de promotores por movimiento.
- Vinculación con los centros de salud en los territorios.
- Desarrollo de tareas de prevención y promoción en los movimientos.
- Gestión de recursos para el trabajo en salud frente al Estado.
- Difusión de la actividad a través de la construcción colectiva de un video sobre la experiencia del taller que ha sido presentado en distintos lugares.

Luego de finalizado el taller, se continuó con un monitoreo estratégico y participativo de las tareas de trabajo de campo de cada uno de los movimientos que aún hoy continúa. Se generaron espacios de evaluación, intercambio y transferencia post taller para sostener el trabajo en salud de las y los promotores. A continuación citamos algunas de las acciones relevadas. En agosto de 2005, se realizó la apertura de una posta sanitaria en el Barrio Itatí de Pergamino, con este fin se gestionaron recursos ante el Ministerio de Salud de la Prov. de Buenos Aires y la Secretaría de Salud del Municipio de Pergamino. La posta cuenta con la coordinación de una promotora de salud que se formó en el taller. A través del trabajo en red con el centro sanitario, una médica

generalista y una enfermera visitan semanalmente el lugar desarrollando desde allí trabajos de prevención y promoción de la salud. En Berazategui, se realizó un taller sobre salud con jóvenes adolescentes integrantes de uno de los movimientos participantes coordinado por uno de los promotores. En Avellaneda se gestionó un cronograma de visita de un móvil sanitario que realizara estudios ginecológicos en las zonas distantes de los centros de salud. En Gorina, las promotoras de salud hicieron un relevamiento en los comedores comunitarios para la detección de niñas y niños desnutridos, y se acompañó a las familias en el ingreso a los programas alimentarios correspondientes. En Lanús, el grupo de promotores coordinó junto a trabajadores de la salud charlas sobre la salud mental. En Almirante Brown las promotoras trabajaron en coordinación con trabajadores de centro de salud sobre diferentes problemáticas de la salud.

## COMENTARIOS FINALES

En el contexto dominado por el capitalismo global, la situación de emergencia sanitaria junto a otras como la habitacional o laboral afectan las condiciones de vida y salud. El modo de vida está determinado por la realidad histórica de existencia de los grupos sociales. La operatoria ideológica que legitimó los discursos de las privatizaciones, de la tercerización de las prestaciones, del desmantelamiento del sector y de los programas compensatorios para los pobres, se inscribe en el marco de la episteme dominante. Se habilita de este modo condiciones de posibilidad para pensar, conocer y hacer en este momento histórico cultural que fundamentaron las políticas de exclusión. El sufrimiento y el maltrato se instalan en los espacios sociales y de salud pública. En el contexto de hegemonía, los ámbitos de pensamiento crítico no prosperaron frente al avance de los discursos tecnocráticos, particularmente de científicos sociales que participaron de las agendas neoliberales y suscribieron programas del Banco Mundial, FMI y otras agencias. Las prioridades gubernamentales fueron el pago de la deuda, la estabilidad monetaria y el recorte del gasto público. En este contexto y como resistencia con centralidad en la lucha contra la desocupación, los MTDs incorporan demandas de Salud. Se multiplican los sentidos sobre las necesidades, las identidades colectivas, las diversidades y surgen nuevas demandas al Estado: producción pública de medicamentos, integralidad en el diseño de políticas sociales, control participativo del destino del presupuesto de salud, socialización de la información sobre programas, ampliación y adecuación de la infraestructura, equidad en el acceso a las prestaciones y cobertura total y gratuita por derecho de ciudadanía. Estas exigencias que desde los MTDs dirigen al Estado, van en contra de todo proceso de burocratización o delegación, que distancia a los usua-



rios del sistema de salud arrojándolos muchas veces a la enfermedad y la muerte.

La articulación de colectivos universitarios de docentes y estudiantes de varias facultades, de referentes de distintos movimientos y de efectores de salud en el Dispositivo Taller de Promotores de Salud, constituye una gestión asociada que fortalece el estatuto de ciudadanía, propiciando la defensa de los derechos vulnerados. Los procesos subjetivos y las identidades colectivas de los participantes se desplegaron en los momentos diversos de esta investigación acción participativa. La heterogeneidad grupal no constituyó un límite, por el contrario reforzó la cooperación en las tareas y la escucha de diversas perspectivas de género, generacionales y de saberes y prácticas científicas y populares. Diversidad en la totalidad del acontecimiento que se instala en el Taller. La evaluación ex ante y ex post muestra los corrimientos en la conceptualización de salud, en la percepción de problemas sanitarios y del lugar de la gestión participativa, con efectos en dos dimensiones valorativas que permiten: compartir construcciones de salud integral, no sólo de la enfermedad, y jerarquizar las determinaciones sociales que intervienen en la salud estructurando las inequidades y afectando de manera desigual a mujeres y varones y en diferentes edades. La instalación de problemas, antes naturalizados o negados como la violencia sobre las mujeres, la salud sexual y reproductiva, las adicciones, los problemas mentales y los ambientales, emergen como nudos críticos junto a los emergentes de la desnutrición infantil o las enfermedades infecciosas o cancerígenas. La posibilidad de que algo peor suceda, como la indigencia extrema, pura sobrevivencia, alienta a la participación en busca de alternativas, a resistir frente a lo traumático que irrumpe y desestabiliza los anclajes de la vida social y subjetiva. Se posibilitan otros procesos subjetivantes, otros espacios a construir con la potencia del grupo promotor.

Las técnicas implementadas en la perspectiva de la IAP y la Educación Popular fueron facilitadores para construir colectivamente diagnósticos, evaluar talleres, planificar estrategias de gestión-negociación. Algunas técnicas y recursos fueron reapropiados para replicar otros talleres u otras modalidades locales de participación en salud, resultando un indicador de impacto favorable de la IAP.

En los actores universitarios se incrementa la posibilidad de revisar los presupuestos teóricos, las certezas, los lenguajes y favorecer escenarios innovadores de intercambio en una apuesta al compromiso social y ético.

En el contexto de los Movimientos de Trabajadores Desocupados, la organización de acciones forman parte de una autogestión de la iniciativa popular, de los derechos ciudadanos, del control y el poder sobre los recursos y las decisiones, y del señalamiento de las necesidades y sus satisfactores. Es en este sentido que

la autogestión se despliega desde una posición autónoma, donde los problemas y las estrategias de resolución son pensadas desde los verdaderos implicados. Las características de estos proyectos autogestivos en salud no tienden a desvincular al Estado de sus responsabilidades como garante de la salud poblacional reemplazando funcionalmente lo que el Estado debe garantizar, sino que desarrollan procesos de concientización y acción popular en salud. De este modo, la relación con el Estado, las demandas, la exigencia de cumplimiento del derecho a la salud y las gestiones de recursos, son parte de la integralidad de las estrategias autogestivas de los MTDs contra los procesos de cooptación. Esto es posible por la conjunción de tres niveles en los que se expresa la resistencia y la lucha: 1- el trabajo en territorio que parte de la necesidad urgente de evitar enfermar, evitar morir, y de bienestar; 2- el trabajo reivindicativo de recuperación de la garantía estatal sobre el derecho a la salud de los sectores expulsados por la desocupación; 3- el trabajo político-integral que va más allá al intentar imaginar y crear todos los días otro mundo donde los nadie quepan.

Los nexos que posibilitaron el taller se reactualizan en continuidades-discontinuidades de acciones locales o de redes y los efectos de sentido están abiertos no clausurados. Las diversidades, las tensiones, las identidades colectivas, los proyectos participativos, las potencialidades de la acción en el espacio público posicionan a los actores sociales en un horizonte no de tutela y asistencia, sino de desafíos existenciales y emancipatorios de autonomía.

**Gráfico 1:**

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

**Gráfico 2:**

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

**Gráfico 3:**

<b>Cómo cuidar la salud:</b>	<b>Ex ante</b>	<b>Ex Post</b>
Con prevención y educación para la salud para mantenernos sanos. Cuidando y valorando la salud.	29%	72%
Realizando controles periódicos de la salud	29%	42%
Teniendo acceso a una buena alimentación	29%	39%
Compartiendo con los demás, disfrutando de la vida, teniendo tranquilidad, siendo feliz, haciendo actividades recreativas. Conservando la salud mental	18%	25%
Organizándonos, uniéndonos para exigir nuestros derechos, generando conciencia, aprovechando nuestros recursos y potencias	0%	17%
<b>Estrategias para resolver los problemas de la salud:</b>	<b>Ex ante</b>	<b>Ex Post</b>
Realizar tareas prevención y promoción de la salud, socializar los conocimientos sobre salud, desarrollar conciencia sanitaria en nosotros y nuestros vecinos y compañeros.	35%	73%
Organizándonos para exigir nuestro derecho a la salud. Unidad, lucha y resistencia por una salud digna. Acciones conjuntas. Búsqueda de recursos. Compromiso, solidaridad y respeto.	45%	72%
Trabajar en red con trabajadores de la salud, vecinos y compañeros y compañeras de otros movimientos y sectores.	9%	22%

## BIBLIOGRAFÍA

- Baró, I.: *Psicología de la Liberación*, Editorial Trotta, España, 1998.
- Beck, U: *La sociedad del riesgo: hacia una nueva modernidad*, Ed Paidós, Barcelona, 1998.
- Bourdieu, P. y Wacquant, L.: *Respuestas: Por una Antropología Reflexiva*, Grijalbo, México, 1995.
- Breilh, J.: *Epidemiología Crítica. Ciencia emancipadora e interculturalidad*, Lugar Editorial, Buenos Aires, 2003.
- Castoriadis, C.: *El avance de la insignificancia*, Eudeba, Buenos Aires, 1997.
- Fals Borda, O.: *Conocimiento y poder popular. Lecciones con campesinos de Nicaragua, México y Colombia*, Punta de Lanza - Siglo XXI, Colombia, 1985.
- Freire, P.: *Pedagogía de la autonomía*, Siglo XXI, México, 1997.
- Hill Collins, P.: *Black Feminist Thought Knowledge, Consciousness and the Politics Of Empowerment*, Routledge, New York, 1991.
- Hinkelammert, F.: *Los derechos humanos en la globalización*, Ediciones DEI, San José, 1997.
- Holloway, J.: *Cambiar el mundo sin tomar el poder. El significado de la revolución hoy*, Ediciones Herramienta y Universidad Autónoma de Puebla, Buenos Aires, 2002.
- Morin, E.: *Ciencia con conciencia*, Bertrand Brasil, Río de Janeiro, 1996.
- Montero, M., Balcázar, F. y Newbrough, J. (ed.): *Modelos de psicología comunitaria para la promoción de la salud y prevención de enfermedades en América Latina*, Serie Paltex Salud y Sociedad, OPS-OMS, 2000.
- Ribeiro, M.: "Exclusión. Problematicación del concepto", en *Rev. Educação y Pesquisa*, Vol. XXV, Nº 1, Sao Paulo, 1999.
- Sopransi, M.B.: "Prácticas autogestivas colectivas y estrategias de autoprotección de la salud", en *Memorias de las XII Jornadas de Investigación y Primer encuentro de investigadores del Mercosur. Avances, nuevos desarrollos e integración regional*, Tomo II, Fac. de Psicología - UBA, Buenos Aires, 2005, págs. 136 a 138.
- , Veloso, V., Sasía, R., Udrisard, G.: "Nuevos Movimientos Sociales y Salud. Estudio acerca de la percepción de la salud y la atención sanitaria en Movimiento de Trabajadores Desocupados (M.T.D.) de zona sur del Gran Buenos Aires", *Memorias de las X Jornadas de Investigación "Salud, educación, justicia y trabajo"*, Tomo I, Fac. de Psicología-UBA, Buenos Aires, 2003, págs. 459-462.
- Zaldúa, G., Sopransi, M.B. y Veloso, V.: "La praxis psicosocial comunitaria en salud, los movimientos sociales y la participación", en *XII Anuario de Investigaciones de la Fac. de Psicología de la UBA*, Año 2004, Secretaría de Investigaciones, Buenos Aires, 2005.
- Žižek, S. y Jameson, F.: *Estudios culturales: reflexiones sobre el multiculturalismo*, Paidós, Buenos Aires, 2001.

Fecha de recepción: 19 de diciembre de 2005

Fecha de aceptación: 21 de agosto de 2006