



UNIVERSIDAD NACIONAL DE LA PLATA

FACULTAD DE PERIODISMO Y COMUNICACIÓN

Trabajo de Tesis realizado como requisito para optar al título de
DOCTORA EN COMUNICACIÓN



**Organizaciones sociales y salud: un análisis de prácticas y
sentidos**

Autora: MARIELA CARDOZO

Director: ALFREDO ALFONSO

Co-Directora: SUSANA ORTALE

Septiembre de 2015

INDICE

INTRODUCCIÓN	5
Construcción del Objeto.....	6
Recorrido por la estructura del trabajo.....	9
1- SISTEMA Y POLITICAS DE SALUD EN ARGENTINA	11
1.1 – Presentación.....	11
1.2 - Situación económica, política y social a partir de 2003.....	13
1.3 - La salud en Argentina.....	15
1.4 - La Salud en el municipio de Berisso.....	24
1.5 - A modo de cierre.....	29
2- PRÁCTICAS SOCIALES Y TRANSFORMACIÓN DEL ORDEN SOCIAL	30
2.1- Hacia la comprensión de los procesos de organización social y salud.....	30
2.1.1-Perspectivas para la comprensión de los procesos de movilización y organización social.....	30
2.1.2- Organizaciones sociales y salud.....	38
2.1.3- Comunicación y salud.....	44
2.2- Transformación/conservación del orden social.....	47
2.2.1- La política y lo político.....	47
2.2.2- No todo es político.....	49

2.2.3- Las prácticas sociales.....	51
2.2.4- Los sentidos.....	57
3- MÉTODO ETNOGRÁFICO Y PROCESO DE TRABAJO.....	59
3.1. Perspectiva cualitativa. Método etnográfico.....	59
3.2- Identificación del problema.....	60
3.3- Criterios de selección de los contextos y los casos.....	62
3.4- Sobre el desarrollo del trabajo de campo.....	63
3.5- El método etnográfico y las técnicas empleadas.....	65
3.6- El lugar de los/as investigadores/as en las relaciones de campo.....	67
3.7- Sobre prácticas y sentidos.....	69
3.8- Las técnicas de análisis.....	70
4- LAS ORGANIZACIONES.....	76
4.1- Barrios de Pie.....	77
4.1.1- Caracterización general.....	77
4.1.2- Estructura y organización del Área salud nacional.....	88
4.1.3- Área de salud de la Regional La Plata.....	92
4.2- Frente Popular Darío Santillán.....	97
4.2.1- Caracterización general.....	97
4.2.2- Organización del Espacio de Salud de la Regional La Plata.....	110
4.3- Puntos para la discusión	117

5- LAS ORGANIZACIONES EN LOS BARRIOS	121
5.1- Caracterización de los barrios.....	121
5.2- Trayectorias de las organizaciones en los barrios.....	129
5.2.1- Barrios de Pie en El Carmen.....	129
5.2.2- El espacio de salud del FPDS en Villa Argüello.....	133
5.3- A modo de cierre.....	138
6- LAS PRÁCTICAS EN SALUD	140
6.1- Sobre las actividades de Barrios de Pie en El Carmen.....	140
6.2- Sobre las actividades del Espacio de Salud del FPDS en Villa Argüello.....	151
6.3- Puntos para la discusión.....	168
7- DIMENSIÓN SIMBÓLICA DE LAS PRÁCTICAS EN SALUD	183
7.1- Salud integral: proceso de construcción colectiva.....	184
7.2- Salud como eje de disputa política.....	195
7.2.1- Salud como excusa para generar/fortalecer procesos de organización colectiva.....	198
7.2.2- Salud nutricional y disputa a partir de la apropiación de herramientas de la biomedicina.....	207
7.3- Recapitulando.....	216
REFLEXIONES FINALES	218
BIBLIOGRAFÍA	235

INTRODUCCIÓN

Esta tesis, situada en el campo de la comunicación, centra la mirada en los procesos simbólicos, en los procesos de producción y negociación de sentidos que construyen integrantes de organizaciones sociales sobre la salud y sobre sus prácticas en torno a ella. Centrar la mirada en los procesos de producción y negociación de sentidos implicó comprender de manera integral estos procesos, comprenderlos en el terreno de la cultura, producidos por sujetos históricos y sociales, situados en un tiempo y en un espacio específicos, en el marco de las construcciones políticas de las organizaciones y en diálogo constante con los sentidos dominantes sobre la salud.

En esta tesis se establece un diálogo constante con otros campos disciplinares como la sociología, la antropología y la ciencia política, debido a que el objeto abordado está vinculado a problemáticas de carácter social y político abordadas fuertemente en esos otros campos.

Así, los trabajos desarrollados por autores enmarcados en los estudios culturales latinoamericanos, como Néstor García Canclini, Jesús Martín Barbero, Rosana Reguillo, Jorge González Sánchez, fueron un apoyo fundamental y una guía en el recorrido.

La recuperación de aportes teóricos vinculados a otros campos disciplinares posibilitaron la contextualización teórica necesaria para comprender la complejidad del objeto y para avanzar en la focalización de los procesos simbólicos.

Es por ello que los/as lectores/as encontrarán aportes de distintos campos, abonando a la tradición del campo de la comunicación que se ha nutrido, a partir de los estudios culturales latinoamericanos, de los aportes de distintas disciplinas sociales que tienen una preocupación central por comprender los procesos de producción de la cultura.

Construcción del objeto

La presente tesis consiste en el análisis de las prácticas en torno a la salud realizadas por organizaciones sociales y de los sentidos que sus integrantes le asignan a ellas y a la salud. Se tomará el caso del Espacio de salud de la Regional La Plata del Frente Popular Darío Santillán en el barrio Villa Argüello (Berisso) y del Área de salud de la Regional La Plata de Barrios de Pie en el barrio El Carmen (Berisso), en el período 2010-2012. En particular, los interrogantes que guían el estudio apuntaron a conocer los sentidos asignados a dichas prácticas por los/as integrantes de las organizaciones, en relación con los sentidos dominantes sobre la salud, priorizando el modo en que los proyectos políticos de las organizaciones se presentan en dichas prácticas.

Se utilizó una metodología cualitativa, tomando elementos del método etnográfico. Durante los años 2010- 2012 se realizó un prolongado y sistemático trabajo de campo acompañando las actividades del área/espacio de salud de las organizaciones en los territorios seleccionados. Durante todo el proceso se realizaron intercambios/devoluciones de la información relevada y analizada a integrantes de las organizaciones, respondiendo a demandas específicas. Estos intercambios se contemplaron desde el inicio del estudio.

En este trabajo de tesis, con un fuerte anclaje en los materiales empíricos, se caracterizan ambas organizaciones y sus área/espacio de salud con el fin de enmarcar y comprender las prácticas en torno a la salud realizadas en los territorios específicos, y ahondar en la dimensión simbólica, entendiendo que prácticas y sentidos están estrechamente relacionados y que su distinción se realiza con fines analíticos.

En este recorrido, fueron centrales los aportes teóricos de Mouffe y Laclau en torno a lo político y la política, los aportes de Martín Barbero, García Canclini, González Sánchez, Guber, Reguillo y Huergo en torno a los procesos de producción de sentidos y construcción de los procesos de hegemonía; los aportes de Bourdieu y De Certeau para pensar las prácticas, las estrategias y las tácticas; los aportes de Ferrara, Menéndez, Testa, Rovere, Escudero, Basile y Gollán para pensar los procesos de salud y la conformación del sistema y las políticas de salud actuales.

La construcción del objeto de estudio propuesto para esta tesis, inscripta en el Doctorado en Comunicación, se conformó a partir de distintos procesos de trabajo vinculados a

actividades de docencia, investigación y extensión universitaria, y también de diálogos compartidos con otros/as colegas en distintos espacios de trabajo.

Cabe mencionar dos procesos de trabajo desarrollados previamente al diseño del plan que condujo a esta tesis. Por un lado, la realización de la tesis de grado para la Licenciatura en Comunicación Social desde la perspectiva de la investigación acción, en la que se analizaron las redes de relaciones entre organizaciones que realizaban trabajo territorial en un barrio del partido de Berisso. Y por otro lado, la participación durante varios años en un Proyecto de Extensión de la Facultad de Periodismo y Comunicación Social de la Universidad Nacional de La Plata, desde el que se gestionó un “Curso de formación de promotores/as de salud”, respondiendo a una demanda de organizaciones sociales del Gran La Plata con las que se venían trabajando problemáticas vinculadas a derechos humanos.

Estos dos procesos contribuyeron a delimitar el problema, despertando el interés por las prácticas en salud que se desarrollaban en los territorios, más allá de la formación que los/as referentes tuvieran sobre esas temáticas. Por ello es que en este estudio, que contó con el financiamiento de la Comisión de Investigaciones Científicas de la Provincia de Buenos Aires, se trabajó en el análisis de las prácticas territoriales en salud y los sentidos en torno a ella construidos por organizaciones sociales, para a partir de allí poder pensar otros procesos similares y reflexionar sobre la construcción colectiva de la salud y la posibilidad de gestionar nuevas prácticas, distintas a las hegemónicas.

Asimismo, enriqueció la mirada hacia este objeto de conocimiento, transitar espacios de investigación y docencia en la Facultad de Periodismo y Comunicación Social de la Universidad Nacional de La Plata (UNLP), y en distintos espacios vinculados a la educación popular.

La formación de grado en el campo de la comunicación social y el trabajo desarrollado con organizaciones sociales en temas de salud desde la perspectiva de la Educación Popular, orientó la realización de este estudio que devino en tesis doctoral, en la que confluyen dos inquietudes principales. Por un lado aquella vinculada a los procesos de producción y negociación de sentidos, a la cultura, a las disputas simbólicas en el marco de procesos de construcción de hegemonía en las que las organizaciones sociales tienen un rol central; y por otro, aquella vinculada a la salud como construcción social y colectiva, como

responsabilidad del Estado, pero también de los y las integrantes de la sociedad, tal como se entiende desde el enfoque de la salud colectiva.

El recorrido previo en torno a la temática de salud, especialmente el trabajo en el marco del Curso de Formación de Promotores/as de Salud para referentes de organizaciones, realizado en función de sus intereses y demandas, motivó el interés por indagar acerca de lo que sucedía con relación a las prácticas concretas vinculadas a la salud en los territorios, luego de realizado ese curso. Del mismo modo, motivó a indagar que sucedía con otras organizaciones que no habían participado del curso pero que también trabajaban temas de salud (cuyo número excede a las que se estudian en esta tesis).

Si bien las temáticas de salud no fueron centrales o fundantes en los reclamos iniciales de estas organizaciones, en el contexto de movilización social de fines de los 90 y principios de 2000, estuvieron presentes. Tal como lo observa Grimberg (2005, 2009), el contexto de movilización promovió un espacio de visibilización social y politización de problemáticas de salud, que se constituyeron en espacio de resistencia, en *eje organizador* de prácticas y actores, y en *eje movilizador* en la coyuntura.

El análisis de los espacios/áreas de salud de las organizaciones abordadas permitió comprender cómo organizaciones que se distinguen en su posicionamiento político, desarrollan sus propuestas en territorios específicos, cuáles son los temas y las formas de abordaje, qué articulaciones mantienen con los distintos actores del Estado; y de qué manera la salud constituye un eje de reivindicación y de construcción de alternativas en los distintos territorios, y una práctica política.

También permitió recuperar los sentidos que circulan en torno a la salud, en los que se pone de manifiesto su dimensión colectiva, su integralidad, su dimensión estratégica para articular con otros espacios y sectores y para la construcción de estrategias políticas. Estos sentidos que se ponen en circulación están en diálogo constante con los sentidos hegemónicos acerca de la salud.

Los territorios se presentan como espacios de intervención, pero también como entramados de sentidos en los que distintos actores disputan por la realización de sus proyectos. Allí, la salud constituye un punto de partida para problematizar determinadas prácticas y

situaciones que ubicamos, en términos de Mouffe, en el ámbito de lo social sedimentado, permitiendo el tránsito de lo político hacia el campo de la política.

Recorrido por la estructura del trabajo

En el primer capítulo se presenta una breve descripción de la situación social y política de la Argentina, especialmente a partir del proceso iniciado en 2003 con el gobierno de Néstor Kirchner. Asimismo, se caracteriza globalmente el sistema de salud y las políticas de salud en Argentina, incluyendo las que corresponden al municipio de Berisso.

En el capítulo 2 se retoman los debates sobre movimientos sociales, recuperando brevemente la corriente de la identidad y la de la movilización de recursos y oportunidades políticas. Luego, se realiza un breve recorrido por los trabajos que abordan empíricamente el estudio de los movimientos sociales en Argentina, y especialmente de los que tienen por objeto las acciones en salud de distintos colectivos sociales. Del mismo modo, se recuperan los estudios y debates que se han generado en el campo de la comunicación en torno a problemáticas de salud.

Finalmente se recuperan los debates teóricos que permiten definir las categorías de análisis para comprender los procesos estudiados. Se comienza con las discusiones sobre la institucionalización/transformación del orden social, distinguiendo entre la política y lo político, para luego dar cuenta del concepto de hegemonía y la construcción de prácticas y sentidos.

En el capítulo 3 se explicitan las principales decisiones metodológicas tomadas dentro de la perspectiva cualitativa. Se describe el proceso de construcción del problema de estudio, mencionando el recorrido previo y los sucesivos ajustes que ha sufrido en el marco de una beca de formación doctoral. Se hace foco en las decisiones tomadas durante el proceso de investigación, la selección de los casos, contextos y fechas (Valles, 1995), las estrategias y técnicas utilizadas y los criterios de recolección de información y análisis.

En el capítulo 4 se presenta una caracterización general de las organizaciones, considerando sus inicios y desarrollo, objetivos, modo de organización y toma de decisiones, las relaciones con actores estatales y otras organizaciones. Para ello, el

principal insumo fueron los documentos producidos por las organizaciones, información existente en las páginas web y la información surgida de las entrevistas realizadas a integrantes de las organizaciones. También se consideran trabajos académicos que tienen a estas organizaciones como objeto de indagación.

En el capítulo 5 se caracterizan los barrios seleccionados del municipio de Berisso y los recorridos de las organizaciones en ellos, dando cuenta de su conformación y desarrollo, las relaciones con las dependencias estatales y con otras organizaciones en el contexto local.

En el capítulo 6 se describen y analizan las prácticas en salud en el marco de la construcción social y política propuesta por las organizaciones. Para ello se toman como base, principalmente, los registros de las observaciones de campo.

En el capítulo 7 se aborda la dimensión simbólica de dichas prácticas en torno a la salud. Se recuperan y ordenan los sentidos sobre la salud que se ponen en circulación desde las propuestas de las organizaciones, y los que los integrantes le asignan a sus prácticas y a la salud, en relación con los sentidos dominantes sobre la salud. La separación entre prácticas y sentidos se realiza sólo con fines analíticos.

Por último se presentan las reflexiones finales en las que se aborda el recorrido por el proceso de investigación, los principales ejes del análisis realizado y las posibles líneas de indagación que surgen del trabajo.

1- SISTEMA Y POLÍTICAS DE SALUD EN ARGENTINA

1.1-Presentación

Con el fin de enmarcar el contexto del estudio, se realiza una breve descripción de la situación social y política de la Argentina, especialmente a partir del proceso iniciado en 2003 con el gobierno de Néstor Kirchner y continuado en el de Cristina Fernández. Se caracteriza el sistema de salud¹ en Argentina y las políticas de salud nacionales y de la provincia de Buenos Aires, especificando las que se llevan a cabo en el municipio de Berisso.

Esto se realiza para comprender, por un lado, las condiciones y complejidades del sistema de salud, los avances realizados desde el Estado en términos de políticas y legislación en los últimos años; y por otro, a qué refieren las organizaciones cuyas prácticas en salud analizamos, Barrios de Pie y el Frente Popular Darío Santillán, cuando señalan que las políticas actuales en salud no producen cambios de fondo, y expresan la necesidad de un cambio estructural en el sistema de salud.

La importancia del contexto radica en que la visibilización de los reclamos y actividades de distintas organizaciones por derechos sociales, entre los que aparece la salud, se desarrolló en el marco de los procesos de movilización social desatados desde mediados de los noventa, e intensificados a partir de la crisis social, política e institucional de 2001. En dicho contexto se politizaron los reclamos por este tipo de derechos (Grimberg, 2005) y se desarrollaron actividades vinculadas a temas de salud por parte de distintas

¹ Spinelli (2010) propone utilizar el concepto de campo en vez de sistema, entendiendo como tal la convergencia de actores, recursos, problemas e intereses que conforman una red de relaciones, con autonomía relativa, en el que los diferentes agentes luchan por la consolidación, o por la apropiación y el predominio de uno o más capitales. Si bien se acuerda con esta definición, aquí mantendremos la noción de sistema porque resulta más gráfico para dar cuenta de la conformación.

organizaciones². Una vez atenuada la crisis, muchas continuaron teniendo fuerte presencia en los territorios en los que se insertaron con otras actividades que articulaban las temáticas de salud, apuntando a la construcción política a partir de ellas.

Pereira (2011), al referirse a las transformaciones de la protesta social durante el período 1989-2003, señala que hubo un pasaje de un tipo de demanda vinculado a reivindicaciones particulares a otro de carácter más general, -mostrando estas últimas el incremento de una crisis sistémica-. Podemos agregar que a partir de 2003-2004, esas demandas más generales por derechos sociales dieron paso a demandas de tipo reivindicativas -por trabajo o por planes sociales-, y al diseño de propuestas de acción, reforzando en los últimos años la organización política y sus estrategias de participación política³.

En este sentido, Svampa (2006) señala que a principios de 2003, el declive de las movilizaciones así como la fragmentación en el campo de las organizaciones de desocupados, fueron diluyendo la expectativa de una “recomposición política desde abajo”, para dar paso a lo que denomina “demanda de orden y normalidad”. En este marco, afirma que las primeras iniciativas políticas de Néstor Kirchner generaron amplias expectativas sociales y recolocaron al sistema institucional en el primer plano. Como es sabido, entre las primeras medidas implementadas se destacan el descabezamiento de la cúpula militar y el recambio de la Corte Suprema de Justicia, asociada a la mayoría automática de los '90. Asimismo, Kirchner asumió como política de Estado la condena de la violación de los derechos humanos ejercida durante la última dictadura militar, e impulsó una política de la memoria, dos cuestiones sumamente ligadas a la lucha desarrollada por las organizaciones de derechos humanos en Argentina.

² Durante 2002, surge el Primer Foro Social de Salud y Ambiente que convoca a diversas organizaciones sociales y políticas. “Es un colectivo o coalición de organizaciones de la sociedad civil integrado por movimientos sociales, ONGs, sindicatos, organismos de derechos humanos, instituciones académicas, movimientos campesinos y de pueblos indígenas-origenarios, feministas, ambientalistas, universidades públicas, organizaciones de usuarios, y de ciudadanos en general que nos unimos para luchar por el Derecho a la Salud Colectiva de los Pueblos y por los derechos económicos, sociales y culturales en su carácter universal e integral” (<http://www.forosocialsaludargentina.org/es/template.php>). A nivel mundial, la preocupación por la salud se manifiesta en la realización de los Foros Mundiales de Salud (2005, 2007, 2009, 2011 y 2013), cuyos ejes de discusión giran en torno al derecho a la salud, la seguridad social, la cobertura universal y la articulación del trabajo territorial.

³ Desde Barrios de Pie se reconocen estos momentos en las trayectorias de las organizaciones sociales. Así, en un material de presentación del área de salud en el Foro Social de Salud de Argentina se señalan tres grandes momentos: Periodo de Resistencia (2000-2003), De la Resistencia a la Propuesta (2003-2007) y Nueva Representación Política para Transformar (2007-Actualidad).

En ese marco, los distintos grupos movilizados fueron definiendo el sentido y el rumbo que darían a sus prácticas, por lo cual, las diferencias y heterogeneidades comenzaron a ponerse de manifiesto y las estrategias utilizadas fueron adecuándose al nuevo contexto⁴. En ese proceso de realineaciones y alianzas, algunas organizaciones se sintieron más afines a las políticas propuestas desde el gobierno, mientras que otras adoptaron posiciones más distantes. Las organizaciones cuyas prácticas en salud se analizaron en este estudio mantienen una posición distante con el Gobierno Nacional, aunque una de ellas participó activamente de la gestión gubernamental durante el período 2003-2008, alejándose posteriormente.

El pasaje del reclamo a la propuesta y a la disputa política también marcó la relación de estas organizaciones con el Estado, quién en muchas oportunidades financió y posibilitó sus actividades, aún sobre la base de una relación conflictiva y de confrontación, constituyéndose en un ámbito de disputa y construcción. Este escenario es también visualizado desde las instituciones del Estado. En un documento del Ministerio de Desarrollo Social de Nación en el que se reflexiona sobre el rol de las organizaciones sociales en relación al Estado, se señala que pasado el período de resistencia comenzó a afianzarse un escenario que posibilita y reconoce la importancia de construir participación política en distintos frentes. Se señala que las organizaciones “sin abandonar el trabajo en lo social, también se animan a la participación en la política partidaria, a la gestión estatal, a la construcción de articulaciones con actores políticos”. (Borri y Prevotel, 2014:6)

1.2- Situación económica y política a partir de 2003

Si bien la crisis de 2001 puso fin al régimen de Convertibilidad, existen diversas posturas sobre el cambio de modelo de acumulación. En este sentido, Varesi (2010) considera que hubo un cambio de modelo, llamando a este último “modelo de acumulación posconvertibilidad”; Katz (2010) hace referencia a un nuevo modelo aunque reconoce que puede ser una caracterización exagerada; Castillo y Lizarrague (2009) no hacen referencia

⁴ Svampa (2006) vincula la fragmentación del espacio militante que se había conformado luego de la crisis de 2001 con dos procesos. Por un lado, la incorporación al gobierno de dirigentes provenientes de organizaciones de derechos humanos, piqueteras, campesinas y de fábricas recuperadas, vinculadas a la tradición nacional-popular, y por otro, y en simultáneo, la invisibilización y estigmatización de un conjunto de organizaciones críticas del gobierno.

a un modelo sino a un patrón de acumulación posconvertibilidad, al mismo tiempo que afirman que el discurso gubernamental sostendría que hubo un pasaje de un modelo neoliberal a uno nacional popular. Aquí no se desarrollan las distintas posturas, sino que se mencionan sólo algunas continuidades y rupturas con el modelo anterior para comprender mejor el marco en el que se desarrollan las prácticas que se analizan en este estudio.

Katz (2010) sostiene que el modelo que rige desde 2003 no introduce cambios sustanciales en lo que refiere al perfil productivo tradicional de Argentina, puesto que continúa predominando el sector agrícola. Sin embargo, también reconoce que se han producido cambios de gran magnitud en este período. El autor señala que “dentro de estas continuidades, el modelo contiene giros significativos en la política económica. El tipo de cambio bajo quedó inicialmente neutralizado con la devaluación, la apertura importadora fue sustituida por el énfasis exportador y las privatizaciones perdieron peso frente a la intervención del Estado. Modificaciones del mismo tipo se observan en la política fiscal, laboral, monetaria y financiera. Estos cambios expresan un nuevo equilibrio entre los distintos sectores que integran el bloque dominante. Los privilegios que tenían los bancos se redujeron, la burguesía industrial logró mayor influencia y otros actores ganaron fuerza en el conglomerado agroexportador” (Katz, 2010:1).

Por todas estas cuestiones, señala que el modelo actual se ha distanciado de todas las vertientes usuales del neoliberalismo, puesto que no promueve la apertura comercial, la desregulación laboral y las privatizaciones, ni se basa en atropellos sociales sistemáticos o en medidas continuadas de ofensiva del capital sobre el trabajo y en el plano externo cuestiona el librecomercio y la movilidad de los flujos financieros. Este alejamiento del neoliberalismo es visible en comparación a la convertibilidad y al rumbo seguido por otros países latinoamericanos como Colombia, México o Perú. Pero estas diferencias no han creado el escenario pos-liberal que surgiría de una ruptura radical con la etapa precedente. Para el autor, “la nacionalización de los sectores básicos, la redistribución progresiva de los ingresos y la conversión de la inversión pública en la fuerza motriz de la economía constituirían los pilares de ese viraje” (Katz, 2010:2).

Varios autores coinciden en que el mejoramiento de los indicadores económicos y sociales de la Argentina a partir de 2003 es muy claro, y muestra un cambio histórico con relación a los últimos treinta años (Escudero 2011). En este sentido Golbert (2012) señala que las

transformaciones en el ámbito de la protección social como la estatización del sistema previsional, el avance en la cobertura, el aumento en el número de convenios colectivos firmados y la implementación de la Asignación Universal por Hijo, marcan la preocupación del gobierno por aumentar los niveles de equidad y mejorar la calidad de vida de los/as ciudadanos/as a partir de una fuerte intervención estatal. No obstante, señala que este afán reformista del gobierno nacional no se extendió al conjunto de las políticas sociales.

Escudero (2011) resalta que las políticas públicas en el área salud son escasas si se piensa en comparación con otras políticas realizadas desde 2003, como el default de la deuda externa, la estatización de las AFJP, la “argentinización” del Banco Central, y las asignaciones por hijo o embarazo entre otras políticas sociales. En el mismo sentido, Golbert (2012) señala los grandes cambios implementados en las políticas sociales pero indica que la intervención del gobierno nacional en el campo de la salud –pese a las inequidades existentes– se limitó a implementar políticas públicas de asistencia a los sectores más vulnerables, sin tocar el sistema.

1.3- La salud en Argentina

Como señala Maceira (2011), el sistema de salud en Argentina se encuentra fragmentado desde el punto de vista administrativo (descentralización provincial) y por tipo de cobertura (público, fondos de seguridad social y prepagas)⁵. Pero a su vez la fragmentación se extiende hacia el interior de cada uno de los subsectores. Así el sector público se divide según jurisdicciones -nacional, provincial y municipal-, que no cuentan con la debida coordinación; el sector de la seguridad social se compone de un gran número de instituciones heterogéneas y con distinto alcance; y el sector privado, también incluye organizaciones y servicios de características muy diversas (Centrángolo y Devoto, 2002).

La organización federal del sistema se manifiesta en la asignación y gestión de recursos, siendo los Ministerios de Salud de cada provincia los responsables del presupuesto público

⁵ Para profundizar en la estructura y evolución del sistema de salud Argentino ver: PNUD (2011) “Aportes para el desarrollo humano en argentina / 2011. El sistema de salud argentino y su trayectoria de largo plazo: logros alcanzados y desafíos futuros”; Belmartino (2005) Una Década de Reforma de la Atención Médica en Argentina; Rovere (2004) La Salud en la Argentina: Alianzas y Conflictos en la Construcción de un Sistema Injusto.

del sector en su jurisdicción, con limitada injerencia de la autoridad nacional. Asimismo, la descentralización desde la Nación hacia las provincias y municipios profundizada en los 90 implicó de hecho una *desresponsabilización* del Estado nacional, ya que se transfirieron hospitales y centros de salud junto a los trabajadores de la salud pero no se traspasaron los fondos coparticipables necesarios, con lo cual se potenció aún más la fragmentación con la consolidación de 24 sistemas de salud⁶ (Basile, 2013).

Según expresa Basile (2013), en el sistema de salud argentino encontramos un tipo de protección social y de salud para pobres, otra salud para sectores medios formalizados y otra para ricos a través de su poder de pago (empresas de medicina privada). Así, el sistema, en su propia constitución genera inequidades y desigualdades.

A pesar de los avances realizados en los últimos años, Basile alerta sobre las condiciones estructurales, señalando el aumento de la población que utiliza el sistema público de salud, debido a la falta de cobertura de salud relacionada con la pérdida del trabajo o la precarización laboral. Por este motivo, indica que el sistema se encuentra con una “sobredemanda y emergencia permanente, incapacidad de respuesta integral, priorización de la enfermedad con lógica del Hospital como centro de la atención, abandono de estrategias promocionales y preventivista en los territorios y las familias, deshumanización en el cuidado e inequidades en salud, con un desfinanciamiento crónico de inversión pública” (Basile, 2013:3).

La conformación actual del sistema argentino de salud es el resultado de las tensiones y negociaciones que se fueron alcanzando en su evolución. Por ello es importante pensarlo en perspectiva histórica. Se puede señalar que, en general, las políticas de salud en América Latina estuvieron influidas por los lineamientos impulsados por los organismos de crédito internacionales, reconociéndose que los procesos de reforma neoliberales en el sector salud se dieron en dos momentos. El primero enmarcado en las recomendaciones derivadas del Consenso de Washington y del informe Invertir en Salud del Banco Mundial en 1993, que promulgaban el asistencialismo focalizado. El segundo momento refiere a las reformas actuales de “Segunda Generación”, que incorporaron en sus lineamientos las nociones de *aseguramiento y universalidad* (Basile, 2013).

⁶ El Consejo Federal de Salud (COFESA) creado en 1981 tiene como fin coordinar las acciones en materia de salud en todo el país y está conformado por los ministros de salud de las provincias y el ministro de salud de nación.

Se puede indicar que el aseguramiento en salud está en vinculación con la segunda reforma y en palabras de Laurell (2010:80) “es la continuación de *Invertir en salud*, ya que enfoca la salud principalmente como un problema económico y los servicios médicos como un bien “privado” a ser “consumido” por los individuos”.

Profundizando sobre el sistema de aseguramiento en salud, Basile (2013) alerta sobre los riesgos de los seguros: la fragmentación que divide tanto a prestadores como a usuarios, la creación de competencia y mercados; refuerzo de la segmentación que distingue asegurados pobres, medios y ricos. La mencionada fragmentación y segmentación reduce la posibilidad de brindar una cobertura homogénea.

Maceira (2011) señala que cuando el Estado se compromete a garantizar el derecho al acceso a la salud no solamente debe considerarse la perspectiva de la cobertura que propone garantizar el subsistema público, sino también la capacidad de regulación de los prestadores privados y de la seguridad social, sobre los cuales no tiene autoridad financiera, pero sí regulatoria. En este sentido, el autor considera que la presencia de un fondo único permitiría que la población pueda cubrir sus necesidades, más allá de su capacidad de pago (Maceira, 2011).

En relación al derecho a la salud, en la Constitución Argentina se hace mención al derecho a la salud desde el punto de vista del ‘consumidor’ de bienes y servicios⁷, no obstante, incluye los tratados internacionales de derechos humanos, otorgándoles jerarquía superior a las leyes nacionales. En este sentido, la constitución de la Provincia de Buenos Aires reconoce expresamente el derecho a la salud y a los medicamentos como bienes sociales⁸.

⁷ Así en el artículo 42 se menciona que “los consumidores y usuarios de bienes y servicios tienen derecho, en la relación de consumo, a la protección de su salud, seguridad e intereses económicos; a una información adecuada y veraz; a la libertad de elección y a condiciones de trato equitativo y digno”.

⁸ En el artículo 36 (inciso 8) menciona “La Provincia garantiza a todos sus habitantes el acceso a la salud en los aspectos preventivos, asistenciales y terapéuticos; sostiene el hospital público y gratuito en general, con funciones de asistencia sanitaria, investigación y formación; promueve la educación para la salud; la rehabilitación y la reinserción de las personas tóxicodependientes. El medicamento por su condición de bien social integra el derecho a la salud; la Provincia a los fines de su seguridad, eficacia y disponibilidad asegura, en el ámbito de sus atribuciones, la participación de profesionales competentes en su proceso de producción y comercialización”.

1.3.1- Sobre las políticas de salud y las discusiones sobre la transformación del sistema de salud

En un documento elaborado por PNUD (2011) sobre la evolución del sistema de salud argentino⁹, se señala que a partir de 2001, se inicia un período *de intento de coordinación federal de la salud pública y reposicionamiento de la seguridad social*.

En este período se han puesto en marcha programas para limitar el impacto de la crisis (emergencia sanitaria), con la prioridad de garantizar el acceso de los sectores más pobres a servicios y medicamentos. Se implementó una política nacional de medicamentos, que incluye la Ley de Prescripción de Medicamentos por Nombre Genérico y el programa Remediar (luego ampliado como Remediar+Redes).

Otra de las políticas de gran relevancia desarrollada en este período, es el Plan Nacer que fue implementado en 2005 con el objetivo de disminuir los índices de morbilidad infantil y fortalecer la red pública de servicios de salud. Dicho plan, luego ampliado en el Sumar, está enmarcado en el Plan Federal de Salud, funciona con el esquema de un seguro público en los efectores públicos de todo el país y combina expansión de cobertura e incentivos por resultados. Un dato importante es que tanto el Plan Nacer+Sumar como el Programa Remediar+Redes son financiados por el Banco Mundial, que, como ya se señaló, se constituye como un actor importante en el campo de la salud en nuestra región (Basile, 2013).

⁹ En dicho documento se identifican cinco sub-períodos en la evolución del sistema de salud argentino: *el período de la planificación estatal centralizada (1945-1955)* en el que el sector público comenzó a ocupar un papel central, tanto como prestador, como en el diseño y desarrollo de políticas específicas para el sector; *el período del modelo pluralista de planificación descentralizada (1955-1970)*, en el que El Estado Nacional transfiere responsabilidades a las provincias, se inicia la regulación para la formación de recursos humanos y la regulación del mercado de medicamentos; *el período de la consolidación y crisis del modelo fragmentado (1970-1990)* en el que el sistema se consolida institucionalmente con la extensión de la cobertura de la seguridad social en salud a toda la población en relación de dependencia y el fortalecimiento del sector privado; *el período de la desregulación de los mercados de la salud (1990-2001)*, en el que se fomentó la libre elección que dotaría de mayor competencia al mercado de seguros, y lograría una mayor eficiencia en la asignación de recursos; y *el período de intento de coordinación federal de la salud pública y reposicionamiento de la seguridad social (desde 2001)*.

No se puede dejar de mencionar que la Asignación Universal por Hijo (AUH)¹⁰, implementada en 2009, contribuyó significativamente en la disminución del porcentaje de hogares pobres e indigentes. Dentro de ella se incluye la asignación por embarazo (AUE) que contempla el seguimiento de controles hasta el nacimiento del bebé y durante los tres primeros meses de vida. Como se sabe, la percepción de la AUH/AUE está condicionada a los controles de salud y asistencia escolar, pero tal como señala Kessler (2014) aun queda pendiente analizar su impacto en salud. Esta política va acompañada de la ampliación del Calendario Nacional de Vacunación de Argentina que actualmente cuenta con 19 vacunas gratuitas y obligatorias, de las cuales 13 se incorporaron en la última década¹¹.

Asimismo, desde 2003 hasta la actualidad se ha ampliado considerablemente el marco normativo, sancionándose varias leyes sobre distintas problemáticas de salud, que venían discutiéndose desde años atrás en distintos ámbitos y aún no tenían reconocimiento del Estado; o modificando leyes anteriores que ya se encontraban obsoletas frente a las nuevas realidades. Entre las principales se pueden mencionar: la *Ley 26150 de Educación Sexual Integral*, promulgada en 2006, que establece que todos los educandos tienen derecho a recibir educación sexual integral en los establecimientos educativos públicos, de gestión estatal y privada¹²; la *Ley 25673 de Salud Sexual y Procreación Responsable*; la *Ley 26529 de Derechos del Paciente en su Relación con los Profesionales e Instituciones de la Salud*, promulgada en 2009 (y actualizada con la Ley 26872 promulgada en 2012); la *Ley 26657 de Salud Mental*, promulgada en 2010, que establece la protección de la salud mental de todas las personas, y el pleno goce de los derechos humanos de aquellas con padecimiento mental que se encuentran en el territorio nacional; la *Ley 26743 de Derecho a la Identidad de Género*, promulgada en 2012¹³; la *Ley 26862 de Reproducción Médicamente Asistida* que cubre la necesidad de ser madres o padres a aquellas personas que no pueden procrear por medios naturales, sin discriminación de acuerdo a su orientación sexual o estado

¹⁰ La AUH Asignación Universal por Hijo para la Protección Social (AUH) fue creada como complemento de la ley de Asignaciones Familiares N° 24.714 por el Decreto 1602/2009. Consiste en una transferencia monetaria no contributiva mensual, que se abona a uno de los padres o tutor por cada menor de 18 años que se encuentre a cargo o sin límite de edad cuando se trata de un hijo discapacitado, hasta un máximo acumulable al importe equivalente a 5 menores. La percepción del beneficio está condicionada al cumplimiento de los controles sanitarios obligatorios para menores y a la concurrencia al sistema público de enseñanza.

¹¹ <http://www.cfkargentina.com/politicas-del-ministerio-de-salud-de-la-nacion-2003-2015-nuevas-vacunas/> (consultada Julio 2015)

¹² <http://www.infoleg.gov.ar/infolegInternet/anexos/120000-124999/121222/norma.htm> (consultada Julio 2015)

¹³ <http://www.infoleg.gov.ar/infolegInternet/anexos/195000-199999/197860/norma.htm> (consultada Julio 2015)

civil¹⁴, la *Ley 26682 de Regulación de la Medicina Prepaga*, promulgada en 2011, que fija las pautas referidas a las prestaciones que se deben cubrir; modelos de contratos y sus aspectos legales; aranceles a los prestadores y formas de pago, obligaciones que competen a las partes involucradas y sanciones aplicables por infracciones a la ley¹⁵; la *Ley 26687 de Regulación de Publicidad, Promoción y Consumo de Tabaco*, promulgada en 2011 derogando leyes anteriores; la *Ley 26688 de Producción Pública de Medicamentos*, promulgada en 2011, en la que se declara de interés nacional la investigación y producción pública de medicamentos, materias primas para la producción de medicamentos, vacunas y productos médicos¹⁶.

La reglamentación de la Ley de Producción pública de medicamentos ha demorado tres años, y continúan los debates en torno a su implementación. Cabe recordar que es un ámbito de fuertes disputas debido al poder de las grandes empresas de medicamentos, actores centrales en el campo de la salud.

Asimismo, en lo que refiere a las leyes mencionadas, y a los marcos normativos en general, se entiende que en muchos casos la efectivización de los derechos dista del reconocimiento formal, para lo cual se requiere no sólo la decisión política del Estado para reconocerlos, reglamentarlos y garantizarlos, sino también, y fundamentalmente, se requiere un rol activo de la sociedad civil en su conjunto abogando en pos de su cumplimiento efectivo.

Durante la última década se observa un aumento de la cobertura de salud, con pocos precedentes en nuestra historia, constituyéndose indudablemente en un factor de mayor igualdad (Kessler, 2014), aunque todavía falte evaluar la forma en que ello ha incidido en la atención y en las transformaciones de los servicios, que han tenido que dar respuestas a nuevas demandas. Asimismo, Kessler señala que el gasto en salud público y privado es alto¹⁷ y sus resultados no están a la altura del esfuerzo. Parte de ese gasto acentúa las desigualdades, al subsidiarse las obras sociales y prepagas.

¹⁴ <http://www.infoleg.gob.ar/infolegInternet/anexos/215000-219999/216700/norma.htm> (consultada Julio 2015)

¹⁵ <http://www.infoleg.gob.ar/infolegInternet/anexos/180000-184999/182180/texact.htm> (consultada Julio 2015)

¹⁶ <http://infoleg.mecon.gov.ar/infolegInternet/anexos/185000-189999/185041/norma.htm> (consultada Julio 2015)

¹⁷ Ver inversiones del Estado Nacional en equipamiento e infraestructura entre 2003 y 2014, en <http://www.cfkargentina.com/logros-en-salud-2003-2015/> (consultada Julio 2015)

En el contexto actual del sistema de salud, favorecer ejes comunes en las acciones de todos los sectores implica una intensa tarea de coordinación, puesto que requiere del acuerdo de la Nación y 24 equipos, más los subsectores privado y de seguridad social.

Spinelli enumera una serie de elementos que caracterizan el campo de la salud –tanto en Argentina como en otros países de la región–, y que ayudan a dar cuenta de la complejidad de impulsar cambios de fondo. Estos son “la alta concentración de capital económico; los problemas de financiamiento; la corrupción –macro y micro–; la persistencia de estructuras administrativas arcaicas en el Estado, que atentan contra quienes intentan dar cuenta de otras institucionalidades; las bajas capacidades de gobierno/gestión; la falta de regulación en la formación de profesionales; el significativo número de trabajadores que componen la fuerza de trabajo; la autonomía de los mismos y el destacado valor social de los temas sobre los cuales se desarrollan las prácticas” (Spinelli, 2010:276).

Por su parte, Escudero (2011) relaciona la poca incidencia del Gobierno Nacional en la modificación del sistema de salud con el poder que ejercen los agentes de la salud capitalista, y las enormes dificultades que tendría su enfrentamiento.

Se puede afirmar, en sintonía con Mario Testa (2014) que hoy no existe ni la más mínima posibilidad de implementar una política de sistema único de salud en la Argentina. Pero en palabras del autor, la propuesta de un Sistema Único de Salud constituiría el paso inicial de un camino largo y difícil en pos de una salud solidaria, equitativa e igualitaria, puesto que el campo de la salud se encuentra enormemente fragmentado y todos los intentos de revertir esa situación han chocado con resistencias feroces. Por eso, se asume que es central avanzar en la propuesta.

En este sentido, se entiende junto con Gollán (2014) que cambiar un modelo de salud no se consigue sólo con un buen plan que transforme sus estructuras formales, promulgando una ley o asignando más fondos sobre estructuras viciadas. Sino que es necesario también modificar la percepción vinculada a lo curativo que la población tiene de la salud; la formación cientificista de las instituciones formadoras de los agentes de salud; el marco jurídico-legal que la regula y la estructura de intereses económicos que la rodea.

Aquí es central el rol de las organizaciones sociales en la construcción de nuevos sentidos y su incidencia en distintos ámbitos, que incluyen las instituciones formadoras de profesionales de salud.

Desde esta perspectiva, el autor agrega que para instrumentar cambios “son imprescindibles cuatro factores: fuerte decisión y respaldo político; ser operativizadas por equipos político-técnico homogéneos con una clara visión del escenario general a construir como proyecto de nación y cuyos miembros de mayor responsabilidad en las decisiones estén fuera del negocio privado de la salud; consensos institucionales suficientes como para establecerlas como políticas de Estado, y participación activa y permanente de la comunidad” (Gollán, 2014:96).

En este sentido, y retomando lo anteriormente mencionado por Testa, es importante destacar que desde hace varios años y en distintos ámbitos se está discutiendo la necesidad de realizar una reforma del sistema de salud. Resulta central rescatar la plataforma con los 22 Puntos por la Salud del Bicentenario del Foro Social de Salud y Ambiente de Argentina¹⁸ (en el que participan organizaciones sociales y políticas de distinto tipo), en la que se propone entre otras cosas la implementación de un sistema único de salud, la participación popular, el rechazo a la injerencia de los organismos internacionales, la producción pública de medicamentos, etc.

En la Provincia de Buenos Aires, el sistema de salud de también está compuesto por los tres sub-sectores: público, privado y seguridad social. Tanto en la prestación de servicios como en el financiamiento aparecen los distintos sectores con sus fragmentaciones específicas. Dentro del sector público aparecen los tres niveles (existen efectores de salud y programas de salud nacionales, provinciales y municipales); dentro del sector de seguro social coexisten variadas obras sociales, siendo IOMA¹⁹ la más importante a nivel provincial.

¹⁸ http://www.forosocialsaludargentina.org/es/template.php?file=prensa/2010/10_06_17_22_puntos_por_la_salud.html
(Consultada Julio de 2015)

¹⁹ El Instituto de Obra Médica Asistencial (IOMA) cubre al personal en relación de dependencia de la administración pública provincial y municipal y es una entidad financiadora de servicios de atención de la salud a partir de la

La Provincia de Buenos Aires es el principal distrito del país, albergando aproximadamente el 40% de la población argentina. Al igual que a nivel nacional, la provincia ha generado un proceso de descentralización a su interior que afecta los mecanismos de financiamiento y asignación de recursos en el sector salud. El proceso de descentralización municipaliza parte de los recursos económicos utilizados para la atención en hospitales, centros de salud y programas específicos (Maceira, 2008).

El Estado provincial es el que se encarga de definir las políticas y regulaciones hacia el interior del sistema de salud en su totalidad; actúa como proveedor de servicios a través de los establecimientos públicos de diversa complejidad y financia una gran parte del gasto mediante el mantenimiento de los efectores públicos, subsidios directos y programas específicos (Maceira, 2008).

Esta provincia está compuesta por 135 Municipios y se divide en 12 Regiones Sanitarias que dependen del Ministerio de Salud provincial²⁰. Según Maceira (2008) la provincia cuenta con una oferta prestacional representada por 1.710 establecimientos asistenciales oficiales (el 24% del total del subsector público nacional), de los cuales 276 (15,7%) tienen servicios de internación (4 nacionales, 68 provinciales y 204 municipales). La región sanitaria XI comprende los municipios de: Pila, Dolores, Tordillo, Castelli, General Belgrano, Chascomús, Lezama, Punta Indio, Monte, General Paz, Brandsen, Berisso, La Plata, Ensenada, San Vicente, Cañuelas, Presidente Perón y Magdalena. En esta región funcionan aproximadamente 184 Centros del Primer Nivel de Atención de la Salud.

Dado que en esta tesis se analizan las prácticas en salud de las dos organizaciones mencionadas en barrios de Berisso, en el apartado siguiente se mencionan los programas que se desarrollan en dicho municipio.

contratación de servicios para sus afiliados. Debido a su gran magnitud se constituye como la segunda Obra Social del país después del PAMI. (Maceira, 2008)

²⁰ <http://www.ms.gba.gov.ar/regiones-sanitarias/> (Consultada Julio de 2015)

1.4- La salud en el municipio de Berisso

Berisso tiene una población de 88.470 habitantes, según datos del Censo de Población, Hogares y Vivienda de 2010. El gobierno municipal cuenta con una Dirección de Salud²¹, dependiente de la Secretaria de Promoción Social, que coordina los 9 Centros de Atención Primaria de Salud (CAPS) distribuidos en los distintos barrios y el dispensario municipal Tettamanti. También se encuentra en la localidad el hospital público provincial “Mario V. Larrain”, ubicado en la zona céntrica.

Según manifestó la Directora de Salud²², los centros de salud cuentan con recursos humanos financiados por el Estado Nacional, Provincial y Municipal. *“Entonces a partir de acá tenés Unidades Sanitarias con un perfil asistencial, en el cual tenés una parte de recurso humano municipal y una parte de recurso humano provincial. Provincial tenés personal de planta y personal con becas. Municipal tenés profesionales municipales y profesionales incorporados en las leyes provinciales que son Carrera médico hospitalaria. ¿Por qué te hago estas salvedades? Porque acá en el grupo de los municipales estamos hablando de diferencias en los salarios, igual carga laboral y en el grupo de los provinciales estamos hablando de diferencias en la estabilidad laboral, becas o planta”* (Directora de Salud - Municipio de Berisso).

Cuando se llevó a cabo la descentralización hacia los municipios, los recursos humanos que eran financiados por el Ministerio de Salud provincial, debieron ser garantizados por el municipio.

“Esta gente se jubila o se va y el Ministerio no te lo vuelve a dar. Entonces esto generó en su momento 50 personas entre profesionales, enfermeras y administrativos, de los cuales el año pasado quedaban 19 y este año quedan 18. Entonces el resto de los cargos los tenía que asumir el municipio, por lo cual vos lo que ves es que el municipio empieza a tener mayor injerencia en lo que hace a salud, primero en lo que hace a recursos humanos pero... esto es una política de los 90, en los 90 empiezan los municipios cada vez, con una

²¹ La Dirección de Salud tiene como misión mejorar la calidad de vida de la población basándose en los principios de la promoción y prevención de la salud, participación comunitaria, equidad y justicia social (<http://www.berisso.gov.ar/direccion-de-salud.php>, 5 de febrero de 2015) La directora de salud del municipio es Graciela Matkovic.

²² La entrevista a la Directora de Salud se realizó en el año 2011.

mayor incumbencia porque se empiezan a descentralizar un montón de aspectos, y salud es uno de ellos” (Directora de Salud - Municipio de Berisso).

Además de los recursos municipales, hay dos programas que financian recursos humanos: Médicos Comunitarios²³ (nacional) y Seguro Público de Salud²⁴ (provincial).

“Estos son los programas que tienen que ver con recurso humano. Entonces estos programas hacen que el municipio ahora tenga recursos humanos con financiamiento nacional pertenecientes al Programa Médicos Comunitarios, recursos humanos con financiamiento municipal y recursos humanos con financiamiento provincial, acá siguen estando los que están en planta más el Seguro Público de Salud” (...) “El Programa Médicos Comunitarios tiene un componente de prevención y promoción. Esto es lo que le da el marco conceptual para que las unidades sanitarias tengan la posibilidad de salir a la calle, pero también es una decisión política. En este caso del municipio, avalar el que el equipo de salud esté trabajando en la comunidad” (Directora de Salud - Municipio de Berisso).

Desde la Dirección de Salud se apunta a realizar trabajo en red entre los distintos efectores de salud, aunque en la mayoría de los casos esto resulta muy dificultoso.

“Las unidades sanitarias obtienen las muestras para laboratorio, especialmente sangre y orina y se transfieren al laboratorio del hospital Larrain. Otro ámbito es con patología del hospital. Estos son los mecanismos que ya están ejecutados así. Que hay dificultades, hay diez mil dificultades. Una es en la cantidad de muestras, porque el laboratorio nos sigue aceptando diez muestras por semana por unidad sanitaria, o sea que son 90 muestras por semana no es nada para una población amplia como la que se atiende. Y con patología, que en la unidad sanitaria se obtiene la muestra del PAP y en patología del hospital hacen

²³ El Programa Médicos Comunitarios implementa desde el año 2004 una política de fortalecimiento de recursos humanos para el Primer Nivel de Atención a fin de consolidar la estrategia de Atención Primaria. Por lo cual contempla capacitaciones en servicio. <http://www.msal.gov.ar/medicoscomunitarios/index.php/institucional/i-que-es-el-pmc> (Consultada Julio de 2015)

²⁴ El Seguro Público de Salud tiene como objetivo promover el cuidado de la salud en aquellas personas que carezcan de obra social o prepaga.” Este programa se inserta en la estrategia de Atención Primaria de la Salud de los municipios de la Provincia de Buenos Aires que se adhieran, impulsando las concepciones de Promoción de la salud y prevención de la enfermedad a través de una amplia red de prestadores médicos, obstétricas, odontólogos, bioquímicos, psicólogos, asistentes sociales, enfermeros y promotores de salud” <http://www.ms.gba.gov.ar/sitios/seguropublico/> (Consultada Julio de 2015)

el estudio citopatológico. Esto lo podemos hacer en red ya conformada” (Directora de Salud - Municipio de Berisso).

Todos los Centros de Atención Primaria de Salud (CAPS) cuentan con promotores de salud financiados a través de los programas Médicos Comunitarios y Argentina Trabaja²⁵. La modalidad de selección es variable: en algunos CAPS los proponen los jefes/as o algún miembro del equipo, en otros la Dirección de Salud, en otros se propusieron solos y fueron aceptados.

“Y después fuimos incorporando como promotoras de salud a gente de las cooperativas, cuando los referentes de las cooperativas Argentina Trabaja ven algún recurso humano que por su formación o por su experiencia laboral ven que tiene un buen perfil para vincularse con salud, (...) entonces promotores están los pertenecientes a Médicos Comunitarios más los de las cooperativas. En general son dos por centros de salud” (Directora de Salud - Municipio de Berisso).

En los distintos efectores de salud del municipio se implementan una serie de programas de salud nacionales y provinciales, bajo la coordinación de la Región Sanitaria XI, y algunos predominantemente locales.

“...hay programas nacionales y provinciales que se adecuan a lo local, desde lo que tiene que ver con planificación, porque a veces son programas enlatados que bajan, porque vos a un programa le das la impronta local, que amerita lo local, y esto en general los programas te lo permiten, los programas están habilitados para eso” (Directora de Salud - Municipio de Berisso).

Los programas que se implementan son: Plan Nacional de Seguridad Alimentaria; Programa de Asistencia de Alimentos a Celíacos (PAAC); FAES-GAPES HIV (Familiares y Amigos de Enfermos de SIDA - Grupo de Ayuda a Personas Enfermas de SIDA); Remediar + Redes (medicamentos esenciales y otros insumos del MSAL); Plan Nacer (programa de cobertura a la población materno-infantil a través de financiamiento basado en resultados, por el cual la Nación transfiere recursos a las provincias por la inscripción de

²⁵ Argentina Trabaja es un programa de Ingreso Social con Trabajo, implementado en el año 2009 por el Ministerio de Desarrollo Social de la Nación, que está destinado a personas en situación de vulnerabilidad sin ingresos formales en el grupo familiar. <http://www.desarrollosocial.gov.ar/ingresosocialcontrabajo/114> (Consultada Julio de 2015)

beneficiarios y el cumplimiento de resultados sanitarios); Programa Sumar (ampliación del Plan Nacer, que incorpora a los niños/as y adolescentes de 6 a 19 años y a las mujeres hasta los 64 años); SUR (Sistema Único de Registro), herramienta informática on-line que constituye un registro integral de datos para evaluar la salud de los pacientes que concurren a los centros de atención primaria²⁶.

También se implementan el ProSanE (sanidad escolar), Probas (prevención de asma infantil), Prodiaba (Prevención, Diagnóstico y Tratamiento del Paciente Diabético), PROGEMA (Prevención de cáncer génito-mamario), Programa de inmunización, Programa de salud sexual y procreación responsable, Programa de funciones esenciales y Salud Pública, que permite adquirir equipamiento. El PROEPI (prevención de la epilepsia) no llega a primer nivel de atención, se implementa en hospitales, el de salud mental también funciona en los hospitales pero se aspira a implementarlo en los CAPS, al margen de la provisión y gestión de medicamentos e insumos que se realiza desde el municipio²⁷.

Además de estos programas, hay otros que implementa el municipio con financiamiento mayoritariamente propio: uno de salud bucal (que tiene un eje asistencial, con atención en los efectores de salud y un eje de prevención y promoción en distintos espacios) que incluye la realización de prótesis para la población sin obra social, un programa de promoción de hábitos saludables y de promoción de la actividad física.

“Antes salud, al menos en este municipio, era un saco roto, de salida de recursos, y entonces le pudimos dar un eje, donde en el 2004 era meramente asistencial, y ahora tenemos promoción, prevención y la parte asistencial también” (Directora de Salud - Municipio de Berisso).

²⁶ Programas que se menciona en la página web del Municipio. <http://www.berisso.gov.ar/programas-sociales.php> (consultada en marzo de 2015)

²⁷ Estos programas fueron mencionados por la directora de salud en la entrevista realizada en 2011.

Sobre la participación comunitaria y las articulaciones

Como se señaló anteriormente, la Dirección de Salud depende de la Secretaría de Promoción Social, pero el incremento del trabajo, de los recursos humanos y económicos están indicando la necesidad y la posibilidad de transformarla en Secretaría.

“Como autoridad municipal está la Dirección de Salud que depende (...) de la Secretaría de Promoción Social. (...) pero salud en los últimos años, por la cantidad de recurso humano y por el presupuesto que maneja tiene, digamos, el perfil para ser una secretaria, eso desde lo institucional... (Directora de Salud - Municipio de Berisso)”.

Desde la Dirección de Salud municipal se articula con la Universidad Nacional de la Plata, a partir de la realización de proyectos de extensión universitaria. En el momento del trabajo de campo se estaban implementando proyectos vinculados a violencia familiar, prevención de accidentes, tenencia responsable de mascotas, y prevención de enfermedades alimentarias.

También articulan acciones con el Instituto de Investigaciones Pediátricas, esto es junto con la Comisión de Investigaciones Científicas y el Hospital de Niños.

Con relación a la participación comunitaria, desde la Dirección de Salud se la entiende a partir del trabajo de los/as promotores/as de salud formados/as por el municipio: *“Hay quienes en el programa Médicos Comunitarios proponen la participación comunitaria ampliada, nosotros proponemos la participación comunitaria a través de la incorporación orgánica del trabajo de los promotores de salud”*.

“E:- ¿Cuándo decís participación te referís solamente a los promotores?”

-Si, si, si. Y estamos viendo para incorporar a las manzaneras, pero con ellos se pudo definir, y trabajar directamente con los dos grupos de promotores, para definir cuáles son las estrategias de comunicación, que es lo que sí se puede, para tener la mirada de la comunidad en esto” (Directora de Salud - Municipio de Berisso).

En esta línea, no articulan con organizaciones sociales para realizar actividades de promoción y prevención, aunque se señala que no se han puesto barreras cuando algún grupo ha propuesto iniciar trabajos conjuntos. También se menciona que algunos centros

de salud realizan trabajo comunitario en vinculación con actores locales, ya sean instituciones educativas, sociedades de fomento, organizaciones o grupos de vecinos, y es avalado por la Dirección de Salud. Como se verá en el análisis de las prácticas en salud de las organizaciones, a nivel barrial se establece un diálogo constante con los centros de salud.

1.5- A modo de cierre

La contextualización realizada responde al interés de subrayar las particularidades y complejidades del momento histórico en el que se desarrolla esta tesis. Si bien las organizaciones se conforman en el contexto de la crisis política, institucional y social de 2001 o inmediatamente posterior a este (aunque venían gestándose en los últimos años de la década del 90), las prácticas en salud que se analizan aquí se desarrollan en simultáneo al proceso de recomposición del rol social del Estado y sus instituciones, con las complejidades que esto conlleva.

Es por ello que se da cuenta de la situación social y política de la Argentina a partir del proceso iniciado en 2003 con el gobierno de Néstor Kirchner y continuado en el de Cristina Fernández, recuperando políticas sociales desarrolladas a nivel nacional que atañen directamente al problema de investigación.

La caracterización de la estructura del sistema de salud y de las políticas de salud se realizó en pos de comprender la situación actual y los avances que se han llevado a cabo en los últimos años. A la vez, se indicaron aquellos aspectos en los que aún no se ha avanzado. Las acciones de las organizaciones que aquí analizamos se apoyan en las normativas y políticas implementadas en los últimos años, y a partir de allí señalan y demandan aquello que aún no se ha realizado; y generan iniciativas que habilitan nuevas prácticas y sentidos.

Asimismo, la caracterización de las políticas de salud en el municipio de Berisso responde a la necesidad de pensar el marco estatal local, en el que se desarrollan las prácticas analizadas.

2- PRÁCTICAS SOCIALES Y TRANSFORMACIÓN DEL ORDEN SOCIAL

2.1- Hacia la comprensión de los procesos de organización social y salud

2.1.1-Perspectivas para la comprensión de los procesos de movilización y organización social

Como las organizaciones cuyas prácticas en salud se analizan, se gestan a partir de los procesos de movilización social desatados en la Argentina a fines de los 90 y principios de 2000, para avanzar en su comprensión se retoman aportes teóricos sobre movimientos sociales. Luego se mencionan estudios que han abordado empíricamente el estudio de los movimientos sociales en Argentina, desarrollando los que tienen por objeto las acciones en salud de distintos colectivos sociales. Del mismo modo, se recuperan los estudios y debates que se han generado en el campo de la comunicación en torno a problemáticas de salud. Esto último permite delimitar y ubicar este estudio.

Para avanzar en la comprensión de las prácticas estudiadas, se recuperan algunos aportes teóricos sobre los procesos de organización y movilización social. Muchos trabajos que se ocupan de realizar un recorrido por las discusiones teóricas sobre los movimientos sociales, coinciden en que el término reviste un carácter polisémico y que resulta difícil tanto definir los límites del campo de estudio, como lograr una teoría unificada para su explicación (Seoane, Taddei y Algranati, 2009; Viguera, 2009; Revilla Blanco, 1996; Munck, 1995; Rubio García, 2004; Manzano, 2004).

Rastreado los usos del concepto movimiento a lo largo de la historia, Seoane, Taddei y Algranati (2009) señalan que durante la revolución francesa el término “movimiento” fue utilizado como adjetivo para calificar diferentes experiencias de acción y participación colectiva, y que luego se generalizó durante las décadas de 1830 y 1840 con los sucesos de agitación social y política en Europa, y desde finales del siglo XIX y hasta mediados de 1960, estuvo asociado a los estudios sobre el movimiento obrero.

Varios han sido los intentos desde las ciencias sociales por explicar los procesos de acción colectiva. Hasta la década del 60 las explicaciones se basaban en el supuesto de la irracionalidad de la acción colectiva, pensando en las participaciones individuales de los sujetos. Los procesos de movilización social desatados en las décadas del 60 y 70 en distintas partes del mundo, con su carácter novedoso y masivo, revitalizaron las teorías para interpretarlos. Es en ese momento que comienzan a gestarse los dos paradigmas más importantes que intentan explicar los procesos de movilización social, que además de diferenciarse en cuanto a abordaje y contenidos, se desarrollaron en espacios geográficos también diferentes. Estos son, por un lado, la “teoría de movilización de recursos” complementada luego con la del “proceso político” desarrollada en Estados Unidos, y por otro, la teoría de los “nuevos movimientos sociales” y el paradigma de la “identidad”, que se desarrolla en Europa.

Varios autores contemporáneos (Munck, 1995; Viguera, 2009; Rubio García, 2009; Retamozo, 2010) han sistematizado los postulados de ambos paradigmas, por lo que recuperaremos aquí sus aportes para caracterizarlos y mencionar los elementos que tendremos en cuenta para el análisis de las prácticas en salud de las organizaciones.

Movilización de recursos y proceso político

La “teoría de movilización de recursos” (TMR) complementada luego con la del “proceso político”, se desarrolla en Estados Unidos y orienta su atención hacia los recursos, la organización, las estrategias y las oportunidades políticas como elementos que posibilitan la movilización y el logro de los objetivos propuestos. Sus referentes más importantes son John Mc Carthy, Meyer Zald, Charles Tilly y Sydney Tarrow.

La TMR se gesta en respuesta a las perspectivas que consideraban a la acción colectiva como irracional, nutriéndose de la teoría de la elección racional de Olson, centrada en la racionalidad de la participación individual en la acción colectiva²⁸. Los estudios enmarcados en la TMR buscaron explicar las acciones colectivas a partir de su carácter racional e instrumental, poniendo especial énfasis en las organizaciones y la utilización estratégica de los recursos que poseen los sujetos para actuar en determinado momento, evaluando costos y beneficios.

Dos de sus referentes más importantes, McCarthy y Zald, parten de que los conflictos y tensiones son inherentes a toda sociedad, por lo que el surgimiento de la acción colectiva no puede ser explicado solamente en base a éstos, sino que deben estudiarse las condiciones que transforman el descontento en movilización (Rubio García, 2004). Autores como Tarrow, Tilly y McAdams realizaron estudios tendientes a complementar esta teoría incluyendo variables que dan cuenta del proceso político, e incipientemente de la dimensión cultural. La pertenencia del enfoque del proceso político al marco teórico general de la TMR, se fundamenta en la concepción de la acción colectiva como surgida de la interacción estratégica de los actores y en el cálculo de costos y beneficios al emprender la acción (Rubio García, 2004). Así, Viguera (2009) señala que el énfasis que inicialmente se había puesto en la movilización de recursos fue desplazado por la propuesta de una agenda de investigación que propone analizar la emergencia y evolución de los movimientos sociales, contemplando los cambios en la “estructura de oportunidades políticas”, la existencia de estructuras previas de movilización, la creación de “marcos de acción colectiva” y la conformación de repertorios estables de acción²⁹. Se considera al

²⁸ En ella se propone que un individuo al momento de participar en una acción colectiva evalúa costos y beneficios. Sin embargo, puede beneficiarse con los logros obtenidos con la acción colectiva sin participar de ella (free rider), por lo cual se propone la idea de incentivos selectivos, que son beneficios individuales que incitan a los individuos a participar y se produzca la acción colectiva.

²⁹ El término *estructura de oportunidades políticas* fue propuesto por Eisinger e indica el grado de apertura o cierre de un sistema político con respecto a las acciones realizadas desde afuera del sistema. Inciden en las oportunidades de accionar de los movimientos -como recursos externos que pueden ser aprovechados- la realización de elecciones y cambios de gobierno, los cambios y divisiones en las alianzas de la élite política, las coordinaciones con aliados, y las instancias de represión y facilitación de la acción colectiva. *Los repertorios de acción* son, para Tilly, productos culturales aprendidos que surgen a partir de confrontaciones precedentes. Por ello, en un determinado momento histórico, hay cierta cantidad de formas de actuar colectivamente, que se van ampliando lentamente con el paso del tiempo a partir de cambios en el repertorio existente. (Rubio García, 2004). *Los ciclos de protesta* son definidos por Tarrow como una fase de intensificación de los conflictos en el sistema social, en la que puede observarse una rápida difusión de la acción colectiva hacia los sectores menos movilizados, el desarrollo de nuevas formas de confrontación, cambios en los marcos de acción colectiva; aparición de nuevas organizaciones y radicalización de las existentes, e interacciones entre grupos movilizados y autoridades.

“problema de acción colectiva” en base a cómo los organizadores de un movimiento social resuelven el desafío de la “coordinación social” de grupos y redes de individuos diversos y dispersos en torno a una acción colectiva exitosa, en un determinado contexto político.

Dimensión cultural e identidad

Por otro lado, la teoría de los “nuevos movimientos sociales” y el paradigma de la “identidad”, se desarrolla en Europa y orienta su atención hacia los cambios culturales y macroestructurales que posibilitaron la formación de nuevas identidades que van emergiendo a través de los nuevos movimientos sociales. Sus referentes más importantes son Alain Touraine, Claus Offe y Alberto Melucci.

Este paradigma se gesta a partir de una crítica a la tradición marxista, que interpretaba la acción colectiva en clave de lucha de clases. Los nuevos movimientos sociales que surgen en los 60 y 70 eran conformados por grupos sociales distintos de la clase obrera, y se orientaban a la disputa por recursos culturales o simbólicos, por eso se resalta su carácter novedoso. Rubio García (2004) señala que las propuestas de dichos autores coinciden en entender a los nuevos movimientos sociales como la reacción a los cambios estructurales de las sociedades avanzadas. Se retoman aquí los aportes de Melucci, puesto que prioriza la dimensión simbólica de las acciones.

Para Melucci, los nuevos conflictos sociales ponen de manifiesto la contradicción del sistema (que fomenta la individualización y a su vez la uniformidad de valores) que implica un cambio en el papel de los movimientos sociales y en la forma de definirlos. Los nuevos movimientos se implican en cuestiones que afectan al sistema de producción cultural, luchando por objetivos simbólicos y culturales, por una diferente orientación y significado de la acción social, creando códigos culturales alternativos a los dominantes.

El autor define analíticamente un movimiento social como una forma de acción basada en la *solidaridad*, comprometida en un *conflicto* y cuyas acciones pretenden la *ruptura* de los límites del sistema en el que sucede la acción. Propone la existencia de dos “polos” interrelacionados y complementarios de acción colectiva: el de visibilidad y el de latencia. El estudio de los movimientos sociales se ha centrado en la fase visible de la movilización,

sin tener en cuenta que en su fase latente se producen los marcos alternativos de significado a través de las redes y grupos que formulan propuestas culturales y se preparan para dar paso a la movilización, entrando en la fase visible, en la que se produce el enfrentamiento con el sistema.

Para Melucci las acciones colectivas suponen actores colectivos dotados de identidad, porque de lo contrario no se podría explicar cómo pueden dar sentido a su acción. Por ello, la identidad colectiva puede concebirse como la capacidad de un actor colectivo para reconocer los efectos de sus acciones y para atribuir estos efectos a sí mismo. La identidad colectiva es relacional, y plantea una tensión entre la definición que un movimiento ofrece de sí mismo y el reconocimiento otorgado al mismo por el resto de la sociedad (Giménez, 2004).

Rubio García (2004) señala que entre las críticas que se le han hecho a Melucci se encuentra, precisamente, su mayor énfasis en el estado latente del movimiento, lo que podría implicar un reduccionismo cultural.

Estrategia política y producción de sentidos

Estos paradigmas teóricos marcaron el campo de estudio sobre procesos de movilización y organización social durante varias décadas y aún siguen vigentes. Es importante señalar que ambos fueron desarrollados con el fin de explicar procesos de movilización que ocurrieron en determinado momento y contexto histórico. Por ello, al momento de analizar las acciones de los movimientos contemporáneos en América Latina y en Argentina en particular, es importante tener en cuenta los contextos y particularidades locales.

Así, reconociendo la imposibilidad de proponer una definición de movimientos sociales, Retamozo (2010) identifica algunos ámbitos en los que indagar. Ellos son: la atención a las demandas sociales en la conformación de los movimientos para identificar las relaciones sociales que los diferentes sujetos identifican como injustas y las que originan sus acciones; el lugar de las subjetividades colectivas y los sujetos sociales como construcciones que elaboran demandas y se reconfiguran en el proceso de acción; los procesos de construcción de identidades colectivas; los modos de la acción colectiva

contemporánea, las experiencias de la protesta y los repertorios empleados por los actores sociales; y el impacto de las movilizaciones sociales en el plano institucional y en la obtención de respuestas a sus demandas.

Se recuperan los aportes de Revilla Blanco sobre la importancia de la producción de sentidos que realizan los movimientos y de Munck sobre la elaboración de la estrategia política de las organizaciones, puesto que son dos aspectos fundamentales en este estudio.

Revilla Blanco (1996) considera a los procesos de producción de sentido social de la acción como centrales en el análisis de los movimientos sociales. Propone definir al movimiento social como un proceso de reconstitución de una identidad colectiva que dota de sentido y certidumbre a la acción individual y colectiva en la articulación de un proyecto de orden social, aunque lo sitúa fuera del ámbito de la política institucional. Para la autora, el movimiento social es siempre autoorganización de ciudadanos, que surge cuando los círculos de reconocimiento existentes no dotan de sentido a la acción y cuando la pérdida de referentes para la constitución de identidades se generaliza, una de las opciones posibles es la producción alternativa de sentido, es decir, la construcción de una identidad colectiva que dote de sentido a la acción individual y colectiva.

Aquí prevalece la idea de que el movimiento social se genera fuera de las instituciones políticas y es en este ámbito en donde tiene lugar su actividad, articulando otros espacios de construcción de certidumbre y de sentido. Sin embargo, luego se verá cómo dialogan las organizaciones con las instituciones políticas, adentrándose cada vez más en el ámbito de la política.

En esta línea, Munck (1995) señala que una síntesis superadora de las contribuciones de los dos paradigmas clásicos puede aportar los elementos necesarios para avanzar en la propuesta de la estrategia política de los movimientos, y éstos contribuyen al cambio mediante sus incursiones en la arena político-institucional y a través de sus elaboraciones de una estrategia política. Señala que como los estudiosos de los movimientos sociales fueron atraídos porque en parte, eran vistos como alternativas a formas más convencionales de hacer política, ha sido poco lo que se ha hecho para teorizar sobre las conexiones de los movimientos sociales y las instituciones políticas nacionales.

Otro elemento importante a tener en cuenta en el análisis de las prácticas de las organizaciones sociales es la dimensión de clase, aunque no sea el foco de nuestro estudio. Veremos luego que la definición de los sectores populares que se propone desde cada organización es diferente, y por ello cabe hacer referencia a la relación entre lucha de clases y movimientos sociales indagada por Viguera (2009). El autor propone que un análisis que contemple la lucha de clases supone partir de un interrogante central para analizar las diversas manifestaciones de resistencia, que conduce a indagar en qué medida, de qué modos, y con qué sentidos la dinámica hegemonía-contrahegemonía se desarrolla en y a través de ellas. Procura captar el complejo entramado de dominación y resistencia, de reproducción y disrupción del orden social, que inevitablemente los atraviesa. Indica que el interrogante de la lucha de clases recorre implícita o explícitamente la mayor parte de los trabajos que vienen analizando la acción colectiva en la Argentina contemporánea, aún cuando recorten sus objetos de estudio en términos no clasistas.

Estudios contemporáneos en Argentina

Viguera (2009) señala distintas etapas en el estudio de los movimientos sociales que es apropiado recuperar. Señala que hasta los años ochenta, en Argentina se estudiaba predominantemente al “movimiento obrero”, y que con la transición a la democracia apareció en la agenda la temática de los “nuevos movimientos sociales” para aludir a actores colectivos que comenzaban a visibilizarse y a despertar expectativas, como los movimientos de derechos humanos, estudiantiles, los asentamientos, etc., que eran analizados poniendo el foco en aspectos culturales.

En los noventa como consecuencia de la aplicación de políticas neoliberales, los aspectos sociales volvieron a ponerse en el centro del debate, aseverándose que el neoliberalismo, al provocar una gran fragmentación de los sectores populares, generó un efecto negativo respecto a la protesta social, que tendía a decrecer. La expresión “movimientos sociales” identificaba a actores y acciones dispersos, unidos sólo por la resistencia al neoliberalismo.

A fines de los 90, con el aumento de las acciones de protesta, hubo un nuevo giro analítico, apareciendo el neoliberalismo como el factor desencadenante explicativo de una movilización en aumento. El concepto de movimiento social englobaba entonces a todas

esas diversas manifestaciones. Los estudios académicos fueron afinando sus recortes, para centrarse cada vez más en el análisis de cada una de esas manifestaciones de resistencia como movimientos de desocupados, fábricas recuperadas, asambleas barriales, colectivos culturales, etc. A su vez, desde los enfoques etnográficos se pone en discusión la noción de “movimientos” para pensar en el estudio de los entramados territoriales y simbólicos del mundo popular que exceden e incluyen a aquéllos (Viguera, 2009).

En esta línea, Pinedo y D’Amico (2009a y 2009b) proponen como hipótesis de lectura una clasificación en dos grupos de los trabajos sobre organizaciones piqueteras. Parten del trabajo de Pereyra y Svampa (2003) y sitúan a la bibliografía rastreada en la vertiente³⁰ que explica el origen del movimiento piquetero a partir de la multiplicidad de organizaciones inscriptas en los entramados socio-territoriales de los barrios populares del Gran Buenos Aires, que tienen como antecedente la acción colectiva de los asentamientos de tierras de los años ochenta.

Si bien se han utilizado distintos enfoques, proponen distinguir entre los que privilegian el análisis de las organizaciones como actor colectivo, incluyendo la pregunta por la identidad; y los que dejan de contemplar al actor colectivo para dar cuenta de la trama de relaciones sociales que se imbrican en las organizaciones pero que las trascienden. Ubican en el primer enfoque los estudios de Svampa y Pereyra, Delamata, Vommaro, Bidaseca, Lenguita, Masetti, Retamozo; y en el segundo, ubican los trabajos de corte más etnográfico de Merklen, Grimson, Grimson y Cerruti, Quirós, Ferraudi Curto, Manzano y Grimberg.

Teniendo en cuenta estos aportes, nos interesa aquí mencionar que los distintos trabajos enfocan la mirada en diversos aspectos de los movimientos abordados, incluyendo conformación y procesos de organización (Svampa y Pereyra, 2003; Cieza, 2004, Colectivo Situaciones, 2002, Delamata, 2004), identidad (Masetti, 2004; Villanueva y Masetti 2007), procesos de movilización y protesta (Schuster, Naishtat, Nardacchione y Pereyra, 2005, Auyero 2002), procesos de territorialización de los sectores populares (Merklen, 2005; Cerrutti y Grimson, 2004; Grimson, Ferraudi Curto y Segura, 2009;

³⁰ La otra vertiente que señalan Svampa y Pereyra es la vinculada a las crisis que atraviesan las clases trabajadoras de las ciudades petroleras a partir de los noventa.

Stratta y Barrera, 2009), tradiciones asociativas y relación con el Estado (Manzano 2004, 2005, 2006).

2.1.2- Organizaciones sociales y salud

En el contexto de movilización social se promovió un espacio de visibilización social y politización de problemáticas de salud, que constituyeron parte sustancial de las preocupaciones y actividades de la vida cotidiana de los agrupamientos sociales protagonistas de la movilización (Grimberg, 2005).

Recuperaremos aquí los aportes de aquellos trabajos que desde las ciencias sociales centran la mirada en las acciones de salud de distintas organizaciones sociales puesto que es el objeto de nuestro estudio. Entre las producciones académicas nacionales encontramos tres líneas de trabajo desde distintas disciplinas sociales que se considera importante desarrollar: los trabajos coordinados por Mabel Grimberg (2004, 2005 y 2009) desde la antropología, Graciela Biagini (Biagini y Sanchez, 2009, Biagini, s/f; Gieco, 2010; Gieco y Medina, 2009; Gutierrez, 2009; Journe, 2009) desde la sociología y Graciela Zaldúa (Zaldúa, Sopransi y Veloso, 2005; Zaldúa, Sopransi y Longo, 2007, Sopransi y Veloso, 2005a y 2005b, Longo, Moschella, Pawlowicz y Zaldúa, 2011; Zaldúa, Sopransi, Estrada Maldonado y Veloso, 2008; Zaldúa y Sopransi, s/f) desde la psicología social.

Mabel Grimberg (2005), ha estudiado las demandas e iniciativas relacionadas con problemas de salud de distintos agrupamientos sociales de la Ciudad de Bs. As. y GBA, durante el período 2001 a 2003. Utiliza a la *etnografía* como método de abordaje, priorizando el estudio de las prácticas y las narrativas de los sujetos de estudio, la reconstrucción de sus trayectorias de vida y la construcción de los datos desde el contexto de la vida cotidiana. Como ya se indicó, esta autora plantea que en el contexto de movilización se politizaron problemáticas de salud, convirtiéndose en espacios de resistencia, demanda y protesta social, en eje organizador de nuevas prácticas y nuevos actores y en eje de movilización colectiva.

En otro trabajo la autora propone (Grimberg, 2009) que para acercarse a la complejidad de los procesos de resistencia y protesta social, es necesario un enfoque relacional que recupere y articule en el análisis, las modalidades de prácticas sociales y las experiencias de vida cotidiana. La significación debe ser planteada desde el contexto de relaciones de poder y sus expresiones sociales, políticas y culturales y más específicamente desde los sentidos que en cada momento histórico movilicen sus protagonistas. Por ello el objetivo es captar las tensiones y contradicciones de las prácticas y propuestas, indagando alcances y límites de las demandas e iniciativas de los conjuntos subalternos, reconociendo que en la heterogeneidad de las propuestas se expanden las fronteras de la ciudadanía, en tanto redefinen modos de relación con el Estado y legitiman necesidades y modalidades de acción en términos de derechos.

Graciela Biagini³¹, ha estudiado el accionar colectivo de organizaciones comunitarias y movimientos de trabajadores desocupados que se movilizan en torno a la problemática de salud-enfermedad-atención, medio ambiente y otros derechos sociales. Los estudios que coordina se basan en organizaciones del Área Metropolitana de la Ciudad de Buenos Aires: zona oeste (Moreno, José C. Paz y San Miguel) y zona sur (barrios CABA sur, Lanús, Lomas de Zamora y Quilmes). En ellos son centrales los conceptos de sociedad civil, acción colectiva y movimientos sociales, adoptando la perspectiva de abordaje cualitativa y utilizando como herramientas centrales la observación y las entrevistas semiestructuradas.

Biagini y Sánchez (2009) sostienen que en los casos relevados, las organizaciones establecen prioridades y reclamos similares que reflejan las limitaciones de un sistema de salud pública deteriorado. El hambre es señalado como eje organizativo, sosteniendo comedores y merenderos como actividades principales de la cotidianeidad barrial y procurando refuerzos alimentarios para las familias más necesitadas. Coincide con Grimberg al señalar que los procesos de salud-enfermedad se articulan con procesos políticos, ideológicos e institucionales.

Dentro de esta línea, Gieco (2010) propone desde una perspectiva marxista, que para pensar las dinámicas de las organizaciones hay que remitirse a la causa “penúltima” de su origen: la desocupación, y a la causa última: el capitalismo y la formación económica

³¹ Sus estudios se enmarcan en los Proyectos *Acción colectiva, salud y educación: la sociedad civil en movimiento* (UNLu, 2005-07) y *Sociedad civil y Estado: la construcción de la demanda por salud* (UBACyT 2008-10).

social específica. Plantea que los movimientos de desocupados naturalizan la desocupación, es decir las relaciones capitalistas de producción en las actuales circunstancias históricas, depositando en los desocupados la tarea de exigir planes al Estado, que no son equivalentes a la canasta familiar y que frenaron nuevos levantamientos del hambre. En este marco, describe el contenido y la forma de expresión de la demanda por salud de distintas organizaciones: *Polo Obrero*, *CCC*, *FTV*, *Barios de Pie* y *MTL-CTA* en distritos de la zona sur del AMBA, a partir de las formas en que manifiestan enfrentar en su cotidianeidad territorial algunos procesos de salud-enfermedad-atención-cuidado/autocuidado, y de la articulación y/o estrategia de confrontación con el Estado para su desarrollo.

En otro trabajo (Gieco y Medina, 2009) se analiza el contenido y la forma de expresión de la demanda por salud del movimiento de trabajadores desocupados Polo Obrero, en el partido de Lanús, en el período comprendido entre los años 2008-2010 y la articulación que despliega con el Estado, señalando que el Polo Obrero plantea una concepción progresiva respecto a la lucha por derrotar la dictadura de la burguesía, con una consecuente visión de la salud, en tanto expresión de las contradicciones sociales del sistema capitalista. Sin embargo, realizan una crítica de los métodos de Polo Obrero para la consecución de tal objetivo, en pos de sellar la unión entre ocupados y desocupados para que la clase trabajadora se erija como representante del conjunto de los trabajadores.

Journé (2009) indaga el carácter de las acciones colectivas, reclamos y proyectos en torno a las diferentes problemáticas sociales como salud, educación y trabajo del MTD de Lanús, entendiendo a los proyectos productivos y educativos del MTD como concreción de objetivos ideológicos y no sólo como medios para satisfacer necesidades materiales. Propone que la actual coyuntura política, caracterizada como etapa de menor movilización y resistencia, da lugar a una vuelta de la organización hacia sí misma, permitiendo la generación de proyectos de más largo plazo.

Gutierrez (2009) analiza el proyecto de salud que lleva adelante el MoCaSE-VC, en su lucha por los derechos en salud, teniendo en cuenta sus condiciones estructurales. Basándose en la experiencia de salud campesina, plantea que la construcción de la salud se vincula a la importancia de la educación para la prevención de las principales patologías que afectan a los individuos.

La línea de trabajo coordinada por Graciela Zaldúa³², se centra en las praxis en salud del movimiento de trabajadores desocupados autónomo del sur del conurbano bonaerense desde la perspectiva de la Psicología Social Comunitaria Crítica, utilizando como metodología de abordaje la *investigación Acción Participativa*. Los conceptos de participación social, empoderamiento, clase social y autogestión, son centrales. En un estudio sobre las praxis en salud del período post crisis 2002-2004 (Zaldúa, Sopransi y Veloso, 2005), manifiestan que en un principio la salud se acciona sólo ante la urgencia debido a la inmediatez de la sobrevivencia, y luego aparece como reclamo reivindicativo al Estado frente al desmantelamiento del sistema de salud. De la misma manera, Sopransi y Veloso (2005a) analizan las acciones de este MTD en la solución de problemas de salud ante la crisis sanitaria, retomando un taller de formación de agentes de salud, realizado en 2004 y 2005 desde la universidad con estas organizaciones. De la misma manera, analizan el dispositivo Taller de Promotores de salud en el MTD, planteando que constituyó un momento del proceso de articulación entre un colectivo de la Universidad Pública y los Movimientos Sociales emergentes de los procesos de expulsión del trabajo asalariado. Esta modalidad asociada entre grupos universitarios, referentes de organizaciones sociales y efectores de salud propició un espacio crítico y participativo para afrontar problemas y necesidades a nivel sanitario (Sopransi y Veloso, 2005b).

En otro artículo (Zaldúa, Sopransi y Longo, 2007) debaten sobre las prácticas autónomas de salud de la Coordinadora Popular de Salud del MTD y de la Unión de Trabajadores Desocupados de General Mosconi, revisando los conceptos de *vulnerabilidad, autonomía y género*. Longo, Moschella, Pawlowicz, y Zaldúa (2011) exploran las prácticas y significaciones de trabajadores de la salud sobre la posibilidad de los usuarios para acceder a una sexualidad libre y placentera y a una vida reproductiva fundada en decisiones sin violencias. Desde la perspectiva interpretativa crítica del discurso, realizan un análisis categorial sobre los significados atribuidos a la violencia de género e institucional, laboral, obstétrica, y de la libertad reproductiva; como así también sobre las buenas prácticas instituyentes de los derechos sexuales y reproductivos.

³² Sus estudios se enmarcan en los proyectos “*Praxis Psicosocial Comunitaria en Salud*” (UBACyT 2004-7) y UBACyT P020 “*Estudio sobre las políticas públicas preventivas y promocionales en situaciones de vulnerabilidad, desde un enfoque de Psicología Social Comunitaria*”.

Zaldúa et al. (2008) analizan dos cooperativas de trabajo: una del Movimiento de Trabajadores Desocupados y otra de migrantes bolivianos, elucidando las tensiones en las modalidades de participación, los posicionamientos subjetivos frente a las subordinaciones de género, clase y etnia, y los vínculos con el Estado.

Dentro de este grupo de estudios sobre organizaciones sociales y salud, también es importante recuperar los trabajos de Biagini (s/f), Javier Pereyra (2010) sobre sociedad civil y salud en el caso chileno y Elizabeth Smeke (1993) y Eduardo Stotz (1994) en Brasil.

Biagini (s/f) realiza un estado del arte de las investigaciones producidas en Latinoamérica durante el período 1997-2003 en torno al campo asociativo no gubernamental y la salud, haciendo especial referencia a Brasil, México y Argentina.

Pereyra (2010) revisa los mecanismos de participación que se han ido incorporando a las opciones de los gestores de la salud en la región, tomando como referencia el caso chileno, advirtiendo la existencia de un nuevo paradigma en la participación ciudadana a partir de la nueva generación de reformas sociales centradas en la búsqueda de mayores niveles de inclusión social y de equidad.

Smeke (1993) propone pensar posibles recorridos para la investigación en salud y movimientos sociales, pensando en la metodología de los trabajos científicos, pero también en el lugar del investigador. Para concretar una reforma sanitaria en Brasil, es necesaria la participación y compromiso de los usuarios para garantizar sus derechos. Plantea que la investigación acción permite comprender la relación macro y micro estructurales y a la vez, fortalecer a los sujetos participantes. Stotz (1994), señala que pese al dinamismo de las luchas populares que reivindican la salud en varias ciudades brasileras desde fines de la década del 70, la temática sigue siendo marginal en la salud pública. Asimismo, en base a las características de estratificación social en Brasil y al deterioro del sistema de salud debido a la crisis fiscal del Estado, se interroga por el acceso y la participación de los distintos sectores de los trabajadores en el sistema público de salud.

Asimismo, si bien no utilizamos *participación social* como categoría analítica, entendemos que es un concepto transversal, por lo cual nos parece apropiado contemplar algunos estudios fundantes que han reflexionado sobre su uso: Ugalde (1985), Belmartino y Bloch (1986), Menéndez (1994), Bronfman y Gleizer (1994) y Bosi (1994).

Belmartino y Bloch (1986), realizan una reflexión sobre el concepto de participación popular en salud en Argentina en distintos momentos históricos y el rol del Estado en la planificación de la salud, proponiendo algunos elementos que deberían estar presentes en la construcción de un modelo de participación popular en salud. Ugalde (1985) realiza un seguimiento de la noción de participación comunitaria primero en proyectos de desarrollo agrícola y urbano, para luego meterse de lleno en la participación comunitaria en salud. Para ello revisa distintos programas de salud implementados en diferentes países de Latinoamérica durante la década del 70 y propuestos desde los organismos internacionales en coordinación con los estados locales, señalando las orientaciones de cada uno y las causas de sus fracasos. Mario Bronfman y Marcela Gleizer (1994) interrogan el concepto de participación comunitaria y reflexionan sobre su inclusión en los programas de atención y promoción de la salud, considerando la pertinencia de la práctica, el modo de implementación y los resultados que genera. Realizan una revisión crítica de la bibliografía, concluyendo que bajo el término participación comunitaria se agrupan propuestas muy heterogéneas, por lo cual es necesario especificar de qué tipo de participación se habla. Para determinar el tipo de participación proponen tener en cuenta las concepciones teóricas e ideológicas que la sustentan, los aspectos que se propone cubrir en la implementación y las modalidades que adopta en la práctica.

María Bosi (1994) aborda la cuestión de la ciudadanía y de la participación popular en salud, a partir del trabajo con un grupo de profesionales de la salud de una unidad de cuidados básicos en Río de Janeiro. Analiza sus representaciones en torno a éstas, confrontándolas con lo expresado en el capítulo referente a salud en la constitución, y la relación entre los profesionales y los usuarios en pos de la construcción de una “conciencia sanitaria”. Concluye que existe falta de correspondencia entre los derechos asegurados en los discursos oficiales y la realidad concreta, y que si se quiere transformar efectivamente el modelo asistencial, es necesario reorientar la formación de los profesionales de salud.

En el contexto local, es apropiado recuperar el trabajo de Eguía y Ortale (2007) en el que, a partir de una reflexión crítica, se caracteriza la concepción sobre la participación social subyacente en los lineamientos de la política social de la Provincia de Buenos Aires en la década de los '90 hasta 2005 y se analizan experiencias concretas en el Gran La Plata, en particular en el caso de algunos programas de salud y asistencia y promoción social.

Los trabajos que abordan desde distintas disciplinas sociales empíricamente el estudio de los movimientos sociales y la salud en Argentina demarcan el punto de partida de esta tesis, puesto que proporcionan un estado de situación sobre los principales debates y enfoques teóricos desde los que se ha abordado esta temática. Asimismo, para analizar las prácticas de las organizaciones sociales desde una perspectiva comunicacional es necesario considerar los aportes teóricos y metodológicos de las distintas disciplinas sociales puesto que permiten contextualizar, analizar e interpretar la complejidad de las prácticas.

2.1.3- Comunicación y salud

Dentro del campo de la comunicación, gran parte de los estudios que aquí se recuperan confluyen en la distinción entre el modelo tradicional de comunicación (que se centra en el uso y manejo de técnicas y medios de comunicación) y el modelo relacional (que contempla los procesos de producción social de sentido) para la promoción de la salud. Muchos de los trabajos rastreados (Beltrán 1995, 2010; Prieto Castillo 2000; Uranga, Díaz y Femia 2002; Díaz y Uranga 2010; Cuberli 2008, 2009; Silva Pintos 2001; Natansohn 2008; Regis 2010) coinciden en que los procesos de Comunicación y Salud³³ se constituyeron sobre un modelo conductista centrado en la curación de la enfermedad, en el que los medios masivos ocupaban un lugar central, y que es necesario comenzar a pensarlos desde una perspectiva que contemple la complejidad de las prácticas sociales y los intercambios de sentidos.

En esta línea, es importante destacar algunos materiales que delimitan ciertas áreas de prácticas en el campo de la comunicación y salud.

³³ Para referirse al mismo campo, algunos/as autores/as utilizan los términos Comunicación y salud; y otros/as Comunicación para la salud; y otros/as Comunicación en salud.

Se destacan tres materiales producidos recientemente en España sobre comunicación y salud, coordinados por Cuesta Cambra, Menéndez Hevia y Ugarte Iturrizaga (s/f, 2008 y 2011) que son resultado de instancias de formación e investigación sobre la temática. El primero recoge una serie de trabajos introductorios, centrándose en la publicidad y la salud, y la comunicación en situaciones de crisis sanitaria; el segundo presenta un completo estado de situación, y avances en modelos y estrategias de intervención, centrándose en la salud en los medios de comunicación y las campañas de comunicación en temáticas de salud; y en el tercero se analizan los escenarios actuales, en los que se considera la perspectiva relacional de la comunicación y su influencia en la salud pública, y las tendencias en el ámbito de las adicciones.

También, la compilación de trabajos sobre comunicación y salud en Argentina realizada por Petracci y Waisbord (2011) en la que se contemplan cuatro áreas importantes: la construcción de las noticias sobre salud en los medios (Ganbaccini, Ramirez y Salerno; Eynard y Droveta; Jait; Kaufman, Loewy; Román; Waisbord); la comunicación en instituciones de salud en las que se valoriza la comunicación interpersonal y educacional (Schvartz; Diez, Ghitia, Jait y Oliva; Jalley y Goyos; Albardonado y Cuberli) el análisis de campañas e intervenciones comunicacionales en salud (Vara; Ortiz y Ravalli; Cuberli) y la incidencia de la comunicación en las políticas de salud (Mejía; Arrosi y Thouyaret; Gonzalez; Belardo; Santoro y Chaher).

Por su parte, Uranga, Femia y Díaz (2002) analizan tres situaciones de comunicación para la salud que consideran que agrupan las prácticas dominantes en comunicación para la salud en América Latina: la relación médico paciente en los servicios de salud, las campañas de educación para la salud y el periodismo científico. Gloria Coe (1998) al referirse a la Comunicación para la salud, distingue varias áreas programáticas: la comunicación organizacional (procedimientos internos de comunicación), la educación de los medios (promover el pensamiento crítico acerca de los medios) el periodismo especializado en salud (información sanitaria en los medios), el mercadeo social (aplicación de mercadeo a actividades sociales), la comunicación sobre los riesgos, el Edumentrenimiento (información sanitaria atractiva y fácil de entender) y la comunicación social (promover la participación comunitaria y la programación educativa).

Roche, Navarro, Lembo y Tellechea (2010), a partir de la implementación de un proyecto de extensión universitaria, reflexionan sobre la importancia de considerar las percepciones de los destinatarios en la producción de materiales sobre salud. En otro trabajo, Roche y Navarro (2008), señalan que la comunicación en salud es fundamental para modificar conductas que contribuyan a mejorar la calidad de vida de la población destinataria.

En estos trabajos mencionados no aparece directamente la delimitación de un área que contemple los procesos de organización colectiva en salud en los territorios. Aunque dentro del campo comunicacional, las discusiones sobre el fortalecimiento de la participación comunitaria para apuntar al cambio en las prácticas de salud, si han ocupado un lugar importante. Beltrán (2010) indaga en la relación entre comunicación social y participación popular, diferenciándolas entre sí y asociándolas con las concepciones de salud. Por su parte, Prieto Castillo (2000) plantea que en la promoción de la salud no es posible disociar lo comunicacional de la educación, por eso propone la *comunicación educativa*³⁴, que está orientada no a la persuasión sino al aprendizaje. Natansohn (2009) reflexiona sobre la planificación de la comunicación comunitaria en los servicios de salud en Brasil, proponiendo superar la instancia exploratoria para capturar los lugares de habla y las relaciones entre los sujetos y trazar un mapa de las relaciones y canales de comunicación. Para ello destaca la importancia del trabajo etnográfico.

En esta línea, Uranga y Díaz (2010) señalan que la incorporación en los procesos de salud de los actores comunitarios es una vía para aumentar la eficacia de las iniciativas de salud, porque son los interlocutores legítimos de la comunidad, conocen a los destinatarios de la acción, saben cómo relacionarse con ellos y lograr su participación en propuestas de cambio.

De la misma manera Regis (2010) retoma estas discusiones y reflexiona sobre el rol del comunicador en salud, distinguiendo en la actualidad dos líneas de trabajo: las que se enmarcan dentro de la perspectiva de las tecnologías de información para la gestión, la identidad y la imagen organizacional, y las que piensan las prácticas e intervenciones en salud, desde la especificidad de los procesos culturales en cuanto articuladores de las prácticas de comunicación con los movimientos sociales.

³⁴ La comunicación educativa tiene como protagonistas a los involucrados reflejando sus demandas, acompaña procesos de transformación, facilita vías de expresión y sistematización de experiencias.

Estos estudios relevados en el campo comunicación y salud destacan la importancia de la participación comunitaria (Beltrán 1995, 2010; Prieto Castillo 2000; Uranga, Díaz y Femia 2002; Díaz y Uranga 2010), pero en su mayoría refieren a la participación individual de los sujetos, no a procesos de organización colectiva en torno a la salud en los territorios. Aquí es importante mencionar, en los últimos años se han multiplicado los aportes y las preguntas en torno al campo³⁵. En este sentido creemos que nuestro trabajo será un aporte a dicho campo, puesto que se analizan las prácticas en torno a la salud de dos organizaciones sociales en territorios específicos, con centralidad en los sentidos que se desprenden de sus propuestas y en los que sus integrantes asignan a la salud, en relación con los sentidos dominantes en salud.

2.2-Transformación/conservación del orden social

2.2.1- La política y lo político

Para ubicar y delimitar el objeto de estudio recuperamos algunos debates teóricos sobre la institucionalización/transformación del orden social. Para comprender las prácticas que realizan las organizaciones sociales en torno a la salud y los sentidos que le asignan a éstas sus integrantes es importante mencionar las distinciones entre la política y lo político, como así también entre lo político y lo social.

La distinción entre lo político y la política a la que se adscribe, retomando a Mouffe (2007a), se basa en que *la política* se refiere a las prácticas e instituciones de la política convencional, mientras que *lo político* refiere al modo en que se instituye la sociedad³⁶, al espacio de conflicto, poder y antagonismo. En este mismo sentido, siguiendo a Laclau

³⁵ Es importante destacar que en el marco de la creación de una Red de Comunicación en Salud de Argentina se están recuperando las distintas experiencias de investigación, debate e intervención en el campo, en pos de comenzar a consolidarlo y definir posibles áreas de trabajo, en las que se contemplan las experiencias territoriales en comunicación y salud (Documento de trabajo Pro-Red de Comunicación en Salud- *I Congreso Comunicación Popular desde América Latina y El Caribe - II Congreso Comunicación/Ciencias Sociales desde América Latina -COMCIS- FPyCS- UNLP en 2015*)

³⁶ Se utiliza aquí de manera indistinta *orden social* y *sociedad*.

(1990) se afirma que *lo político* comprende el momento originario en el que se sutura la indeterminación de lo social en un orden hegemónico, es decir, que implica un acto hegemónico discursivo³⁷ sobre lo social para dar lugar a la existencia de la sociedad, pero la sociedad es siempre una estructura abierta, contingente y en reconstrucción, porque no todo lo social puede representarse en ella. Cuando un acto de institución ha sido exitoso, tiende a producirse un olvido de los orígenes y de la contingencia, y el sistema de posibilidades alternativas se desvanece. Es precisamente sobre ese olvido de la contingencia originaria donde funciona *la política* como administración de lo instituido (Laclau, 1990). Por ello, se puede decir que *lo político* está vinculado al momento de lo instituyente y *la política* está relacionada con la administración de lo instituido.

En este sentido se puede decir que todo orden social se basa en la contingencia, es decir, es la articulación precaria de prácticas contingentes, y está basado en la exclusión de otras posibilidades que han sido reprimidas aunque no eliminadas (Mouffe, 2007a). Por lo que el orden social expresa una estructura abierta atravesada por relaciones de poder, en donde la exclusión de otras posibilidades implica reconocer su “naturaleza” hegemónica pero dejando abierta la posibilidad de ser disputado por prácticas que intentan desarticularlo³⁸.

En un orden social se cristalizan una multiplicidad de relaciones sociales de diferente tipo que lo componen, reproducen y eventualmente transforman. Es a partir de ello que se producen diferencias y exclusiones, que se naturalizan históricamente pero pueden reactivarse mediante operaciones de politización³⁹. Así, los movimientos sociales como emergentes del descontento son una muestra de la contingencia del orden social, de la posibilidad de que determinadas relaciones sociales se estructuren de otra forma (Retamozo, 2010).

El concepto de hegemonía entendida como una práctica articuladora, es clave para abordar lo político. Laclau y Mouffe (1987) llaman articulación a toda práctica que establece una relación tal entre elementos, que la identidad de éstos resulta modificada como resultado de esa práctica, siendo el discurso, la totalidad estructurada resultante de esa práctica

³⁷ Desde esta perspectiva, el discurso no está restringido al habla y a la escritura sino que incluye todos los sistemas de significación (Laclau, 2006: 24).

³⁸ Más adelante retomaremos la tensión entre reproducción y transformación del orden social.

³⁹ Laclau (1990) para explicar este proceso de sedimentación – reactivación retoma a Husserl.

articulatoria. Debido a la función de institución que lo político tiene sobre lo social, se puede decir, siguiendo a Laclau (1990) que hay una primacía de lo político sobre lo social, y que “hay hegemonía sólo si la dicotomía universalidad/particularidad es superada; la universalidad sólo existe encarnada en -y subvirtiendo- alguna particularidad, pero, a la inversa, ninguna particularidad puede devenir política sin convertirse en el locus de efectos universalizantes” (Laclau, 2003: 63). Aquí, lo universal es producto de las articulaciones y desplazamientos de esas identidades particulares.

En las prácticas de las organizaciones, como se verá en el análisis del material empírico, estas categorías se entrecruzan y dialogan constantemente, dejando ver la primacía de lo político sobre lo social. Se podrá observar el movimiento en el amplio espectro de ambos registros. Por un lado sus acciones pertenecen al ámbito de lo político, puesto que se apunta a la institución de nuevas prácticas y sentidos; y por otro lado, al ámbito de la política, particularmente a través de la disputa en el terreno electoral⁴⁰.

2.2.2- No todo es político

Cuando se recupera esta distinción entre la política y lo político no se puede dar por sentado que todo es político, aunque sí *todo es politizable* (Arditi, 1995). Aquí resulta de utilidad reconocer la tensión entre lo social-naturalizado y lo político, puesto que la frontera entre lo que es social-naturalizado y lo que es político en determinado momento y contexto se desplaza constantemente. Es decir, que lo que es social o político es variable e inestable y depende de la relación conflictiva entre las prácticas de sedimentación y las de politización (Ema López, 2007, Mouffe, 2007b). Por ello, en un contexto y momento dado se encuentra un conjunto de prácticas sociales sedimentadas que no son controvertidas, su realización no es discutida y en su reiteración sostienen un orden social determinado. Por otra parte, se encuentran otras prácticas -englobadas en lo político- que están sujetas a controversia, forman parte de antagonismos y, en general, permiten mostrar que lo social naturalizado es el resultado de relaciones de poder (Ema López, 2007). Cabe señalar que es fundamental la existencia de ambos, puesto que sería inconcebible una sociedad sin lo

⁴⁰ La incursión de una de ellas en este último es mas reciente y excede el recorte temporal que se efectúa en esta tesis, sin embargo es un elemento importante a tener en cuenta.

político, porque supondría una sociedad cerrada cuya reproducción se daría a través de prácticas repetitivas; como también lo sería una sociedad en la que sólo hubiera actos que mostraran la contingencia, puesto que ésta sólo puede mostrarse con un trasfondo de prácticas sedimentadas. Por ello, la tensión entre lo social-naturalizado y lo político es fundamental para el funcionamiento del orden social y se recupera aquí para pensar las prácticas de politización de la salud realizadas por las organizaciones.

Asimismo, lo político y la política son dos registros que se compenetran y contaminan mutuamente. En este sentido, la política es el terreno de intercambios entre partidos políticos, de actividades legislativas y gubernamentales de elecciones y representación territorial y, en general, de prácticas y procedimientos que se desarrollan en el entramado institucional del sistema político. De ahí que su objetivo es regular, dentro de un espacio institucional, la conflictividad amenazante de lo político, que puede desarrollarse en cualquier espacio (Arditi, 1995).

En la estructura de lo político, además de la oposición o antagonismo, hay algo que está en disputa, que en este caso puede abarcar el reconocimiento de los reclamos y propuestas de distinto orden realizados por las organizaciones, la posibilidad de convertirse en interlocutoras, la incorporación de diversos temas en la agenda pública, la defensa y efectivización de derechos sociales –entre ellos la salud–, la participación en el diseño/ejecución de políticas públicas, y fundamentalmente el reconocimiento de otras prácticas y sentidos sobre la salud, que exceden lo físico/biológico, de lo curativo y de lo individual. Entonces, se puede afirmar que no hay política sin lo político, puesto que “la regulación del orden necesita de un desorden que ordenar”, pero lo político puede existir dentro y fuera de la política (Ema López, 2007).

Hay que tener en cuenta que “transformar lo social, incluso en el más radical y democrático de los proyectos, significa por lo tanto construir un nuevo poder –no la eliminación radical del poder” (Laclau, 1990: 50). Por ello, si a partir de los procesos de politización se logra consolidar algún tipo de transformación, ésta significará siempre la institución de nuevas relaciones de poder y por tanto, de algún tipo de exclusión. Nunca podrá significar la desaparición del poder, puesto que éste es inherente a todo orden social.

Así, Cieza (2011) señala que la construcción de poder popular es estratégica en la lucha por construir un proyecto alternativo de las clases subalternas, y que subordina la tensión entre movimiento social e institución. Por ello señala que el cambio social va de la mano del poder popular y la disputa del poder del Estado, siendo el primero estratégico y permanente, y el segundo instrumental y coyuntural. Asevera que no hay transformación del Estado sin un proyecto popular de nación que lo sustente, y ese proyecto popular de nación se construye justamente desde el fortalecimiento del poder popular.

2.2.3- Las prácticas sociales

Avanzando en las formulaciones recuperadas hasta el momento, se puede afirmar que las prácticas sociales separadas de la dimensión simbólica, son escindibles sólo analíticamente.

La relación entre las estructuras sociales y las posibilidades de los sujetos de transformarlas o reproducirlas a través de sus prácticas ha sido explorada por varios autores en el ámbito de las ciencias sociales⁴¹. Para pensar la reproducción y transformación del orden social, se sumaran a los aportes de Mouffe y Laclau, los de Bourdieu sobre las prácticas sociales y de De Certeau sobre estrategias y tácticas.

Toda práctica social es el resultado de la relación dialéctica entre las estructuras objetivas externas y las estructuras objetivas internalizadas (Bourdieu, 2007), y está atravesada por una trama de sentidos que se va modificando a través de las interacciones y negociaciones de los sujetos que ocupan posiciones diferenciales en contextos sociales, históricos y políticos específicos. Es decir, que toda práctica social contiene una dimensión significativa que le da su sentido, que la constituye (García Canclini, 2008).

Las estructuras internalizadas actúan como principios generadores y organizadores de prácticas y también de representaciones. Asimismo, entender a los sujetos como

⁴¹ Reguillo Cruz (1999) señala que hay una tendencia a pensar la dinámica del cambio social en dos momentos: uno de caos, energía desatada y constante movimiento; y otro de cristalización e institucionalización cuyo fin es darle un nuevo sentido a los elementos sociales que entraron en crisis durante la fase de movimiento. La autora cita a varios autores que dan cuenta de esto: Alberoni (diferencia entre estado naciente y estado de institución); Turner (diferencia entre comunidades y estructura); Balandier (habla de desorden y orden); Bourdieu, Giddens y Habermas (se ocupan de las relaciones entre estructura y prácticas sociales).

productores de sentido, implica comprender los procesos en condiciones materiales e históricas concretas, y a su vez, situarlos en un contexto socio político más amplio, atravesados por procesos de construcción de hegemonía.

De este modo, retomando los aportes de Bourdieu, se piensan las prácticas sociales como estrategias producidas por sujetos y grupos en función de la posición que ocupan dentro del campo analizado. Aquellos/as que están involucrados/as en las prácticas no se ajustan sólo a lo que ven sino también a lo que prevén, a lo que ven de antemano en el presente. Por lo tanto, deciden en función de las probabilidades, en el acto, “en el fuego de la acción”, es decir, en unas condiciones que excluyen la distancia y el retroceso. Esta urgencia es producto de la participación en el juego y del interés por lo que está en juego (Bourdieu, 2007).

Martín Barbero (1987) señala que para pensar las prácticas, Bourdieu coloca a la reproducción como proceso social fundamental, por ello ha elaborado el modelo más abierto, complejo y menos mecánico para comprender la relación de las prácticas con la estructura, pero ha dejado fuera la relación de las prácticas con las situaciones y lo que desde ellas se produce de innovación y transformación. Es importante destacar que este acento en la reproducción puede observarse más cabalmente en los primeros textos del autor.

Para Bourdieu la reproducción y el cambio están inscriptos en la dinámica social, son parte de la relación entre estructuras y prácticas, y dependen de la posición que ocupan los agentes en la estructura⁴². La dinámica social está atravesada por la lucha por la apropiación material y simbólica de distintos tipos de capital que se libra al interior de campos específicos, en los que los sujetos ocupan posiciones diferenciales. Para el autor, las estructuras son productos históricos que se realizan, se actualizan y eventualmente se transforman por las prácticas de sujetos dotados en mayor o menor grado de capacidad de acción. Las prácticas, por un lado están ajustadas a las estructuras que las engendraron y por otro, tienen un componente de indeterminación, ya que son el producto de luchas

⁴² Giddens (1995) propone que la sociedad se constituye a partir de las acciones de sus miembros, siendo la estructura y la agencia de los sujetos elementos complementarios, articulados. Es decir que la acción está constituida por la estructura y a la vez constituye a la estructura. Según el autor, la agencia es la capacidad del actor de movilizar recursos y reinterpretar esquemas culturales. Aquí, la clave para entender el orden social está en las relaciones entre producción y reproducción, apareciendo la posibilidad del cambio en cada acción que contribuye a la reproducción.

simbólicas que están sometidas a variaciones de orden temporal y al estado de relaciones de fuerza (Bourdieu, 2007). Aquí se puede observar el diálogo entre lo social y lo político que se mencionó anteriormente, como también la contingencia y la posibilidad de transformación del orden.

En esta tesis se consideran las prácticas en salud de dos organizaciones sociales en tanto estrategias de sujetos colectivos que disputan y construyen sentidos. Si bien dichas prácticas tienen un margen de planificación, podemos decir que son resultado de las trayectorias de las organizaciones y de las experiencias de quienes las conforman, y en base a eso se consideran ciertas oportunidades y no otras y se tiene más o menos capacidad para tomar una dirección u otra.

Como se indicó anteriormente, en este trabajo se analizan las prácticas en salud en territorios específicos, entendiéndolos como espacios socialmente construidos, como escenarios de intervención y también entramados de sentidos. Tal como señala Manzanal (2007:17), recuperando los aportes de Milton Santos, el *territorio* sintetiza relaciones de poder material y simbólico, y “se caracteriza por ser un espacio producido socialmente, sea por medio de prácticas espaciales (espacio vivido), formas de representación, mapas, figuras (espacio representado) o a través de símbolos, ideas o conceptos (espacio simbólico); un espacio concreto (zona, área) y abstracto (redes, tramas); un espacio que conjuga una zona definida donde la gente vive y trabaja con un espacio virtual, compuesto por las redes y tramas que operan en el mismo; y un espacio delimitado, que tiene un límite y también una alteridad.

Campos y relaciones de poder

Como se indicó, las prácticas sociales son resultado de la relación dialéctica entre ambos estados de lo social: las estructuras objetivas externas y las estructuras objetivas internalizadas. Así, las prácticas están estrechamente ligadas a la posición que el sujeto ocupa en el campo que es objeto de análisis. Siguiendo a Bourdieu (2002) podemos decir que los campos son espacios de juego históricamente constituidos con sus instituciones específicas y sus leyes de funcionamiento propias. Un campo es una “red de relaciones objetivas entre posiciones objetivamente definidas, en su existencia y en las

determinaciones que ellas imponen a sus ocupantes”, por su situación actual y potencial en la estructura de distribución de capital o de poder. Es fundamental remarcar que para que funcione un campo, es necesario que haya algo en juego y actores dispuestos a jugar, que estén dotados del conocimiento y reconocimiento de las leyes inmanentes al juego y de lo que está en juego. Del mismo modo, debe existir un acuerdo entre los sujetos sobre aquello por lo cual vale la pena luchar. La estructura del campo es un estado de la relación de fuerzas entre los agentes o las instituciones que intervienen en la lucha, de la distribución del capital específico que ha sido acumulado durante luchas anteriores y que orienta las estrategias. En esa lucha encontramos a aquellos que monopolizan el capital específico, que es el fundamento del poder o de la autoridad específica de un campo y se inclinan hacia estrategias de conservación, y a aquellos que disponen de menos capital y se inclinan a utilizar estrategias de transformación.

Desplazando la mirada hacia la posibilidad de transformación en el contexto de la vida cotidiana de cada sujeto, De Certeau, ([1980] 2000) propone una distinción entre estrategias y tácticas, que es interesante recuperar puesto que dentro de los campos se observan distintos tipos de acciones según el lugar ocupado. Así, la *estrategia* responde a aquellas relaciones de fuerza que resulta posible cuando existe un sujeto con voluntad y poder, postulando un lugar propio desde el que se establece una relación con otros. Por el contrario, una *táctica* es una acción calculada, determinada por la ausencia de un locus propio y de poder, que opera en el espacio del otro, en acciones aisladas y sacando ventaja de las oportunidades que se presentan. Así, la táctica es la máxima fortaleza del débil. Siguiendo a Martín Barbero podemos decir que “(...) De Certeau propone una teoría de los usos como operadores de apropiación que, siempre en relación a un sistema de prácticas pero también a un presente, a un momento y un lugar, instauran una relación de sujeto con los otros” (Martín Barbero, 1987: 93).

En relación a las acciones en pos de la conservación o transformación dentro de los campos (Bourdieu, 2007) y al desarrollo de tácticas y estrategias (De Certeau, 2000), es apropiado recuperar las reflexiones de Giménez (1981) sobre el dinamismo de las relaciones de fuerza. El autor, retomando a Foucault, asevera que toda correlación de fuerzas es resultado de luchas anteriores y condición de surgimiento de nuevas, y que los procesos de luchas se desarrollan bajo modalidades relativamente racionales que se

denominan estrategias y tácticas. Siendo los objetivos estratégicos referidos al largo plazo, estables y permanentes, y los objetivos tácticos referidos a las variaciones coyunturales y pueden ser variados y hasta contradictorios.

En esta tesis se analizan las disputas de sentidos en el campo de la salud. A los fines de este estudio, se identifica a la biomedicina ocupando una posición hegemónica frente a las prácticas de salud llevadas a cabo por organizaciones sociales que aspiran a ampliar su espacio de reconocimiento e incidencia y a poner en diálogo otros sentidos sobre la salud⁴³. En tal proceso y desde dicha posición, como se verá más adelante, disputan sentidos apropiándose y resignificando prácticas y sentidos hegemónicos.

Para comprender las prácticas en salud se retoma el concepto de Modelo Médico Hegemónico propuesto por Menéndez (1988: 1), entendiendo por éste al “conjunto de prácticas, saberes y teorías generados por el desarrollo de lo que se conoce como medicina científica, el cual desde fines del siglo XVIII ha ido logrando establecer como subalternas al conjunto de prácticas, saberes e ideologías teóricas hasta entonces dominantes en los conjuntos sociales, hasta lograr identificarse como la única forma de atender la enfermedad legitimada tanto por criterios científicos, como por el Estado⁴⁴”. Esto no implica considerar a la medicina científica como negativa ni idealizar las prácticas alternativas, sino que la hegemonía de este modelo está en relación con las prácticas a las cuales subalterniza, pero sin por ello poder eliminarlas.

Dentro del campo de la salud, como en todo campo, coexisten distintas prácticas y sentidos, generando disputas entre los distintos sectores que pugnan, en un espacio atravesado por relaciones de hegemonía/subalternidad, por el reconocimiento y legitimidad de sus acciones. En el campo de la salud convergen actores, recursos, problemas e

⁴³ En dicho campo intervienen otros actores desde otras posiciones como por ejemplo: los curadores alternativos - curanderos, quiroprácticos, grupos new age-, grupos religiosos. Sin embargo ellos no forman parte del problema que se pretende indagar.

⁴⁴ La construcción de este modelo supone una serie de rasgos estructurales relacionados: biologismo, individualismo, ahistoricidad, asociabilidad, mercantilismo, eficacia pragmática, asimetría, autoritarismo, participación subordinada y pasiva del paciente, exclusión del conocimiento del consumidor, legitimación jurídica, profesionalización formalizada, identificación con la racionalidad científica, tendencias inductivas al consumo médico, etc.

intereses que conforman una red de relaciones, con autonomía relativa, en el que los diferentes agentes luchan por la consolidación, o por la apropiación y el predominio de uno o más capitales (Spinelli, 2010).

Dentro de dicho campo, se puede identificar al menos dos perspectivas. La salud pública, construcción hegemónica centrada en la biomedicina llevada a cabo desde las instituciones del Estado y el movimiento crítico de la salud colectiva que ha emergido en América Latina en los últimos veinte años, en diálogo con la Salud Pública y con la Medicina Social.

Según señalan Almeida Filho y Paim (1999), la salud colectiva “ha permitido un diálogo crítico y la identificación de contradicciones y acuerdos con la salud pública institucionalizada, sea en la esfera técnico-científica sea en el terreno de las prácticas”. Los autores proponen entender a la salud colectiva como campo científico donde se producen saberes y conocimientos sobre la “salud” y donde operan distintas disciplinas; y como ámbito de prácticas, donde se realizan acciones en diferentes organizaciones e instituciones por diversos agentes (especializados o no) dentro y fuera del espacio convencional del “sector salud”.

Así, “en tanto campo de conocimiento, la Salud Colectiva contribuye con el estudio del fenómeno salud/enfermedad en poblaciones en su carácter de proceso social; investiga la producción y distribución de las enfermedades en la sociedad como procesos de producción y reproducción social; procura comprender, finalmente, las formas con que la sociedad identifica sus necesidades y problemas de salud, busca su explicación y se organiza para enfrentarlos” (Almeida Filho y Paim, 1999).

La Salud colectiva puede ser considerada como un campo de conocimiento de naturaleza interdisciplinar cuyas disciplinas básicas son la epidemiología, la planificación/administración de salud y las ciencias sociales en salud. Este contempla el desarrollo de actividades de investigación sobre el estado sanitario de la población, la naturaleza de las políticas de salud, la relación entre los procesos de trabajo y enfermedades y daños, así como las intervenciones de grupos y clases sociales sobre la cuestión sanitaria (Ribeiro 1991, citado por Almeida Filho y Paim (1999)).

En tanto ámbito de prácticas, la Salud Colectiva comprende a aquellas prácticas desarrolladas en distintos espacios, que incluyen “el ámbito académico, en las instituciones de salud, en las organizaciones de la sociedad civil y en los institutos de investigación, informadas por distintas corrientes de pensamiento, resultantes de la adhesión o crítica a los diversos proyectos de reforma en salud (Paim (1992), citado en Almeida Filho y Paim (1999))”. Asimismo, la Salud Colectiva contempla tanto la acción del Estado como el compromiso de la sociedad para la producción de ambientes y poblaciones saludables.

2.2.4- Los sentidos

Los autores que se han retomado para recuperar la reflexión sobre la conformación, reproducción y posibilidad de transformación de la sociedad han incluido la dimensión simbólica por considerarla inherente a las prácticas que realizan los sujetos.

Se afirmaba, en párrafos anteriores, que la sociedad se funda mediante una operación hegemónica en la que se sujetan sentidos. Algunos se cristalizan como dominantes y se convierten en el marco desde el cual pensar y actuar -significados dominantes o preferentes en términos de Hall (1980)-, y otros sentidos permanecen subalternizados. Dichos sentidos dominantes y el dialogo/tensión con los sentidos en pugna, pueden visualizarse en distintos campos, entre ellos el de la salud.

Es apropiado recuperar los aportes de González Sánchez (1994), quien señala que no hay práctica social que se realice sin el acompañamiento de algún tipo de *representación simbólica* sobre ella. El autor entiende a los sentidos como el conjunto de construcciones sociales a través de las cuales los sujetos significan y comprenden las situaciones y experiencias de su vida cotidiana. Se refiere a la construcción de definiciones sígnicas/conceptuales de las realidades sociales (Schutz, en González Sánchez, 1994). Plantea que construir sentidos implica una asimilación, una selección creativa, una reacomodación, una serie de esquemas interpretativos que suelen operar sobre otras formas preexistentes o copresente de nombrar al mundo, de ordenarlo. Por ello, toda construcción de un sentido se efectúa sobre la de-construcción de otro. Esta afirmación resulta apropiada puesto que se abordan aquí los sentidos que los sujetos asignan a sus prácticas en salud con en relación a los sentidos dominantes.

Asimismo, es importante pensarlos en el marco de procesos históricos concretos, en contexto. García Canclini señala que el sentido es siempre en relación, social e histórico. Apunta que “el sentido sería más bien el sentido histórico, filosófico, macrosocial, y en él diferentes estructuras y sus significados parciales son totalizados por una experiencia histórica de una sociedad, de una clase, de una época. En esta línea, hablamos del mundo del sentido como el mundo de lo simbólico (1995: 89)”

Guber et al. (1986) proponen que los sentidos, las significaciones sociales, encuentran su soporte en formas ideales, que se organizan jerárquicamente en sistemas estructurados. Éstos se dan en función de la reproducción social, pero sin embargo no implica que se encuentren de manera predeterminada adscriptos a ideologías hegemónicas o subalternas.

Los autores señalan que los sentidos no existen por si solos, sino como productos sociales sustentados por los sujetos. Por eso deben analizarse siempre en uso y en el seno de procesos concretos. En las prácticas sociales los sujetos desempeñan un papel activo en la selección y empleo de formas de sentido⁴⁵ y las reorganizan transformándolas en significados. A este proceso lo denominan traducción de sentidos en significados, entendiendo por significado al uso de las formas de sentido en un contexto concreto; son los sentidos apropiados y puestos en práctica por los sujetos (Guber et al., 1986).

La existencia social de un sentido requiere ser considerada como expresión de un sistema de sentidos cuya lógica el investigador debe reconstruir a partir de la observación de prácticas y la realización de entrevistas.

⁴⁵ Los autores hablan de Formas Históricas de Sentidos.

3- METODO ETNOGRÁFICO Y PROCESO DE TRABAJO

En este capítulo se explicitan las principales decisiones metodológicas tomadas dentro de una perspectiva cualitativa. Se describe el proceso de construcción del problema de estudio, mencionando el recorrido previo y los sucesivos ajustes realizados en el transcurso de una beca de formación doctoral. Se centra pues, en las decisiones tomadas durante el proceso de investigación, la selección de los casos, contextos y fechas (Valles, 1995), las estrategias y técnicas utilizadas y los criterios de recolección de información y análisis.

3.1. Perspectiva cualitativa y método etnográfico

Toda investigación produce una reconstrucción de la realidad, por lo tanto el tipo de aproximación que se utiliza condiciona el tipo de reconstrucción que se produce.

El abordaje metodológico de este estudio está alineado a una perspectiva cualitativa siendo la aproximación que habilita un acceso privilegiado a los sentidos que los sujetos construyen y asignan a sus prácticas. Siguiendo a Sabino (1992) se entiende que la aproximación cualitativa obliga a controlar y hacer consciente la propia subjetividad, a leer las respuestas con detenimiento, a incorporar conocimientos previos a la necesaria y compleja tarea de interpretación. La elasticidad de la aproximación cualitativa para incluir modificaciones que contemplen la reflexividad durante el trabajo de campo, permite tomar decisiones de distinta índole que abarcan –respecto al diseño inicial– ajustes en los instrumentos, en la selección de informantes, en el tipo de información, en los ámbitos de observación, en los grados de involucramiento del investigador, en el análisis de la información, entre otras. Esto se refleja en este trabajo en las etapas iniciales en las que se

realizaron ajustes en la definición del problema y selección de los casos a analizar, y en las instancias de devoluciones a los/as integrantes de las organizaciones.

Dentro de la perspectiva de abordaje cualitativa, se toman elementos del *método etnográfico*⁴⁶ puesto que permite conocer las prácticas de los sujetos en contextos cotidianos, a partir de una estadía prolongada en el campo, la observación directa en el momento en que transcurren los hechos y la interacción con esos/as *otros/as* a quienes se quiere conocer.

3.2- Identificación del problema

Para dar cuenta de cómo se fue delineando el problema de investigación, se mencionan dos trabajos desarrollados previamente. Por un lado, la realización de la tesis de grado⁴⁷ para la Licenciatura en Comunicación Social desde la perspectiva de la investigación acción, en la que se analizaron las redes de relaciones entre las organizaciones que realizaban trabajo territorial en un barrio del partido de Berisso. Y por otro lado, la participación durante tres años en un Programa de Extensión⁴⁸ de la Universidad Nacional de La Plata, desde el que se gestionó en los años 2008 y 2009, un “Curso de formación de promotores/as de salud”, respondiendo a una demanda de organizaciones sociales del Gran La Plata con las que se venía trabajando problemáticas vinculadas a derechos humanos. Dicha demanda se basó en las deficientes condiciones habitacionales y acceso a los servicios de atención primaria de la salud, observadas por los y las referentes de las organizaciones en los barrios en los que se encontraban trabajando.

⁴⁶ Siguiendo a Guber (2001), la etnografía puede entenderse desde tres acepciones diferentes: método, enfoque y texto, que están sumamente relacionadas en el desarrollo de la investigación. Como *enfoque* la etnografía es una concepción y práctica de conocimiento que busca comprender los fenómenos sociales desde la perspectiva de los sujetos involucrados. Adoptar un enfoque etnográfico es elaborar una representación coherente de lo que piensan y dicen los sujetos con los que trabajamos, de modo que esa "descripción" no es ni su mundo, ni cómo es el mundo para ellos, sino una conclusión interpretativa que elabora el investigador a partir de la articulación entre la elaboración teórica y su contacto prolongado con los nativos. Como *método* la etnografía es el conjunto de actividades que se designa como "trabajo de campo", y que consiste en la presencia directa, y por un tiempo prolongado, del investigador en el lugar donde se encuentran los sujetos de la unidad sociocultural que desea estudiar. En ese contexto el investigador recaba la información que analiza durante y después de su estadía, a través de distintos mecanismos (observación participante, entrevistas), y teniendo en cuenta que él es el principal instrumento. Los fundamentos de su flexibilidad radican en que son los sujetos y no el investigador, los privilegiados para expresar en palabras y en prácticas el sentido de su vida, su cotidianidad, sus hechos extraordinarios y su devenir. La etnografía como *texto* consiste en el producto de este recorrido realizado en el trabajo de campo.

⁴⁷ Pensando en Red: barrio en (re) construcción. El aporte de la comunicación en la construcción de redes sociales. Calle Nueva York 2007-2008. FPyCS-UNLP. Realizada junto con Juan Pedro Bisheimer.

⁴⁸ “El Derecho a tener derechos”, dirigido por Belén Fernández, Esteban Rodríguez Alzueta y Mariana Relli.

En el barrio en el que se realizó la tesis de grado, donde las condiciones habitacionales y sanitarias eran precarias (hacinamiento en viejos locales y conventillos, desborde cloacal, basurales) la mayor parte de las organizaciones barriales –incluidas las que participaron del curso de Formación de Promotores/as de Salud desarrollado en el marco del Programa de Extensión- se dedicaban a “la conservación del patrimonio histórico del lugar”, sin abordar problemáticas de salud y ambiente, aunque reconocían su importancia como tales. Sin embargo, en otros barrios en los que también trabajaban las organizaciones que participaron del curso de Promotores y otras organizaciones, se consideró como una prioridad abordar temas de salud (jornadas para concientizar sobre la disposición de la basura, talleres de salud sexual, de género, etcétera) ocupando éstos un lugar fundamental en el desarrollo de sus actividades⁴⁹.

Atendiendo a estas diferencias, se reconoció la importancia de realizar un estudio situado territorialmente, para lo cual se propuso analizar las prácticas en torno a la salud de distintas organizaciones en barrios específicos, considerando las particularidades de cada organización según el contexto barrial en el que se desenvolvían, sus referentes e integrantes locales, las relaciones de poder y las negociaciones y consensos alcanzados dentro del territorio y sus objetivos sociales y políticos más amplios.

Los interrogantes de los que se partió fueron: ¿Cómo y por qué surge en algunas organizaciones el interés por abordar temas relacionados con la salud? ¿Cuáles son las demandas y necesidades que las movilizan a abordarlos? ¿Cuáles son las prácticas que realizan y los discursos que construyen las organizaciones en torno a la salud? ¿Cuáles son los sentidos que circulan en torno a la salud? ¿Cuáles son las estrategias comunicacionales para intervenir en el territorio? ¿De qué manera articulan con el Estado?

A raíz del acompañamiento en diversas actividades de las organizaciones en los barrios, se fueron afinando los interrogantes, hasta derivar en los que guían este estudio. Los mismos apuntan a conocer los sentidos que los/as integrantes de las organizaciones asignan a la salud y a sus prácticas en torno a ella, en relación con las resignificaciones de los sentidos dominantes sobre la salud; y a cómo se presenta la dimensión política en esas prácticas.

⁴⁹ Asimismo, es importante señalar que otras organizaciones que no participaron del curso de promotores también incluyen temas de salud en sus actividades.

Tanto la primera propuesta exploratoria como las sucesivas modificaciones efectuadas, fueron realizadas en el marco de una beca doctoral otorgada por la Comisión de Investigaciones Científicas de la Provincia de Buenos Aires, durante el período 2010-2015.

3.3- Criterios de selección de los contextos y los casos

Los criterios de selección se anclaron en dos niveles, por un lado en el de los contextos relevantes al problema de investigación y los casos específicos (Valles, 1999), y por otro en el de las decisiones propias del trabajo de campo, relacionadas con los criterios de observación participante y entrevistas.

En un primer nivel, se decidió centrar el análisis en dos barrios (El Carmen y Villa Argüello) pertenecientes a la zona de La Franja de Berisso, zona de límite con la ciudad de La Plata, en función de los criterios de *diversidad*, *accesibilidad* y *homogeneidad/heterogeneidad*. Es decir, que se contempló la *diversidad* de organizaciones que trabajan temas vinculados a problemáticas de salud con cierta continuidad; la *accesibilidad* –cercanía, fácil acceso y posibilidad de contacto con referentes–; y la articulación de características que expresan respecto de la *homogeneidad/heterogeneidad* –ambos barrios tienen características estructurales similares: pertenecen a esta zona difusa entre dos localidades, la zona de La Franja de Berisso; están alejados del centro de la ciudad a la que pertenecen; tienen una marcada diferenciación entre una zona urbana de clase media baja cercana a la avenida que divide a las dos ciudades y una zona de asentamientos que se encuentra más alejada de dicha avenida, donde se encuentran las organizaciones abordadas; y poseen Centro de Atención Primaria de Salud. Pero a su vez, y esto se vincula con la heterogeneidad, tienen trayectorias e historias de organización diferentes.

En un segundo nivel, se decidió profundizar en las dos organizaciones que tenían mayor presencia y realizaban un trabajo sostenido y planificado en los barrios. Asimismo, una de las organizaciones -Barrios de Pie- tenía mayor presencia en el barrio El Carmen, y la otra -el Frente Popular Darío Santillán- tenía mayor presencia en el barrio Villa Argüello. Tomamos como período de referencia los años 2010-2012.

Los criterios de selección de estas organizaciones fueron, por un lado la *continuidad* en el tiempo de las actividades de salud realizadas, y por otro, la *heterogeneidad* en las propuestas políticas y en el tipo de actividades en torno a la salud desarrolladas. Otro criterio importante fue la *accesibilidad*, es decir, la predisposición de los integrantes de las organizaciones a participar en el estudio.

Estas dos organizaciones tienen características similares en lo que respecta a su conformación, puesto que se fueron gestando a fines de la década del 90 en el contexto de movilización social, como movimientos de desocupados de alcance nacional, pero luego fueron ampliando sus actividades, objetivos y proyecciones, consolidándose en los territorios –en barrios pobres de todo el país-, e integrando a diversos sectores. A su vez, estas organizaciones se diferencian claramente en sus proyectos político-ideológicos, la construcción social a la que apuntan, el modo de lograr sus objetivos y el tipo de actividades que proponen. A su vez, ambas han sabido modificar sus estrategias, demandas y estructuras en función de las distintas coyunturas políticas, aunque con tiempos distintos.

Profundizar en el análisis de estos dos casos permite comprender cómo organizaciones que se distinguen en su posicionamiento político, desarrollan sus propuestas en territorios específicos. Es decir, cómo son desarrolladas esas actividades, cuáles son los temas y las formas de abordaje en espacios concretos y cuáles son los sentidos que se ponen en circulación en ellas. En algunos casos dichas propuestas se complementan con otras, pero mayormente se encuentran disputando el espacio territorial.

3.4- Sobre el desarrollo del trabajo de campo

Ingresar al “campo” y comenzar a establecer los contactos con los/as integrantes y referentes de las organizaciones no fue una tarea sencilla. La predisposición de ellos/as fue fundamental para poder comenzar a realizar las indagaciones.

En la primera etapa exploratoria, la aproximación inicial al barrio El Carmen se dio gracias al contacto establecido con una referente⁵⁰ de la organización Barrios de Pie. Inicialmente

⁵⁰ Cuando decimos “referente” nos referimos a aquellos/as integrantes que tienen un rol activo y protagónico dentro de las organizaciones, y que son los/as que se encargan de coordinar diversas actividades y espacios.

se utilizó la técnica del muestreo oportunista⁵¹, y a partir de allí se estableció contacto con la referente de otra organización y luego, a partir de la participación en las actividades desarrolladas en el barrio fue posible el contacto con otra referente, de una tercera organización, y con los responsables del centro de salud N° 35.

Si bien en un comienzo se había planteado trabajar en dos barrios de manera simultánea, el acceso a las actividades que se fueron desarrollando, sumado a la perspectiva de abordaje y al empleo de la técnica de la observación participante -con el tiempo y el compromiso que requiere-, obligó a delimitar el campo, por lo que se decidió, durante 2010, priorizar la inserción en el barrio El Carmen, al que ya se tenía acceso. La decisión obedeció a que en ese barrio, además de la variedad de organizaciones que desarrollaban sus actividades y la continuidad de las mismas en problemáticas vinculadas a la salud, hubo buena predisposición por parte de los/as referentes de las organizaciones para participar del estudio.

Enfocar la investigación en un espacio determinado permitió observar y analizar con detenimiento y profundidad los procesos en curso y participar de todas las actividades sobre temas de salud realizadas por las distintas organizaciones.

Al año siguiente se comenzó el trabajo de campo en el barrio Villa Argüello, también ubicado en la zona de La Franja de Berisso. A partir del contacto con los/as integrantes del Espacio de salud de la regional La Plata del Frente Popular Darío Santillán, fue posible el contacto con una integrante del Club Villa Argüello, en el que se estaba conformando una Comisión de Salud integrada por ambos espacios.

Durante el año 2011 se acompañó el proceso de conformación de dicha comisión de salud, participando de las actividades propuestas y además se continuó con el acompañamiento de las actividades en el barrio El Carmen, en el cual la organización Barrios de Pie fue la que mantuvo la continuidad de sus actividades de salud. Dicho acompañamiento consistió en la participación en las actividades realizadas, en la búsqueda de información solicitada, y en la realización de registros de las actividades.

⁵¹ El muestreo oportunista se basa en la selección de personas proclives a colaborar y a los/as cuales los/as investigadores tienen posibilidad de acceder.

A principio de 2012, la Comisión de Salud del Club Villa Arguello en articulación con el Espacio de Salud del FPDS mermó su funcionamiento porque algunos/as de sus integrantes asumieron otras tareas. Debido a ello, los/as integrantes del Espacio de Salud del FPDS-regional La Plata decidieron centrar el trabajo en “*El Comedor*”⁵² en Villa Argüello retomando dos instancias planteadas el año anterior: la demanda de trabajar temas de salud esbozada por las integrantes del comedor a los/as integrantes del Espacio de salud de la regional La Plata en un espacio de formación de la organización, y los contactos iniciados desde la Comisión de Salud del Club.

Por lo cual, siguiendo con este proceso, por un lado se decidió seguir acompañando el trabajo del Espacio de salud del FPDS-regional La Plata en Villa Argüello, y por otro, el trabajo del Área de salud Barrios de Pie en El Carmen.

3.5- El método etnográfico y las técnicas empleadas

Durante el período de trabajo de campo se realizó observación participante en todas las actividades realizadas por las dos organizaciones en los barrios. Se decidió acompañar y participar de las actividades en salud de ambas, y en la medida en que los/as integrantes de las organizaciones lo fueron permitiendo, también se participó de los espacios de planificación y evaluación.

La observación participante de las distintas actividades realizadas durante el período 2010-2012 y durante las situaciones de entrevista permitieron el acercamiento a las prácticas de los sujetos y sus formas de relación, y a los sentidos que las guían. Se observó sistemática y controladamente todo lo acontecido (Guber, 2004: 109), haciendo foco en los espacios de reunión, las interacciones entre los sujetos, los temas trabajados y las estrategias comunicacionales utilizadas, las concepciones de salud que se desprenden, los modos de integrar los saberes/aportes/consultas de los/as participantes, las maneras en las que se definen los temas a abordar, los aspectos en lo que se hace foco dentro de cada temática. La mayor parte de las observaciones se acompañaron con un registro fotográfico de las

⁵² En este trabajo se omite el nombre del comedor para preservar la identidad de las referentes barriales que participan allí. De este modo, en este trabajo se mencionará como *El Comedor*.

distintas actividades, y posteriormente, la realización de un registro escrito de lo acontecido.

De la misma manera, se realizaron entrevistas en profundidad individuales y grupales, puesto que se consideró que la entrevista es una de las técnicas más apropiadas para acceder al universo de significaciones de los sujetos. Se entiende a la entrevista, siguiendo a Guber (2004: 132), como una relación social a través de la cual se obtienen enunciados y verbalizaciones, y como una instancia de observación, puesto que al material discursivo se le agrega la información acerca del contexto de los/as entrevistados/as, sus características físicas y su conducta.

Se seleccionó como informantes a integrantes de las organizaciones que participaban en el diseño o la implementación de las acciones de salud, y se indagó las características y propósitos del área/espacio de salud, las actividades, las estrategias de comunicación, el involucramiento de los/as vecinos/as, los proyectos a corto y mediano plazo, las articulaciones que establecían con los distintos niveles del Estado y con otras organizaciones. Se realizaron entrevistas en profundidad a integrantes del área/espacio de salud de la regional La Plata de ambas organizaciones, que ocupaban diferentes posiciones dentro de ellas. También se entrevistó a integrantes del Centro de Salud N° 35 de El Carmen y del Centro de Salud N° 19 de Villa Argüello y a la responsable municipal de las políticas de salud, para conocer las acciones de asistencia, prevención y promoción de la salud desarrolladas desde los efectores de salud del Estado municipal y las articulaciones que establecen con distintos actores, entre ellos, las organizaciones.

Las entrevistas fueron realizadas en su mayoría durante el período 2010-2012. En 2013 se entrevistó a aquellos/as integrantes con los que no se había podido generar el momento para la entrevista, y se fueron actualizando algunos datos. Asimismo, durante 2014 y 2015 se fueron entregando los distintos capítulos a los/as integrantes de las organizaciones con los/as que se había entablado contacto, para que pudieran conocer el material producido y hacer devoluciones.

En este sentido, es importante mencionar que si bien la guía de entrevista constituyó una orientación de la información que se deseaba conocer, la centralidad estuvo puesta en el relato de los/as entrevistados/as, en los aspectos significativos que señalaron, en las

relaciones y asociaciones que establecieron, sin perder de vista que el resultado de una entrevista es el producto de la interacción de todos/as los/as que intervienen, en donde se ponen en diálogo subjetividades.

Asimismo, se relevaron, como fuentes secundarias, materiales comunicacionales sobre temas de salud elaborados por las organizaciones en diferentes formatos, lo que permitió conocer las estrategias de comunicación utilizadas por las organizaciones.

3.6- El lugar de los/as investigadores/as en las relaciones de campo

Los conceptos básicos usados al comienzo del estudio como encuadre para comprender las prácticas, se fueron ajustando progresivamente a lo largo del proceso de investigación, ajuste en el que intervinieron también nuevas lecturas en diálogo con la información empírica y el proceso de formación en el Doctorado en Comunicación de la FPyCS-UNLP. Como se mencionó en párrafos anteriores, el objeto también se fue ajustando en el desarrollo del estudio.

En los inicios, como se contemplaba a todas las organizaciones que se encontraban desarrollando actividades sobre temas de salud en los barrios seleccionados, se utilizó el término *Organizaciones de la Sociedad Civil* (OSCs), puesto que por su elasticidad y amplitud permitía incluir tanto a movimientos sociales, grupos de vecinos y organizaciones comunitarias. Luego, a medida que se fue realizando el recorte del problema de investigación y el ajuste conceptual, se decidió utilizar el término *organizaciones sociales*, como nombre genérico para abordar ambas experiencias⁵³. Si bien se utiliza el término organizaciones sociales, se entiende a éstas como sociales y políticas, puesto que se asumen como tales, generan las condiciones para tomar decisiones, redefinen su rol y su posición en las disputas, elaboran propuestas más allá de la emergencia y desarrollan proyectos con consecuencias políticas (Borri y Prevotel, 2014:6).

⁵³ Las dos organizaciones con las que se trabaja tienen similares características (se conformaron en el marco de la crisis con un componente importante de desocupados, tienen presencia tanto a nivel nacional como a nivel local, están conformadas por militantes del sector estudiantil, profesional y barrial) y utilizan para nombrarse los términos organizaciones y movimientos sociales indistintamente, marcando la dimensión política de sus propuestas.

Del mismo modo, la política, como categoría analítica no estaba contemplada como central en los primeros diseños del proyecto, pero a partir de las sucesivas interacciones con los/as integrantes de las organizaciones se incorporaron lecturas que permitieron dar cuenta de esta dimensión, puesto que aparecía tanto en sus dichos como en las prácticas en salud que desarrollaban.

Una vez establecidos los acuerdos iniciales con los/as referentes de las organizaciones para realizar el estudio y a medida que fue avanzando su desarrollo, el involucramiento en las actividades y el estrechamiento de lazos con los/as integrantes, condujo en algunas ocasiones a asumir diversas tareas, como por ejemplo la participación en el diseño o coordinación de talleres de formación sobre temáticas de salud o de otras actividades. Esta situación fue propia de la dinámica del trabajo de campo, en la que el compromiso asumido con ellos/as se constituyó en un elemento central. Sin embargo, es importante señalar que este desempeño en los contextos de observación e interacción fue acompañado de una constante revisión del lugar ocupado en el campo y del propósito del “estar allí” (Lins Ribeiro, 1989).

De hecho, la perspectiva de abordaje utilizada y el intercambio constante con los/as integrantes de las organizaciones en el acompañamiento de sus actividades, condujo a establecer acuerdos -en algunos casos explícitos y en otros implícitos- que incluyeron, respondiendo a demandas específicas, devoluciones de la información analizada a los distintos grupos. Las mismas consistieron en la redacción y puesta en circulación de informes, registros de las reuniones y de las actividades, elaboración de materiales comunicacionales, búsqueda de información sobre determinados temas y colaboración en la realización de talleres. Así, la tensión por mantener el necesario distanciamiento se evidenció desde el inicio al haber asumido un rol no previsto inicialmente, pero que se fue imponiendo como necesario y que aportó no sólo al trabajo de las organizaciones sino al proceso de producción de conocimiento. Del mismo modo se puso a disposición de los/as integrantes de las organizaciones, con los/as que se tuvo contacto durante el trabajo de campo, los capítulos de esta tesis a medida que se fueron redactando a fin de poner en diálogo lo escrito y enriquecerlo.

Se apuntó a que esos materiales y tareas que se asumieron constituyeran un insumo que incentivara en los/as integrantes de las organizaciones instancias de reflexión sobre los

procesos que estaban desarrollando con el objetivo de fortalecer sus prácticas. Con esto no se asume que el trabajo “ilumine” a los/as integrantes de las organizaciones y conduzca a transformar sus prácticas. Sino que se reconoció que podía servir como un elemento disparador de reflexiones y problematizaciones sobre algunos aspectos de las prácticas.

Entonces, si bien fue ineludible el involucramiento en los procesos sociales estudiados, también lo fue tomar distancia para comprender estos procesos críticamente, y a partir de su desnaturalización, reflexionar acerca de procesos sociales más amplios. Tarea que no fue sencilla.

Las aproximaciones iniciales al campo estuvieron mediadas por impresiones e idealizaciones, por construcciones de sentido sobre el barrio y sus problemas/necesidades expresadas por los/as referentes de la primera organización contactada. Esa mirada se fue complejizando en función de la participación e interiorización sobre la dinámica de los barrios y del conocimiento de los referentes de otras organizaciones y del centro de salud. Del mismo modo, en algunas ocasiones se ha idealizado el accionar de determinada organización por estar de acuerdo con su posicionamiento en relación a determinadas temáticas.

Ha sido ardua la tarea de desprenderse de los relatos de los/as informantes sobre sus prácticas y/o de la idealización de determinadas situaciones. Por ello, se entiende que es parte importante del proceso de investigación la reflexión crítica sobre la propia tarea, puesto que permite desnaturalizar las situaciones observadas y ponerlas en relación con procesos sociales, históricos y políticos.

3.7- Sobre prácticas y sentidos

Como ya se señaló, para conceptualizar las prácticas recuperamos los aportes de Bourdieu (2007), quien plantea que los/as investigadores/as que quieren explicar y comprender las prácticas sociales deben analizar las relaciones objetivas que condicionan las prácticas y el sentido vivido de las mismas, tomando en cuenta el sentido que tienen las prácticas para los sujetos.

En esta tesis, se considera a las prácticas en salud de dos organizaciones sociales en tanto estrategias de sujetos colectivos. Cuando se hace mención a las *prácticas* sobre temas de salud se alude a todas aquellas acciones de las organizaciones que están orientadas a problematizar, compartir o utilizar determinados conocimientos sobre salud. Éstas pueden adoptar diferentes formatos: charlas, talleres, jornadas, actividades culturales, etc.

La alusión a los *sentidos* hace referencia al conjunto de construcciones sociales a través de las cuales los sujetos significan y comprenden las situaciones y experiencias de su vida cotidiana. En este estudio interesa recuperar particularmente las construcciones de sentidos que los sujetos asignan a sus prácticas en torno a la salud, en dialogo con los sentidos dominantes. Del mismo modo, se recuperan los sentidos sobre el rol del Estado y de las organizaciones sociales en lo que atañe a la salud, a través de las interacciones registradas en las observaciones de campo y de la información de las entrevistas.

Las organizaciones no son un todo homogéneo, sino que en ellas se desarrollan pugnas por los distintos sentidos sobre la salud, la política, los modos de intervención, las relaciones de género, etc.; por lo tanto esas disputas por los sentidos se dan tanto hacia afuera con los proyectos de otras organizaciones y el Estado, como hacia adentro de la organización entre los/as integrantes, entre distintos sectores, áreas o espacios, ya sea dentro de una regional o entre distintas regionales.

3.8- Las técnicas de análisis

Para organizar y recuperar los fragmentos más significativos de los datos de campo, se realizó una segmentación y una codificación. Siguiendo a Coffey y Atkinson (2003), se entiende que adjudicar códigos a los datos y generar conceptos es importante, como parte del proceso analítico, para revisar rigurosamente lo que dicen los datos. Sin embargo, la codificación no es la reducción de los datos a una serie de denominadores comunes más generales sino que se utiliza para expandir, transformar y reconceptualizar los datos abriendo más posibilidades analíticas, formulando nuevas preguntas y niveles de interpretación.

En esta tesis, los primeros procesamiento de los datos se realizaron manualmente y luego se utilizó como herramienta el programa Atlas ti. Aquí es necesario aclarar que este programa, al igual que otros programas similares, es sólo una herramienta de ayuda en el proceso de análisis de datos cualitativos, pero no el instrumento de análisis (Rodríguez Sabiote, Lorenzo Quiles y Herrera Torres, 2005).

Para codificar los datos, se recurrió en primer lugar a la lectura de lo registrado en las entrevistas y observaciones y a las categorías teóricas que conforman el problema de investigación. A partir de allí se elaboró una lista de códigos basados tanto en el material empírico como en el conceptual, y se incluyeron categorías sociales (Rockwell, 2009), es decir aquellas que utilizan los sujetos para nombrar sus prácticas.

Pero, ¿qué hacer con los datos cuando ya se seleccionó, recortó, codificó y categorizó? Aquí, el paso de la codificación a la interpretación fue crucial: transformar los datos codificados en datos significativos (Coffey y Atkinson). Para ello, se buscaron patrones, temas y regularidades, pero también contrastes, paradojas e irregularidades, para luego generalizar y teorizar a partir de los datos (Delamont, en Coffey y Atkinson, 2003).

Los ejes en base a los cuales se organizó la información de las observaciones y entrevistas fueron los siguientes:

1- CARACTERIZACIÓN DE LA ORGANIZACIÓN Y DEL ÁREA/ESPACIO DE SALUD

1.1- Surgimiento y desarrollo

(Cómo nace la organización, contexto sociopolítico, antecedentes, conformación y crecimiento en el barrio, cantidad de integrantes en el barrio, manejo de cooperativas, proyectos productivos)

1.2- Área de salud

1.2.1- Conformación

(Momento y motivo de la conformación del área, forma de constitución, en base a que necesidades, antecedentes)

1.2.2- Modo de trabajo

(Periodicidad de reuniones y actividades, tipo de actividades, distribución de tareas entre los miembros del equipo, plenarios, capacitaciones centralizadas, participantes)

1.2.3- Perfil de los integrantes

(Profesionales, estudiantes, referentes de los barrios, experiencia en el área, vinculados a qué disciplinas)

1.3- Actividades realizadas en el barrio

(Que actividades se realizaron, en qué momentos, con quienes, tipo de actividades)

1.4- Programas

(Planes sociales, cooperativas de trabajo, alimentos)

2- ARTICULACIONES

2.1- Articulaciones con instituciones del Estado

(Instancias de vínculo e intercambio con distintas dependencias del Estado, pedidos, reclamos, acuerdos)

2.1.1-Nacional

2.1.2- Provincial

2.1.3- Municipal

2.2- Articulaciones con otras organizaciones

Instancias de vínculo e intercambio con distintas organizaciones a nivel nacional, regional o barrial

3- PRÁCTICAS

3.1- Salud como eje de reivindicación y construcción

(Temas de salud como disparadores para trabajar otras temáticas, acciones de reclamo de accesibilidad al sistema de salud o a mejores condiciones de vida y sanitarias, instancias de construcción de alternativas en los barrios)

3.1.1- Fortalecimiento de la organización

(Acciones de salud como instancias para fortalecer la organización en el barrio, para motivar el trabajo colectivo)

3.2 - Objetivos y proyección de acciones

(Definición de temas a trabajar, vinculación con lo coyuntural, a que apuntan las actividades)

3.2.1- Planificación y evaluación

(Instancias de planificación de las actividades, modo de planificar y adaptar actividades según demandas)

3.3- Espacios de toma de decisiones

(Instancias en las que se decide lo que se va a hacer, maneras de organización, participantes,

3.4- Disputa política territorial

(Reconocimiento e instalación de la organización en el barrio, apertura de las actividades, incorporación de distintos actores, involucramiento de otros integrantes en tareas de gestión

3.4.1- Llegada al barrio

(Participación de los vecinos en las actividades propuestas, vínculo de la organización con el barrio, capacidad de movilizar al barrio, convocatoria, adaptación de dispositivos para involucrar a los vecinos)

3.4.2- Herramientas utilizadas

(Cooperativas, acciones en salud, jornadas)

3.5- Empoderamiento de sujetos

(Replicar acciones, ocupación de determinados roles, participación activa, toma de la palabra,

3-5.1- Formación

(Instancias de formación, objetivos, modo de desarrollo)

3.5.2- Experiencia de gestión

(Experiencia en la realización de tareas administrativas, de gestión y organización, capitalización de experiencia para un posible desempeño en la gestión pública)

3.6- Rol de promotores/trabajadores de la salud

(Qué se entiende por promotores/trabajadores de salud, cuáles son sus funciones)

4- SENTIDOS

4.1- Sobre el rol de organizaciones sociales

(Cuáles son las funciones de las organizaciones sociales en relación al Estado, de que cuestiones deben ocuparse)

4.2- Sobre el rol del Estado

(Cuales son las funciones del Estado, de qué cuestiones debería ocuparse, como deberían ser las políticas que implementa, a quienes deberían incluir)

4.3- Sobre la propia práctica

(Por qué trabajar temas de salud desde una organización social, qué implica hacerlo, continuidades y rupturas con otras organizaciones que trabajan temas de salud)

4.4- Sobre la salud

(De que maneras se utiliza el término salud, a que hace alusión, cuales practicas se incluyen dentro de salud, contemplación de aspectos biomédicos, consideración de prácticas de promoción y prevención, y de asistencia)

4.5- Resignificación/reproducción de sentidos dominantes sobre la salud

(Modos en los que las concepciones dominantes en salud son resignificadas o reproducidas, cómo se utilizan prácticas biomédicas, instancias de transacción con el modelo médico hegemónico).

Es importante señalar que a medida que se fue avanzando en el análisis del material empírico, organizado en base a estas dimensiones, se fueron estableciendo nuevas agrupaciones, combinaciones y articulaciones, hasta derivar en la organización y análisis de la información que se presenta en esta tesis.

4- LAS ORGANIZACIONES

En este capítulo se realiza una caracterización general de las organizaciones, considerando sus inicios y desarrollo, objetivos, modo de organización y toma de decisiones, las relaciones con dependencias estatales y otras organizaciones, y la conformación del área/espacio de salud, su modo de trabajo y perfil de los integrantes. Para ello, se recupera los documentos producidos por las organizaciones, la información existente en las páginas web⁵⁴ y la surgida de las entrevistas realizadas a integrantes de las organizaciones. También se considerarán trabajos académicos que tienen a las organizaciones como objeto de indagación.

Esta caracterización de las organizaciones no intenta ser exhaustiva ni dar cuenta de toda la organización en su conjunto, sino explicitar los objetivos, modos de organización y funcionamiento y articulaciones que establecen para comprender el trabajo del área de salud en los espacios locales seleccionados, y a partir de allí analizar los sentidos que los participantes asignan a la salud y a sus prácticas en torno a ella.

Es importante aclarar que los/as entrevistados/as utilizan en su cotidiano indistintamente las palabras organización social y movimiento social para referirse a la agrupación de la cual son parte. Como ya se señaló en el capítulo 3, recuperando a Borri y Prevotel (2014) en esta tesis se utiliza el término *organizaciones sociales*, entendiéndolas también como políticas⁵⁵.

⁵⁴ Se toman los contenidos publicados en las páginas web de las organizaciones puesto que es un espacio en el que se presentan públicamente

⁵⁵ La forma de nombrar a los/as entrevistados/as al final de las citas de entrevistas, está relacionada con el modo de trabajo y estructura de las organizaciones. Es decir, cuando se citan fragmentos de entrevistas realizadas a integrantes de Barrios de Pie se nombran haciendo alusión a su rol en la organización, puesto que los distintos espacios tienen sus coordinadores/as definidos (por ejemplo Coordinadora del Área de Salud Regional, Referente Regional, etc.). Sin embargo, cuando citemos fragmentos de entrevistas realizadas a integrantes del FPDS, como no tienen coordinadores/as por espacios, se mencionan como integrantes diferenciándolos con números (por ejemplo: Integrante 1 de la Regional La Plata, etc.).

4.1- BARRIOS DE PIE

4.1.1- Caracterización general

Inicios y objetivos

La organización Barrios de Pie nace en diciembre de 2001, en el marco de los procesos de movilización social que estaba viviendo el país, *“como producto de la necesidad de organizarnos a nivel nacional de un conjunto de movimientos de trabajadores y trabajadoras desocupados que veníamos luchando desde hacía tiempo en muchos barrios de diferentes provincias de la República Argentina”*⁵⁶.

Nace a partir de la Corriente Nacional Patria Libre, partido político fundado en 1987⁵⁷. En 1999 Patria Libre se integró a la Central de Trabajadores de la Argentina (CTA), contando con una estructura nacional de militantes universitarios nucleados en la agrupación Venceremos, que le permitió organizar los primeros trabajos territoriales en el marco de las Jornadas de Jóvenes Solidarios. La permanencia en CTA era compleja debido a que implicaba participar también de la Federación de Tierra, Vivienda y Hábitat⁵⁸ (FTV) conducida por D' Elía, como referente del sector territorial de dicha central. En este marco, en 2001, Patria Libre definió la conformación de una tendencia propia, a la que primero llamó CTA de los Barrios y luego Agrupación 1º de Mayo. Debido a las diferencias

⁵⁶ <http://www.barriosdepie.org.ar> (consultada 8 de julio de 2010)

⁵⁷ Humberto Tumini, Secretario General de Libres del Sur, relata los inicios de Patria Libre remontándolos al año 1983, cuando *“cinco ex presos políticos, al salir de la cárcel, decidimos iniciar la reconstrucción de una fuerza política en la Argentina, conscientes de que los proyectos que habíamos sustentado años antes se habían agotado políticamente (...) decidimos emprender la construcción de una fuerza política hace 30 años. Nosotros éramos personas que veníamos de una tradición política de izquierda; entonces empezamos a construir una organización política con esa definición ideológica. Nuestras concepciones siempre fueron de izquierda, no de izquierda tradicional, sino que nos asumimos como una izquierda nacional. En ese momento lo que más se acercaba lo que pensábamos que se podía construir, era el Partido Intransigente. (...) Cuando el PI, por error de sus dirigentes, derivó a posiciones políticas equivocadas y se achicó, una parte significativa de su juventud se vino con nosotros. Con esa juventud como componente principal, aunque no único, en noviembre de 1987 lanzamos la Corriente Patria Libre; un nombre muy caro para nosotros, que llevamos siempre en nuestra mística, nuestras ideas, en nuestro corazón. Estuvimos 19 años esforzadamente construyendo esa organización.* <http://libresdelsur.org.ar/noticia/discurso-completo-en-aniversario-libres-del-sur>

⁵⁸ La FTV se define como *“una organización social que tiene trabajo militante, cultural, productivo y social en casi todas las provincias de Argentina. Se constituyó en 1997 a partir de la lucha por la tierra y la vivienda (...). Hoy la FTV se reivindica como una organización nacional, popular y revolucionaria, apoya los procesos de cambio en la región y promueve las herramientas para lograr equidad y justicia social”* (<http://www.ftv.org.ar/> consultada el 8 de marzo de 2014).

políticas con la FTV en 2002 se produce la ruptura con ésta y se adopta el nombre de Barrios de Pie y a fines de ese año se produce su alejamiento de la CTA. Natalucci (2009) manifiesta que en el mediano plazo, el saldo resultó positivo si se tiene en cuenta el crecimiento notable que tuvo la organización.

Esta trayectoria en el ámbito de la militancia de los fundadores de la organización es resaltada por las referentes entrevistadas. *“Si bien barrios de Pie surge a partir del 2001 muchos de los compañeros que empiezan a darle vida a la organización eran compañeros militantes de mucho tiempo atrás, desde los 70 incluso, no es que de la nada surgió la organización, sino con compañeros con experiencia militante y política. Entonces bueno, a partir de ahí ya teníamos muchos contactos.* (Barrios de Pie - Referente Regional)

En este mismo sentido, la Coordinadora Nacional del Área de Salud relata el momento de surgimiento de la organización mencionando su experiencia de militancia política previa. *“En Barrios de Pie estoy desde su constitución. En realidad venía participando antes en otro espacio político que es un poco el que constituye Barrios de Pie, que es Patria Libre, en Córdoba. Empecé a participar en el año 82, en Córdoba. Y en Barrios de Pie, nosotros cuando damos nacimiento a Barrios de Pie, en realidad tiene que ver con todo el proceso de crisis que se da en el 2001, en donde hay una situación de desocupación y pobreza que nos lleva a un montón de organizaciones a desarrollar una propuesta paralela”* (Barrios de Pie - Coordinadora Nacional Área de Salud).

La organización en su presentación formal se define como *“la unión voluntaria de mujeres y hombres que habitan en nuestra Patria, cuya acción está orientada a la transformación de la sociedad, y su horizonte es una Argentina y una Latinoamérica con Justicia Social para todos y todas”*⁵⁹. Entre sus objetivos mencionan lograr trabajo genuino para todos los habitantes del país, encontrar soluciones a los problemas concretos y lograr, con la lucha y la unidad de los sectores populares, una Argentina con justicia social, en la que se permita y se promueva la participación democrática de todo el pueblo. Asimismo se rescatan valores como la solidaridad y el interés común, desechando lo individual y el egoísmo.

⁵⁹ <http://www.barriosdepie.org.ar> (consultada el 8 de julio de 2010)

Momentos de vínculo con el gobierno a nivel nacional

Podemos señalar que Barrios de Pie a nivel nacional tuvo distintos momentos de relaciones con el Gobierno Nacional y participación en dependencias del Estado, que están vinculados a la construcción de su proyecto social y político, y a las condiciones coyunturales. Así, la organización ha transitado un primer momento de máxima confrontación y movilización (2001-2003), otro de progresiva participación en instancias estatales a partir de su participación en el gobierno de Néstor Kirchner (2003-2008) y un último momento de alejamiento del gobierno producto de diferencias con el Gobierno conducido por Cristina Fernández (a partir de 2008). Actualmente se encuentran transitando esta etapa, en la que se han construido alianzas a nivel nacional con distintos grupos políticos.

Siguiendo a Natalucci (2009), se puede señalar que la primera etapa, a la que Barrios de Pie ha denominado “piquetera” es el momento expansivo y de consolidación de su trayectoria. La autora señala que en esta etapa se produjo un doble proceso: por un lado, se constituyó como organización, reivindicó la identidad piquetera⁶⁰ y se apropió de una modalidad de confrontación, como fue el corte de ruta, y por otro, el horizonte que acompañó este proceso se sintetizaba en la decisión de repetir otro Argentinazo⁶¹, priorizándose la expansión del trabajo territorial, especialmente con el incremento de centros comunitarios, que era posible a través de la recepción de planes sociales y subsidios estatales.

Una referente relata este momento de expansión territorial a partir de la creación de los comedores y el reparto de planes sociales.

“Entonces Barrios de Pie surge como una propuesta hacia los sectores de la sociedad que habían quedado desocupados. Y fundamentalmente lo que hacemos es en los barrios poder construir una alternativa que tenía que ver con dar respuesta a la necesidad más urgente que era el hambre, la falta de alimentos. En ese momento nos organizamos fundamentalmente, y la mayoría de los compañeros, a partir de lo que eran los planes

⁶⁰ Sobre estas discusiones ver Massetti, A. (2004) Piqueteros. Protesta social e identidad colectiva. Editorial de las ciencias. FLACSO. Buenos Aires.

⁶¹ Con la palabra argentinazo se hace referencia a los procesos de movilización social del 19 y 20 de diciembre de 2001, que derrocaron al gobierno de Fernando De la Rúa

sociales, que era el único ingreso que esas familias tenían, y en torno a los comedores comunitarios” (Barrios de Pie - Referente Nacional Área de Salud).

Luego de esta etapa de expansión, marcada por la confrontación con el Estado y la movilización para obtener respuesta a sus demandas, comienza una segunda etapa en la vida de la organización, que estuvo marcada por el acompañamiento al gobierno de Néstor Kirchner. Natalucci (2009) menciona que el punto de inflexión se produjo al lanzarse el plan Manos a la Obra a fines de 2003, que fue interpretado por la organización como un cambio en la política social, puesto que atendía un reclamo central en el espacio piquetero: la constitución de cooperativas y microemprendimientos.

Aquí es importante mencionar que tanto este plan como otras políticas sociales del gobierno estaban enmarcados en la propuesta de construcción de un espacio de transversalidad, en el que se convocaba desde el Estado a las organizaciones sociales para participar en el diseño y la gestión de políticas sociales.

Según Natalucci (2009), la convocatoria oficial a la participación activa de las organizaciones fue leída como apertura de oportunidades políticas, puesto que para Barrios de Pie, el gobierno de Néstor Kirchner implicó una ruptura con los anteriores, especialmente en relación a la política de derechos humanos, la posición frente a las corporaciones económicas y la convocatoria a las organizaciones. Durante 2004, el apoyo público al gobierno nacional fue incrementándose, y con ello se profundizó la estrategia de desmovilización, quedando reducida al reclamo a los “formadores de precios” y a las empresas transnacionales. Aquí es importante mencionar que desde la organización se planteó que las acciones de movilización se mantuvieron en función de los objetivos de la organización.

Desde mediados de 2008 hasta la actualidad, la organización mantuvo una posición crítica hacia el gobierno nacional. El alejamiento se produjo a raíz de la recomposición del Partido Justicialista y la decisión de Néstor Kirchner de presidirlo y apoyarse en esa

estructura que ya estaba en funcionamiento, relegando la construcción del espacio de transversalidad que había propuesto⁶².

Las causas del alejamiento son explicadas en el estatuto de Libres del Sur, en el que se señala que *“A principios de 2007, Kirchner comenzó a conducirse paulatinamente por un rumbo que la gran mayoría de Libres del Sur considerábamos como erróneo. Frente a esta situación, que de perdurar llevaría -a nuestro entender- el proceso en curso a una vía muerta, se tomó la decisión de no aceptar algunas políticas trascendentes del gobierno (por ejemplo el apoyo a la reelección de Rovira en Misiones, la candidatura de Filmus en la Ciudad de Buenos Aires, la de Scioli [en la provincia de Buenos Aires]) y de comenzar a posicionarnos más críticamente respecto del mismo. (...) La decisión de Néstor Kirchner de ir de presidente del PJ, tomada luego del triunfo de Cristina en las presidenciales, fue analizada por Libres del Sur como una situación de no retorno. Nada teníamos que ver con eso, que terminaría por conducir al fracaso el proyecto en curso, ya debilitado por otros errores y limitaciones. Nos preparamos entonces para retirarnos del gobierno y de la alianza oficial. Demoramos esto por el conflicto con la Mesa de Enlace, ya que estábamos muy a favor de las retenciones móviles que afectaban la renta agraria extraordinaria, y no juzgamos por ende correcto romper en ese contexto. Pero finalizado el mismo y ratificando el kirchnerismo su rumbo, nos fuimos. Iniciamos a partir de ese momento una nueva estrategia, consistente en construir fuerza política opositora a la izquierda del gobierno; habida cuenta de que dicho rol opositor, en una sociedad cada vez más crítica, había sido hasta ese momento ocupado muy mayoritariamente por los sectores conservadores. No estábamos de acuerdo en regalarle a la derecha la cancha que le abría el kirchnerismo con su accionar”* (Estatuto Libres del Sur, p. 4).

En este sentido, desde Barrios de Pie se valora positivamente la resultante de la participación del movimiento en el gobierno de Néstor Kirchner y Cristina Fernández, puesto que les brindó la posibilidad de gestionar políticas sociales desde la estructura estatal, y esto se traduce en experiencia de gestión para futuras etapas en las que puedan estar a cargo del gobierno.

⁶² Asimismo, según se manifiesta, este alejamiento también se relaciona con uno de los objetivos principales de la construcción de Barrios de Pie, que es “pelear contra el clientelismo político instrumentado desde el justicialismo” (charla informal con referente).

“En realidad, crecimos bastante durante el gobierno kirchnerista, podía haber sido un saldo bastante negativo y en realidad salimos mucho mas fortalecidos de lo que entramos, porque tenemos una fuerza muchísimo más grande de compañeros, aprovechamos todas las herramientas de construcción que pudimos, fueron años en los que estuvimos inmovilizados, veníamos del 2001 de estar en la calle, piquete, piedras. Después durante el gobierno kirchnerista fue las organizaciones sociales en la calle solo para apoyar al gobierno. Y mantener en alto las banderas propias, marcando un apoyo crítico” (Barrios de Pie - Referente Regional).

Herramienta electoral

En este marco de relaciones con el gobierno nacional, en abril de 2006, aún siendo parte del Gobierno Nacional, los/as referentes de la organización, capitalizando la experiencia de Barrios de Pie y recuperando la línea de Patria Libre conforman el partido político Libres del Sur. En este espacio confluyen algunas organizaciones afines, con la pretensión de constituir un espacio *“para batallar al interior del proyecto nacional en curso⁶³ por la redistribución de la riqueza, la organización y participación popular, y la renovación política”* (Estatuto Libres del Sur, p. 3).

“Primero nos vimos bien constituidos con una herramienta territorial, de participación popular y demás y a partir de eso sentamos las bases para crear el partido político. Con una organización social uno no puede tener representación política directa, no se vota en elecciones ejecutivas a una organización social, si a un partido político entonces, digamos es parte del crecimiento incluso de la organización” (Barrios de Pie - Referente Regional- instancia de devolución).

Su constitución se fundamenta entendiendo que la representación política del pueblo en su conjunto debe darse a partir de la constitución de un gran Frente Nacional y Popular, en el que confluyan las fuerzas políticas y sociales progresistas que comparten la lucha contra la dependencia, el neoliberalismo, y un programa común de país (Estatuto Libres del Sur, p. 7).

⁶³ En ese momento eran parte del gobierno de Néstor Kirchner, pero no del partido justicialista.

Para que éste sea sólido, debe lograrse que en su conducción participen los sectores populares. Para ello, se propone la construcción de una herramienta propia: un nuevo Movimiento político. *“Sin este, aun cuando llegemos al gobierno, no podremos probablemente abordar con éxito las transformaciones necesarias para salir de la dependencia y el atraso. Ese Movimiento debe tener capacidad de intervenir en todas las luchas sociales y políticas que libren los sectores populares. Pero también de participar protagónicamente en los procesos electorales. Puesto que será en ellos donde, en definitiva, se disputarán el gobierno nacional, los provinciales y municipales en el próximo período histórico en la Argentina”* (Estatuto Libres del Sur, p. 7).

En el mismo estatuto se señala que la organización Libres del Sur se puede modificar cada vez que sea necesario, puesto que es considerada como un medio y no como un fin. Asimismo, se señala que se orienta a constituirse como una estructura política asentada en lo territorial y conformada por las direcciones nacionales, provinciales y municipales, las agrupaciones de base y núcleos. Dicha organización comprende los frentes barrial, estudiantil, sindical, género, juvenil, cada uno de ellos con sus respectivas direcciones.

En este sentido, Barrios de Pie se constituye en el frente territorial de un proyecto político más amplio, que es Libres del Sur. Así, *“Libres del Sur sería el partido político. La herramienta política con la que nosotros pretendemos disputar. Está compuesta por diferentes frentes: el frente territorial, que es Barrios de Pie, el frente universitario, que es Sur, se está conformando todo un colectivo de mujeres que no sería un frente, es un colectivo que son las compañeras de la Juana Azurduy⁶⁴, y después esta la juventud de Libres del Sur, donde están los Jóvenes de Pie, que son los pibes de los barrios más la juventud de la universidad como una sola cosa. En todo eso, el frente territorial que es Barrios de Pie tiene a su vez sus diferentes frentes, ámbitos distintos, las áreas, el funcionamiento de los comedores, etc.”* (Barrios de Pie - Referente Regional). Asimismo, profesionales de distintos campos participan en el Isepci (Instituto de Investigación Social, Económica y Política Ciudadana), que es un espacio desde el cual se reflexiona y produce conocimiento sobre la realidad política y económica del país, pero también sobre la propia práctica.

⁶⁴ Hoy la referencia nacional del espacio de mujeres es MUMALA.

Es importante señalar que ambos espacios, Libres del Sur y Barrios de Pie, se rigen en su funcionamiento por el centralismo democrático, que implica que *“todos los organismos de dirección son colectivos y con responsabilidades individuales dentro de ellos y se eligen de abajo hacia arriba por voto directo o por el de delegados elegidos democráticamente, teniendo como objetivo llegar a que tengan en su composición al menos un 50% de mujeres; la discusión de todas las cuestiones en cada organización y obligación de la minoría de acatar a la mayoría en las resoluciones; la obligatoriedad en la aplicación de las resoluciones de los organismos superiores por parte de los inferiores y de todos los miembros de la organización; la obligación de los organismos superiores de informar periódicamente de su actividad a los inferiores y a todos los miembros del Movimiento”* (Estatuto Libres del Sur, p. 12).

Respondiendo a esta forma de organización, el movimiento está constituido por distintos tipos de militantes. Los/as militantes núcleo son los que tienen mayor responsabilidad, puesto que participan en las direcciones; los/as militantes sociales y políticos son los/as que están abocados/as a la construcción y sostenimiento de espacios; los/as militantes de base son los/as que tienen responsabilidades menores, como por ejemplo los/as referentes de comedores; y finalmente el espacio organizado, que es el que está compuesto por personas que no militan fuertemente pero que participan, es decir, asisten a comedores pero no tienen una tarea asignada, trabajan en las cooperativas pero sin participar activamente en las actividades de la organización. A esta estructura se suman los/as afiliados/as al partido político, que adhieren a la propuesta política, pero que no tienen otro vínculo.

Modo de organización y toma de decisiones

Esta forma de organización se refleja en la estructura y forma de trabajo de Barrios de Pie. Así, la organización cuenta con un coordinador nacional, coordinadores/as provinciales, y regionales. Luego cada área tiene un/a coordinador/a nacional, coordinadores/as provinciales (en Buenos Aires no hay coordinadora del área de salud, hubo hasta 2009) y regionales. Los/as coordinadores/as tienen instancias de reunión en las mesas de dirección. Es en la dirección centralizada de Barrios de Pie donde se definen los lineamientos

generales a seguir por toda la organización. También hay un/a coordinador/a por cada comedor y un/a coordinador/a de comedores por zona.

“Nosotros tenemos una estructura que es centralista democrática si se quiere. No resolvemos las cosas en asambleas, tenemos direcciones, tenemos espacios donde se discute, tenemos las coordinadoras de comedores, las asambleas de los barrios, que para nosotros son espacios fundamentales donde intentamos que sean espacios democráticos de participación. Ahora no desmerecemos el rol de las direcciones como espacios donde discutimos cosas que son muy importantes y donde sintetizamos lo que se discute en el territorio” (Barrios de Pie - Referente Nacional Área de Salud).

“O sea tenemos diferentes niveles. Tenemos las asambleas de barrio, las coordinadoras de comedores, la dirección de Barrios de Pie y después viene la dirección centralizada de Barrios de Pie. Son como niveles” (Barrios de Pie - Referente Nacional Área de Salud).

Las direcciones son espacios en los que se toman decisiones que luego se implementarán en los niveles inferiores. La magnitud de estas decisiones varía en función del nivel de la dirección.

“La dirección de Barrios de Pie donde viene un compañero que es responsable de las áreas, un compañero que es responsable de las cuadrillas de las cooperativas, un compañero que toma la decisión política, una cosa bien de todos los ámbitos” (Barrios de Pie - Referente Regional).

Se organiza en áreas de trabajo que funcionan de manera interrelacionada. En 2005 se crearon formalmente las áreas de Salud, Género, Cultura y Comunicación, Educación Popular, Microemprendimientos y Gestión, Juventud y Derechos Populares. Algunas de ellas han desaparecido o se han fusionado en función de las etapas por las que fue transitando la organización. El área de salud, que se describirá luego con más detalle, aun permanece y funciona activamente.

Natalucci (2009) señala que la constitución de las áreas marcó un punto de inflexión en la transición de la etapa piquetera y la de institucionalización del reclamo. Así, las áreas tuvieron una múltiple funcionalidad: permitieron la convocatoria a otros sectores sociales

y la ampliación del trabajo territorial realizado; apuntaron a la formulación de los reclamos en un lenguaje de derechos; permitieron contar con un nivel de representación que lo legitimara como sujeto político; y favorecieron la etapa de institucionalización y la posibilidad de entablar relaciones con las diferentes esferas gubernamentales. Señala que progresivamente se dejó de lado la “identidad piquetera” para adoptar una “identidad social”, puesto que se ampliaron las actividades concretas y los sujetos a interpelar.

Las áreas fueron conformadas como una manera organizativa para distribuir tareas, y en ellas participan profesionales de distintas disciplinas, estudiantes y vecinos de los barrios. Si bien en 2005 se definieron formalmente, la organización ya venía trabajando en esos ámbitos desde antes de esa fecha.

Por ejemplo, el área de educación fue la que primero se delineó, cuando la organización estaba dando sus primeros pasos. *“2001, 2002, sobre todo en el 2002, 2003 nosotros como movimiento nos abocamos a todo lo que tenía que ver con educación popular y se constituye en un primer momento lo que es el área de Educación, con la capacitación de educadores populares y empezamos a trabajar todo lo que es alfabetización. Ese fue el eje principal”* (Barrios de Pie - Referente Regional).

En todas las áreas se definen los lineamientos generales a nivel nacional y luego cada barrio decide las actividades que realiza y como lo hace en función de dichos lineamientos y sus necesidades concretas.

La organización fue modificando su estructura a lo largo de su trayectoria. Este acercamiento y alejamiento de la estructura estatal, la diversificación de sus actividades y de los sujetos a los cuales interpelar, generó que vaya adaptando su formato a nuevas necesidades y coyunturas, y que sus integrantes vayan cambiando de tareas y responsabilidades. De la misma manera, fue diversificando sus actividades e incorporando nuevas tareas para llevarlas a cabo.

“En toda esa reestructuración de la Dirección, de cambios de compañeros que tuvieron que pasar a tomar otras responsabilidades, algunas más políticas, otras más de la construcción, otras de la gestión, porque también tener una fuerza tan grande implica

poder tener afinadas un montón de cosas que no eran partes naturales de la organización social. En el 2001 no estábamos pensando en cómo organizar bien el tema más burocrático de los planes, en llevar papeles de las cooperativas, en tenerlos al día, en pasar los presentismos, todas esas tareas eran bastante ajenas a lo que es una organización social, porque pasaba por el funcionamiento del comedor, de los talleres y de las áreas. Hoy nosotros nos encontramos con un montón de otras cosas que las tenemos que hacer funcionar, que son parte de cómo nosotros pensamos disputar el poder, porque llegar ahí y no saber qué hacer... es en vano” (Barrios de Pie - Referente Regional).

Asimismo, desde que se creó el partido “Libres del Sur” y decidieron participar en el proceso electoral, han tenido que abocarse a otras tareas, lo que también generó que los militantes ocuparan nuevos espacios y roles. La decisión de participar en las elecciones implicó la inversión de tiempo y recursos humanos y materiales en el armado y desarrollo de la campaña electoral, la realización de las afiliaciones necesarias para poder presentarse⁶⁵, el establecimiento de alianzas con otros grupos políticos, las instancias de formación para los integrantes.

“En realidad, nosotros, después del año pasado que fue el proceso electoral, en el medio, hoy nos encontramos en una etapa de reconstrucción en varios sentidos. La mayoría de los compañeros de Barrios de Pie son nuevos. Ya sea porque empiezan a integrar las cooperativas de trabajo y muchos otros han renovado lo del plan y ahora tienen el Seguro y esos son compañeros nuevos que se han sumado hace poquito. Entonces recién están conociendo la manera de trabajo nuestra en lo que son las áreas por ejemplo” (Barrios de Pie- Referente Regional).

Cabe señalar que la incorporación de nuevos/as integrantes a los comedores por planes o programas es permanente, y esto lleva a una constante reestructuración y a reforzar los procesos de formación.

⁶⁵ Las leyes electorales establecen que para poder presentarse en las elecciones primarias los partidos políticos deben contar con un mínimo de afiliados.

4.1.2- Estructura y organización del área de salud nacional

Como ya se señaló, Barrios de Pie se organiza en áreas de trabajo. El área de educación fue la primera que se creó, organizándose al poco tiempo la de salud. Ambas están relacionadas porque los espacios de talleres, que son una estrategia sumamente importante para la organización en pos del debate, reflexión y socialización de saberes, se realizan desde la educación popular.

Así, “(...) a medida que se iba sumando gente a dar una mano de otros espacios, en el apoyo escolar, que después fue alfabetización, se fueron acercando también profesionales de distintas temáticas y se fueron organizando el resto de las áreas. Entre ellas y una de las mas importantes, con la de género y educación, la de salud. (...) Un montón de médicos lógicamente se sumaron al área de salud, pero también trabajadores sociales, pibes que estudiaban psicología. No es que el área de salud está conformada por los médicos que son parte del movimiento, en realidad es mucho más amplio que eso” (Barrios de Pie, referente regional).

El área de salud surge de un diagnóstico realizado en los primeros momentos de la organización, a partir del trabajo en distintos barrios pobres del país. Una referente regional señala que se decidió crearla debido a las precarias condiciones de vida y laborales con las que se encontraban en los barrios. *“Con el tema de la salud fue casi una relación inmediata también, porque después de que vos descubrías que además de que no tenían laburo, no tenían para comer, las condiciones en las que vivían en su casa... conocías el espacio en el que te estabas manejando y veías un montón de problemas de salud, problemas respiratorios en los chicos, enfermedades, que tenían que ver con las condiciones en las que estaban viviendo”* (referente regional).

En la página de la organización se expresa que el Área de Salud fue creciendo con la convicción de la importancia de defender la Salud Pública y Gratuita, de reclamar al Estado que garantice el acceso a la atención de la salud y de pensar cómo dar respuestas a las necesidades de los/as vecinos/as, con la colaboración de profesionales que han trabajado desde la prevención y la promoción de la salud. Allí, se señala que las actividades que se estaban realizando desde los comienzos del área incluían charlas preventivas, controles de talla y peso a los/as niños/as, denuncia y búsqueda de recursos

para los/as chicos/as desnutridos/as, relevamientos comunitarios sobre los problemas de salud en los barrios, movilizaciones a las Secretarías de Salud, armado de botiquines y pequeñas farmacias comunitarias, formación de la 1º Escuela de Promotores de Salud de zona sur, constitución de consultorios comunitarios en los barrios donde no hay servicios públicos de salud⁶⁶.

El objetivo principal del área de salud en sus orígenes fue trabajar sobre temas de salud vinculados a la alimentación y nutrición, estrechamente vinculados a la situación de pobreza y desocupación profundizada a fines de la década del 90 y principio de 2000. Es un eje que siempre está de manera subyacente, aunque se aborden otras temáticas

“A finales de 2003 se constituye el área de Salud que fundamentalmente tenía como objetivo trabajar todo lo que tenía que ver con salud nutricional en un primer momento. Fundamentalmente tiene que ver con el tema de la formación de promotores de salud que trabajaran en lo que era promoción y prevención de la salud a partir de un eje bien principal que en ese momento era: poder ir a la búsqueda de los niños bajo peso” (Barrios de Pie - Referente Nacional Área de Salud).

Para encuadrar las intervenciones en el ámbito de la salud es importante referir a los *Cursos de Formación de Promotores de salud* para referentes de la organización. Muchas de estas capacitaciones fueron realizadas en coordinación con la Asociación Médicos del Mundo⁶⁷, y otras por médicos/as integrantes de la organización. Asimismo en varios de estos cursos participaron también integrantes de la CTA y CICOP⁶⁸, dos organizaciones muy reconocidas en el campo de la salud, con trayectoria y poder de convocatoria.

Este espacio se inició para luchar por la salud pública, gratuita y universal. El objetivo de los cursos fue debatir con los/as vecinos/as los problemas de salud que los aquejan y la necesidad de organizarse para empezar a resolverlos, logrando mejores condiciones de

⁶⁶ ¿Qué es el Área de Salud Popular? http://www.barriosdepie.org.ar/article.php3?id_article=49. (consultada el 8 de julio de 2010)

⁶⁷ Médicos del Mundo es una ONG conformada por profesionales de la salud y de las ciencias sociales que realiza tareas de salud colectiva. Tiene sede en varias partes del mundo, entre ellas en Argentina y se define como “una organización humanitaria del campo de la salud colectiva, única delegación en América del Sur de la Red Internacional Médecins du Monde, que lucha por el derecho a la salud de los pueblos”. www.mdm.org.ar

⁶⁸ Asociación Sindical de Profesionales de la Salud de la Provincia de Buenos Aires

salud⁶⁹. Se trabajaron los temas de alimentación, salud materno infantil, salud sexual, violencia familiar, adicciones, presión arterial, primeros auxilios, entre otros. Estas capacitaciones, a las que desde la organización llaman capacitaciones centralizadas, comenzaron a realizarse en 2002, y hasta la actualidad continúan efectuándose sobre temáticas concretas, que luego se replican en todos los barrios. En el trabajo de la organización aparece como central la idea de “formación de formadores/as”, y los/as promotores/as de salud son pensados de esa manera.

Estos espacios son, por un lado espacios de socialización de conocimientos y por otro de reflexión sobre la propia práctica, en los que se define el “para qué” y el “como” de las acciones realizadas. Por ejemplo, en el plenario del Primer Encuentro de Capacitación sobre Salud Nutricional se estipuló que la salud nutricional de los niños y niñas es un Derecho Elemental Básico, que si los niños y niñas están mal alimentados, tienen dificultades para leer, estudiar, jugar y reír, se encuentran en riesgo nutricional. Por lo cual, es una prioridad garantizar la Seguridad Alimentaria y la cobertura en salud⁷⁰.

De la misma manera, se estableció que el rol de los/as promotores/as formados/as por la organización no es hacer un diagnóstico de los/as niños/as desnutridos/as, puesto que eso es tarea de los/as trabajadores/as de la salud. Sino que lo que se busca es que se haga efectivo el derecho a la salud a través de la organización y participación popular en los barrios⁷¹.

Modo de trabajo del área de salud nacional

El área tiene una coordinadora nacional, que se reúne semanalmente con los/as coordinadores/as provinciales y regionales. En el caso de la provincia de Buenos Aires no hay coordinador/a provincial, puesto que es la más grande y hay muchos/as

⁶⁹ Lanzamiento del curso regional de promotores de salud http://www.barriosdepie.org.ar/article.php3?id_article=5439. (consultada el 8 de julio de 2010)

⁷⁰ Primer Encuentro de Capacitación sobre Salud Nutricional. http://www.barriosdepie.org.ar/article.php3?id_article=5564. (consultada el 8 de julio de 2010)

⁷¹ Encuentros de Capacitación Nutricional del Área de Salud de la Provincia de Buenos Aires. http://www.barriosdepie.org.ar/article.php3?id_article=5547. (consultada el 8 de julio de 2010)

coordinadores/as por zonas o regiones, y además la coordinadora Nacional reside en Buenos Aires y está muy al tanto de la situación de la provincia.

Se realiza una planificación anual a nivel nacional, en la que se definen los lineamientos generales, que luego se va evaluando y modificando en el transcurso del año. Estos ejes a trabajar se esbozan en las reuniones semanales que se realizan los días lunes en la sede de Chacarita, en la que participan todos/as los/as coordinadores/as regionales, y luego se discuten y definen en la Dirección Centralizada.

“En general nosotros lo que hacemos es una planificación anual, que se ajusta semestralmente. A principio de año en el mes de febrero nosotros iniciamos un proceso de planificación, digamos eso se define en la Mesa de Dirección de Barrios de Pie. Nosotros tenemos una dirección de Barrios de Pie centralizada, un coordinador por cada zona (...). Se termina de definir en la mesa de Barrios de Pie, pero la propuesta de qué ejes vamos a discutir y todo lo hacemos en el espacio de coordinación del área, en Chacarita” (Barrios de Pie - Referente Nacional Área de Salud).

Como ya se señaló, la organización tiene una estructura de funcionamiento que responde al centralismo democrático. Por ello se organiza en direcciones que van definiendo los lineamientos generales que luego se trabajan en las áreas.

“Los lineamientos se sintetizan en la mesa de Barrios de Pie, no es que un área defina hacer una cosa y la otra área otra, con independencia. No. Las direcciones... los compañeros de las áreas, los responsables, participan de las direcciones de Barrios de Pie de los distritos, por lo tanto lo que se discute como lineamiento de planificación, ellos tienen la posibilidad de discutirlo en ese ámbito, por eso es que en ese ámbito se sintetiza la planificación del movimiento para el área” (Barrios de Pie - Referente Nacional).

En la propuesta política de la organización los espacios de formación tienen un lugar central, ya sea la formación política o en temáticas concretas. La importancia de la formación se ve en la propuesta de actividades

Si bien se priorizan las instancias de formación interna y las propuestas de actividades, cuando se agotan las instancias de negociación, desde el área de salud y desde la organización en general, se realizan movilizaciones para reclamar a las dependencias

estatales, ya sea a nivel nacional, provincial o municipal. Por ejemplo, en 2010, cuando desde el Ministerio de Desarrollo Social de la Provincia de Buenos Aires se decidió suprimir los alimentos para los comedores de la organización, se realizaron varias movilizaciones para obtener respuestas y el reestablecimiento de la mercadería. Así también se han realizado sucesivas movilizaciones pidiendo mejoras en las condiciones de trabajo en las cooperativas o aumentos en los ingresos percibidos.

4.1.3- Área de Salud de la Regional La Plata

El área de salud de la regional La Plata (que incluye las localidades de La Plata, Berisso y Ensenada), tiene una coordinadora, y está compuesta por referentes de distintos barrios (El Retiro, San Carlos, Las Quintas, La Granja, Nini y El Futuro, de La Plata; y El Carmen de Berisso) y una referente regional, que es la única profesional, aunque no de la medicina. Se reúnen una vez por semana para planificar las actividades a realizar y evaluar lo que ya se ha hecho con el fin de profundizar o modificar aspectos de las actividades. En el área participan referentes de muchos barrios en los que la organización está asentada, aunque no de todos.

Si bien, como se explicó en el apartado anterior, los lineamientos generales se deciden a nivel nacional, luego cada barrio decide las actividades que realiza en el marco de estos lineamientos y la forma de implementación según sus particularidades locales, puesto que son los/as referentes barriales los que conocen el territorio, las necesidades y problemas concretos de los/as vecinos/as.

En palabras de una referente: *“Se define un lineamiento general, digamos, vamos a lanzar el tema de la gripe A, más allá que en una provincia más en otra menos, ese es el lineamiento general de cómo va a tratarse, se arman talleres, capacitaciones, pero después por zona o por provincia se va readaptando”* (Barrios de Pie- referente regional).

En este proceso de planificación anual del área de salud a nivel nacional, se tienen en cuenta los problemas o demandas que van planteando los/as coordinadores/as de las distintas zonas. En la reunión semanal o quincenal que se realiza en Capital Federal con la coordinadora nacional, cada coordinador/a local expresa los logros y dificultades que ha

encontrado en la realización de las actividades y a su vez, cuales son las problemáticas que los/as referentes barriales identifican y creen conveniente trabajar.

“Porque ella [la coordinadora nacional del área] ve la perspectiva de todos, por ejemplo cuando nos juntamos los coordinadores de salud de las zonas, ella ve las perspectivas de todos los barrios, ella nos pregunta ¿cual crees vos que es la problemática que hay en el barrio?” (Barrios de Pie- coordinadora área salud regional).

Las actividades se planifican en el espacio de reunión semanal del área de la Regional y luego se definen los barrios en los que se realizarán. Generalmente se hacen en todos los barrios, incluso en aquellos en los que no hay referentes que participen en el área. Cuando se definen las fechas de las actividades en los barrios, se organizan para ir la referente de ese barrio (si es que hay alguna participando en las reuniones del área), la coordinadora regional del área y alguna referente de otro barrio. Durante el período del trabajo de campo participaron tres referentes de Berisso, alternando su participación según momentos personales y familiares⁷².

La participación en las actividades desarrolladas por un área son consideradas por la organización como parte de la contraprestación del plan (ya sea la participación en un proyecto comunitario en el marco de los seguros de capacitación y empleo) o del trabajo de las cooperativas del programa Argentina Trabaja. Por ejemplo, los/as que participan del área de salud, tienen contemplada la ausencia en el trabajo de zanjeo o limpieza de calles de las cooperativas, el día de la semana que hay reunión o actividad del área. Incluso hay zonas –no es el caso de Berisso–, en las que las cuadrillas de las cooperativas se dedican por completo a las tareas del área de salud.

“Por ejemplo con las cooperativas Argentina Trabaja que conseguimos con Barrios de Pie hay cuadrillas donde no tenemos tarea asignada por el municipio, cuadrillas enteras que están trabajando como promotores de salud” (Barrios de Pie- referente regional).

Desde el área de salud nacional se lanzó en 2010 la campaña “Construyendo salud en nuestros barrios” que según se expresa en los productos de comunicación elaborados para tal fin, proponía la creación de 800 postas sanitarias en todo el país con el fin de

⁷² Por ejemplo, una de ellas que estaba participando activamente, dejó de hacerlo por un tiempo debido a su embarazo y el nacimiento de su hija. Aunque pasado un tiempo de estos eventos ha vuelto a participar del área.

“desarrollar campañas preventivas y de promoción, capacitación entre los vecinos, relevamientos de nutrición, vacunación, diagnósticos ambientales, articulación con profesionales, actividades de recreación y deportivas, charlas y talleres para jóvenes y adultos...”

En muchos lugares del interior del país y del conurbano bonaerense se han creado las postas sanitarias, pero en el caso de la regional La Plata, Berisso y Ensenada no se ha podido concretar principalmente debido a la falta de lugares físicos propios de la organización que se encuentren en condiciones para hacerlo.

“...al no tener espacio físico y al no poder encontrar en los ámbitos municipales o estatales que nos puedan garantizar o que nos puedan ayudar con eso, hoy concretamente se dificulta en una cosa, los comedores es distinto porque es una necesidad tan urgente, tan en lo inmediato que los compañeros prestan su casa y se hace en la casa del compañero, pero uno puede pensar que el comedor lo organizan los vecinos, ponen horarios que se pueda, que no molesten y demás y en general no comen ahí. Los pibes del barrio, las familias se llevan la vianda. En cambio en la posta sanitaria tenés que atenderlos en el lugar, hacer talleres en el lugar, con lo cual la casa del compañero deja de ser una posibilidad” (Barrios de Pie- referente regional).

Índice Barrial de Precios

Desde el área de salud a nivel nacional se está desarrollando, en articulación con el ISEPCI⁷³, la construcción de un índice barrial de precios (IBP), *con el objetivo de estimar el costo de vida en los distintos barrios humildes del país mediante el cálculo del valor y variación de la canasta básica de alimentos, los resultados muestran una marcada diferencia con los niveles de pobreza e indigencia publicados por el INDEC (Lonatti, 2012)*

⁷³ Instituto de Investigación Social, Económica y Política Ciudadana, conformado por profesionales militantes del movimiento.

Según se menciona en un documento elaborado por el ISEPCI y el CIPPES⁷⁴, “la CBA [Canasta Básica de Alimentos]⁷⁵ señala el valor de los bienes que satisfacen las necesidades nutricionales (cantidades mínimas de calorías y otros nutrientes) tomando en cuenta los hábitos de consumo predominantes. El objetivo del IBP es obtener una proxy del costo de vida, utilizando los productos de la canasta básica y sus ponderaciones. El número de productos relevados, que son los mismos que mide el Indec, es 50 e incluye productos de almacén, verdulería y carnicería” (Informe de prensa IBP conurbano, febrero de 2013). En el mismo informe se señala que “el IBP comenzó a realizarse en el Conurbano de Buenos Aires a partir del mes de junio de 2011 a raíz de un convenio entre CIPPES, ISEPCi y Barrios de Pie. La primera etapa del proyecto consistió en un censo de negocios que abarcó 20 distritos del Gran Buenos Aires, involucrando 126 barrios y 87 encuestadores. La cantidad de negocios censados fue de 2206. A partir de esta población se seleccionaron aleatoriamente 293 comercios del conurbano, y en el mes de julio 2011 comenzó a realizarse la encuesta de precios en los negocios seleccionados. El resultado de este trabajo es el IBP-Conurbano (Informe de prensa IBP conurbano, febrero de 2013).

En la regional La Plata los barrios censados por las integrantes del área de salud son El Retiro, La Granja, Las Quintas, San Carlos, Las Rosas (Romero) y Hernández.

Desde el área de salud de la regional La Plata se avanzó en la sistematización de las actividades realizadas y los datos obtenidos, en pos de la elaboración de una propuesta de creación de un Consejo de Salud Comunitaria para la ciudad de La Plata y la participación en un foro para discutir propuestas programáticas para la ciudad de La Plata.

El proyecto de creación de un consejo de salud comunitaria se diseñó a partir de un relevamiento sobre el funcionamiento de los centros de salud de la zona, y se presentó en el Concejo Deliberante de la Municipalidad de La Plata.

⁷⁴ Centro de Investigaciones Participativas en Políticas Económicas y Sociales.

⁷⁵ “El valor de la Canasta Básica de Alimentos permite determinar la línea de indigencia. Para calcular el nivel de indigencia, se analiza la cantidad de hogares (o individuos) cuyo ingreso no supera el valor de la Canasta Básica Alimentaria (CBA)”. De la misma manera, “El valor de la Canasta Básica Total permite determinar la línea de pobreza. Para calcular el nivel de pobreza, se analiza la cantidad de hogares (o individuos) cuyo ingreso no supera el valor de la Canasta Básica Total (CBT). Para obtener el valor de la línea de pobreza se adiciona a la CBA el componente no alimentario, expresado por la inversa del coeficiente de Engel que para el mes de febrero de 2013 es de 2,27”. (Informe de prensa IBP conurbano, febrero de 2013).

Según se expresa en el proyecto definitivo, el Consejo de Salud Comunitaria contaría con *“la participación de todos los sectores, y actores de la comunidad que se encuentren en la jurisdicción de los Centros de Salud y así ejercer un rol de contralor de la gestión, a fines de fortalecer la participación ciudadana, articulando con la sociedad, el 2º nivel de atención y los distintos profesionales, en busca de lazos comunitarios que permitan una visión más democrática y multidisciplinaria del triple proceso de salud-enfermedad-atención, y que acerquen a la población a tener un sistema de salud integral, con Accesibilidad, Gratuidad y Universalidad”*.

Se prevé que el Consejo de Salud Comunitaria, esté constituido por todos los sectores y actores de la comunidad y mediante una asamblea podrán definir cuáles son los problemas sanitarios de cada región, encarar las acciones directas para mejorarlo, sin depender del análisis de un ente superior que no participa directamente de la comunidad. Asimismo, se prevé la articulación de programas provinciales y nacionales como Plan Remediar, Plan Nacer/Sumar, Plan Materno Infantil, Programa Médicos comunitarios, Seguro Provincial de Salud, que, según se expresa, son ejecutados y gestionados en el primer nivel de atención con múltiples falencias.⁷⁶

⁷⁶ <http://www.laroscapolitica.com.ar/2012/07/proponen-crear-un-consejo-municipal-de.html> bajado el martes 31 de julio de 2012

4.2- FRENTE POPULAR DARÍO SANTILLÁN

4.2.1- Caracterización general

Inicios y objetivos

El frente Popular Darío Santillán⁷⁷ (FPDS) nace a fines de 2004 a partir de la confluencia de distintas organizaciones (mayoritariamente de trabajadores/as desocupados/as en sus inicios) con distintos perfiles ideológicos, pero que coincidían en el antiimperialismo, el anticapitalismo, la construcción del poder popular y en la necesidad de transitar un proceso de unidad basado en el desarrollo de prácticas comunes y reflexión compartida⁷⁸.

La construcción del Frente⁷⁹ se dio en medio del proceso de movimiento y reagrupación de las distintas organizaciones de desocupados/as que habían emergido años antes en el país. Pablo Solanas (2011) explica que la reconfiguración de la coordinadora Aníbal Verón⁸⁰ dejó como saldo reagrupamientos parciales de los movimientos de desocupados, que adoptaron distintos caminos. Por un lado, el MTD de Solano, Quilmes, agrupamiento identificado con el autonomismo que adoptó un perfil bajo social y políticamente; un sector relacionado con Quebracho que mantuvo el nombre de la Coordinadora (CTD); una fracción referenciada por Juan Cruz D’Afunchio, el “MTD Aníbal Verón”, que luego se integró al proyecto kirchnerista; y finalmente, un sector que orientó sus esfuerzos a la creación, junto a otras organizaciones independientes, del Frente Popular Darío Santillán.

⁷⁷ El FPDS a principio de 2013 se divide en dos grandes partes, una que mantiene el nombre original y otra que agrega al mismo las palabras Corriente Nacional. La regional La Plata integra esta última parte (el FPDS- CN) y se mantiene conformada de la misma manera. A su vez, el FPDS-CN constituye una herramienta política propia llamada “Patria Grande”, que en el caso de la regional La Plata la disputa de espacios se realizó en el ámbito del municipio de La Plata. A mediados de 2014 en el marco de las discusiones sobre el proceso de fusión del FPDS-CN con Marea Popular, se genera una nueva ruptura en el FPDS- CN. Una parte (entre ellos el EdS casi en su totalidad) va a la fusión que recibió el nombre: Patria Grande y otra parte permanece como FPDS-CN. Pese a esta situación, aquí se utilizará la sigla FPDS, dado que es el nombre que tenía durante el período relevado y analizado (2010-2012). Asimismo, se realiza la caracterización de la organización tomando elementos de los documentos producidos y de la página web tal como estaban en el momento del trabajo de campo.

⁷⁸ http://www.frentedariosantillan.org/fpds/index.php?option=com_content&view=article&id=86&Itemid=4 (bajado el 29 de abril de 2011)

⁷⁹ Para nombrar a la organización se utilizarán indistintamente la palabra Frente y la sigla FPDS.

⁸⁰ La Coordinadora Aníbal Verón nucleaba a distintos movimientos de trabajadores desocupados.

Este proceso de conformación de una organización que pudiera englobar a las distintas experiencias de la izquierda autónoma es explicado por un integrante que manifiesta que *“... el germen del Frente es una porción del movimiento piquetero que decide conformar una herramienta independiente de los partidos políticos tradicionales, es decir por fuera de lo que eran las propuestas que en ese momento hacía el Partido Obrero, por un lado, o el PCR, o los partidos más de izquierda clásicos, así como de las propuestas más livianas del gobierno que ya en ese momento había emergido. (...) Y ahí es que se convoca en ese plenario a los movimientos piqueteros que no se habían alineado con el gobierno, ni tampoco creían en la receta tradicional de como producir un cambio en nuestro país, es así que se convoca a una serie de grupos que venía pensando en esta sintonía, principalmente movimientos piqueteros, principalmente el MTD Aníbal Verón (...) Ese sector convoca este plenario, en verdad convoca a grupos con los cuales ya venía teniendo experiencias de articulación previa, no es que convoca de la nada, por eso caemos nosotros como grupos estudiantiles que ya veníamos trabajando con los MTD, y así convoca a una serie de grupos de todo el país que ya venía trabajando con el MTD. Principalmente era el MTD, el MUP, Movimiento de Unidad Popular, que después también se sumó al gobierno, o sea no se suma todo, algunos quedan dentro del Frente y otros se van con el gobierno, y principalmente te diría que 80% o 90% viene del MUP y el MTD, y los grupos estudiantiles principalmente, luego empieza a armarse el sector sindical, el sector rural, otros sectores que conforman el Frente, pero originalmente el grueso de la materia era piquetera con vocación de armar una organización más amplia, que incluya a sectores estudiantiles, sindicales. Pero era más un proyecto que una realidad en ese momento (Integrante 4 FPDS - regional La Plata).*

Para comenzar a comprender su estructura es preciso aclarar que, tal como lo indica su nombre, es un “Frente” conformado por la confluencia de distintas organizaciones preexistentes, que en su mayoría no se diluye en él, sino que siguen funcionando con su estructura, pero trabajando de manera articulada bajo la bandera del FPDS.

Desde el Frente se considera que el sujeto popular protagonista de grandes transformaciones sociales es plural o multisectorial, y que no se limita a la clase obrera ocupada formalmente, sino que abarca a un conjunto de sectores sociales que son víctimas directas o indirectas del capitalismo y que sólo pueden realizarse si protagonizan cambios

revolucionarios. Sin embargo, el reconocimiento de la pluralidad del sujeto no implica atribuir a todos los sectores el mismo peso estratégico, sino que se reconocen potencialidades diferentes de acuerdo al lugar que ocupan en la producción, sus posibilidades de acumular triunfos y organizarse desde sus dimensiones cuantitativas y desde su experiencia de lucha⁸¹. Esta concepción de sujeto marca una distinción con la izquierda tradicional.

Así, Fornillo, García y Vázquez. (2008), plantean que desde el Frente, el sujeto popular puede ser entendido, por un lado, como producto de un proceso de articulación de los sectores populares autónomos, a partir de la idea de multisectorialidad; y por otro, el carácter popular se define en oposición al populismo, porque se considera que este último construye sujetos “pasivos” y sin capacidad de acción.

Señalan que la noción de pueblo reinterpretada por el frente, puede ser analizada desde un punto de vista prospectivo y desde otro retrospectivo. Por un lado, la noción de pueblo expresa la voluntad de constituir un nuevo espacio de articulación entre diferentes sectores sociales. Pero la multisectorialidad del FPDS no se trata de la adhesión, solidarización o coordinación para con las luchas de otras organizaciones, sino de la interpelación y el paso a la acción en tanto que colectivo, como “pueblo”, conformado por los distintos sectores movilizados. Por otro lado, puede ser analizada a partir de la construcción de un relato histórico y de tradiciones a partir de las cuales es interpretada su emergencia.

Del mismo modo, el Frente recibe el nombre de Darío Santillán, en homenaje a un militante del Movimiento de Trabajadores Desocupados (MTD) de Lanús que fue asesinado a los 21 años junto a otro militante, Maximiliano Kosteky, el 26 de junio de 2002, en una manifestación desarrollada en el Puente Pueyrredón en Avellaneda, Provincia de Buenos Aires. El modo en que es asesinado Darío, dando su vida para ayudar a un compañero, *“sintetiza los valores humanos y la conciencia política de las jóvenes generaciones que, desde un compromiso concreto con las reivindicaciones más urgentes de nuestro pueblo, luchan con vocación de impulsar cambios revolucionarios”*⁸².

⁸¹ http://www.frentedariosantillan.org/fpds/index.php?option=com_content&view=article&id=86&Itemid=4 (consultado el 29 de Abril de 2011)

⁸² <http://fpds-lpberissoensenada.blogspot.com.ar/2010/05/quienes-somos.html> (consultado el 10 de mayo de 2011)

Si bien en un comienzo estaba conformado mayoritariamente por movimientos de desocupados/as (que tuvieron un gran protagonismo en los últimos años de la década del 90 y primeros años de la del 2000), en la actualidad esa mayoría ha desaparecido y los distintos sectores que lo conforman tienen una representación similar.

“Hoy la proporción claramente ha cambiado, es decir, hoy el sector estudiantil tiene mucha presencia, el sector sindical se ha desarrollado en varias provincias, el sector piquetero ha retrocedido, por la propia dinámica histórica, ha pasado en todos los movimientos piqueteros en general, que se han reconvertido en movimientos territoriales, ya no son piqueteros, son más bien trabajadores de salud, trabajadores de educación, otro tipo de ejes que se abordan, culturales, entonces ha perdido representatividad dentro del movimiento, y otras experiencias como el tema de mujeres, lo cultural, lo educativo, ha ganado más presencia. Entonces es muy difícil decir “a partir de este momento se diversificó”, fue un proceso, que sigue caminando, que sigue caminando. Hoy es muy difícil decir que algún sector dentro del Frente sea el hegemónico, o el mayoritario, eso no es así, si bien en un principio el grueso era piquetero hoy está mucho más diversificado” (Integrante 4 FPDS - regional La Plata).

En su presentación formal en la página web se define al FPDS como un movimiento social y político, multisectorial y autónomo, con vocación revolucionaria⁸³. Esto tiene varias implicancias. Por un lado, que toda lucha social es también política y que no hay lucha política que no sea social, y que la conciencia política y la conciencia de clase son procesos que se construyen en las experiencias de lucha, en los logros y derrotas, y no objetos que se introducen artificialmente desde afuera.

⁸³ En la página web se señala respecto de su conformación que la organización “...es una de las principales referencias de la generación de organizaciones jóvenes de la Argentina, formada mayoritariamente por hombres y mujeres cuyo promedio de edad no supera los 40 años, que provienen de la lucha social y que no han pasado por estructuras partidarias clásicas, lo que se expresa en la búsqueda permanente de (auto)superación de formas de organización popular, que logren combinar democracia con eficacia”. Asimismo, se menciona como antecedentes las luchas de fines de los '90 y 2001-2002, pero también las generaciones del '60 y '70, influenciadas por la figura del Che y la revolución cubana, los procesos anticoloniales en África, la experiencia china, la guerra de Vietnam y el mayo francés. A nivel local, la experiencia anarcosindicalista de principios del siglo XX; la pueblada del 17 de octubre de 1945 y la “resistencia peronista” (1955-1969); las rebeliones inauguradas por el Cordobazo (1969-1973); las coordinadoras interfabriles de base (1974-1975) y las luchas de resistencia contra la dictadura (1976-1983).

http://www.frentedariosantillan.org/fpds/index.php?option=com_content&view=article&id=86&Itemid=4 (Bajado el 29 de abril de 2011)

Por otro lado cuando se hace referencia a la multisectorialidad, ésta aparece vinculada con la coexistencia de distintas organizaciones: territoriales de trabajadores/as desocupados/as, estudiantiles, sindicales, territoriales de carácter vecinal, expresiones culturales, espacios de jóvenes y de mujeres. En ellas pueden observarse diferentes pertenencias de clases, ámbitos, pero también experiencias de vida de quienes las conforman.

Cuando se hace alusión a la autonomía, es en relación al Estado, los partidos, las iglesias y las centrales sindicales, siendo el grueso de la política de la organización generado en las asambleas de base.

Esto va de la mano con la concepción de cambio social que sostienen, que es entendido como una práctica a promover cotidianamente, pero también como un objetivo en el tiempo. Se señala que las construcciones sociales y políticas son prefigurativas de la sociedad a la que se apunta, por ello se promueven nuevos valores, relaciones sociales y de trabajo, manifestaciones culturales, formas de luchar y de actuar políticamente, formas de relación entre mujeres y hombres, entre hijos/as y madres/padres. Este objetivo en el tiempo, recibe el nombre de socialismo, asimilándolo a la idea de crear una sociedad sin explotadores, pero acordando que serán los propios pueblos que protagonicen los cambios quienes darán contenidos a esas ideas⁸⁴.

Fornillo, García y Vázquez (2008) señalan que con la constitución del Frente se buscó ahondar en un tipo de construcción política que tienda a la conformación de una “nueva izquierda”, distanciándose tanto de la política propuesta por la izquierda tradicional como por el “autonomismo radical”, entramándose en una tradición organizativa ligada con el trabajo de base.

La lectura de las experiencias de coordinación previas a la conformación del Frente se produce de manera crítica, en la medida en que si bien aparecen como antecedente para la conformación de un Frente multisectorial, se observa la limitación que presentaban en tanto favorecía la coordinación entre sectores desocupados.

Además de las experiencias de articulación previas a la constitución del frente, una vez constituido éste hubo varios intentos de articulación y de conformación de un espacio más

⁸⁴ http://www.frentedariosantillan.org/fpds/index.php?option=com_content&view=article&id=86&Itemid=4 (Bajado el 29 de abril de 2011)

amplio, puesto que es un objetivo central constituir una herramienta social y política abarcativa de experiencias afines. Un integrante de la Regional La Plata señala que *“el Frente desde que nace se piensa siempre como un aporte de herramientas más amplias (...) El Frente nace y se considera biodegradable, tiene que ser una experiencia que se supere en otras. Lo primero que intentamos fue construir un espacio que se llamó “Encuentro Militante” que era un Frente más amplio, siempre la misma idea ¿no?, convocar a más grupos para ser más grandes. Ese Encuentro Militante duro dos años más o menos, hasta el 2007 que cae, de toda experiencia que cae va creando un salto, se suman grupos, entonces esa experiencia cae. (...) En el 2008 impulsamos una segunda experiencia de articulación más amplia, que es el “Otro Camino para superar la crisis”, que era como un Encuentro Militante pero que bueno, reformulado y que va a durar lo que dura la crisis del campo, es decir, planteamos ni kirchnerismo ni antikirchnerismo, sino una tercera posición que plantee que es lo que está bien de esta propuesta y que es lo que está mal y es limitado, tratando de empujar una propuesta propia, siempre una línea propia ¿no?, y esa experiencia como que también se agota, y ya con algunos grupos que habíamos intentado en Encuentro Militante y en Otro Camino confluir, ya después de esa vez dijimos ya no más intento de confluencia,(...) en 2009 después de la crisis del Otro Camino del 2008, convocamos un tercer espacio más amplio, siempre con la idea de ampliar, se llamó COMPA, tenía otro nombre pero se terminó llamando COMPA, Coordinadora de Organizaciones y Movimientos Populares de Argentina, y la COMPA fue más exitosa que esas experiencias duro desde el 2009 hasta el 2012, logro traer grupos con los cuales no estábamos teniendo dialogo que se suman a la COMPA, nosotros mismos empezamos a darle más cuerpo a esa experiencia, y la COMPA marco todo un ciclo también de actividades, de foros todos los años, de plenarios conjuntos, es otro ciclo digamos, de debate más maduro que en las experiencias anteriores, grupos con los cuales ya no teníamos expectativas de confluir ya no los convocamos. (Integrante 4 FPDS-Regional La Plata)*

Momentos de vínculo con el gobierno a nivel nacional

El FPDS desde sus inicios mantiene una posición crítica y distante del gobierno nacional conducido por Néstor Kirchner y Cristina Fernández. Fornillo, García y Vázquez (2008)

señalan que el Frente asume desde sus inicios una posición de carácter confrontativo en relación con el gobierno, que se gesta en principio a partir de la “promesa incumplida” de Néstor Kirchner de crear una comisión que se ocupe de investigar la Masacre del Puente Pueyrredón (donde mueren Darío Santillán y Maximiliano Kosteky) y obtener una resolución judicial definitiva. Estos autores señalan que desde el Frente se subraya una serie de ambivalencias en el discurso kirchnerista, considerando que la llegada de Kirchner a la presidencia abrió un nuevo ciclo político, diagnosticando una acción estatal que supo operar en la coyuntura pos crisis 2001 dado que, pese a la retórica anti-neoliberal, logró reproducir las condiciones de dominación, y el modelo de acumulación que le fue inherente.

Cuando desde el gobierno se lanza la propuesta de la transversalidad, desde el FPDS se decide permanecer al margen de ese espacio, permitiéndose acordar con ciertas políticas o aspectos de ellas y confrontando con otros o señalando los aspectos a profundizar. *“Cuando el gobierno se empieza a dar un política con respecto a los movimientos sociales, hacia un montón de espacios organizados, creo que ahí nace un poco también el roce y la confrontación con otros movimientos que empiezan a estar del lado del gobierno, que empiezan a apoyar este proyecto. El Frente se queda al margen en eso, no decide apoyar. Ojo respeto al movimiento social que dice yo apoyo a este gobierno porque entiendo que este gobierno está haciendo buenas cosas o está apostando a un cambio, lo respeto, no lo comparto, pero bueno, lo respeto. Pero la posición del frente siempre fue de decir ni me pongo en la vereda del gobierno, ni me pongo en una posición anti gobierno. “Bueno ¿de qué forma me paro en una posición donde tener una lectura crítica de lo que hace el gobierno, como apoyar ciertas medidas que me parece que son buenos proyectos y como salir a reclamarle la otra parte que le falta?”. (...) me parece que todos los proyectos y las leyes del gobierno muestran esa contradicción, muestran avances y muestran continuidades, muestran avances y muestran continuidades, creo que es una síntesis de lo que es este gobierno, avances y continuidades (Integrante 3 FPDS - Espacio de salud Regional La Plata).*

Modo de organización y toma de decisiones

La organización no tiene una estructura jerárquica, ni coordinadores de los distintos espacios, sino que hay espacios de síntesis, donde se coordinan y sintetizan los criterios políticos que guían el trabajo de las diferentes organizaciones, áreas y espacios anteriormente mencionados.

Los plenarios nacionales y regionales son instancias donde pueden participar todos los miembros del FPDS y suelen realizarse dos por año, uno al principio y otro al final. En la mesa nacional se discuten las decisiones políticas de la organización a nivel nacional, y se reúne 5 o 6 veces por año.

“A nivel nacional tenés un plenario nacional anual, que es lo más masivo que den las finanzas digámoslo así, que es masivo en la medida que las finanzas lo permiten, porque es muy costoso sostener un encuentro masivo, pero es decir se pone todo lo que se puede para que sea masivo. Es un encuentro que se hace a principio de año, que en eso mantenemos la vieja dinámica del Frente, un plenario anual tuvo el Frente en toda su historia, siempre. Después están las mesas nacionales, que son mesas de delegados de todo el país, más o menos representativo del desarrollo de cada región, son mesas de 60, 70 personas, que se reúnen cada dos meses, dos o tres meses, en diferentes puntos del país, es una mesa representativa, con delegados” (Integrante 4 FPDS- Regional La Plata).

La mesa regional es el máximo órgano de decisión de la regional. Allí participa al menos un/a representante por cada sector, área, organización y espacio (nuclea, por lo general, a unas treinta o cuarenta personas, pero es abierta a todos/as los/as militantes del FPDS), y se realiza cada quince días.

“Y después están las regionales que dan más la vida orgánica del movimiento por que en las regionales es en donde los compañeros participan más activamente. La estructura nacional siempre es como más lejana, por una cuestión obvia, son más restringidas, no se puede participar masivamente porque no podes debatir, no podes resolver nada. Las regionales es en el ámbito en donde se dan los debates, donde los delegados se nutren de las posiciones regionales, o sea son los ámbitos más vivos digamos de la organización. Y las regionales yo no sé cuántas son en este momento, pero hay varias, hay muchas, cada ciudad tiene su dinámica ¿no?. Y como el Frente además se compone de gente que viene

de diferentes movimientos, de diferentes experiencias políticas, también hay matices regionales sobre cómo trabajan internamente, en eso hay bastante libertad, dentro de un marco común, ¿no? Pero en general las regionales tiene la misma dinámica del Frente a nivel nacional, tienen un plenario anual, las mesas regionales de delegados...” (Integrante 4 FPDS- Regional La Plata).

La organización en su funcionamiento se rige por la democracia de base, que es el ejercicio democrático para la toma de decisiones, ejecutado en las asambleas que se realizan periódicamente en todas las agrupaciones de base, en los plenarios sectoriales (estudiantiles, territoriales, sindicales, etcétera) y en los plenarios nacionales, donde delegados/as consensuan las decisiones políticas generales.

Asimismo, son fundamentales en este esquema la autogestión, la formación y la lucha. Así, la *autogestión* implica la libre decisión sobre el destino de los recursos generados de diversas maneras, pero principalmente por el propio trabajo. En lo que hace al desarrollo de los trabajos productivos (huertas, granjas, carpinterías, herrerías, talleres textiles y de serigrafía, tambo, panaderías, entre otros) se promueve la creación de redes de consumidores y la construcción de una economía alternativa, pensada como aporte a la resistencia al sistema capitalista.

La *formación* está siempre presente e implica la reflexión colectiva sobre la propia práctica, y la incorporación de conocimientos surgidos de otras experiencias de lucha emancipatoria. Se utiliza la educación popular para promover el dialogo de saberes, que va de la mano de la idea de sujeto popular multisectorial que se propone.

La *lucha* es entendida como una parte constitutiva de la formación política, más allá de que sea la forma más adecuada para exigir reivindicaciones y avanzar en la transformación de la sociedad. Así, se ha utilizado la acción directa como principal forma de lucha, ya sea a través de cortes de rutas y de calles, movilizaciones, ocupaciones, escraches.

Pero la idea de lucha no sólo contempla la acción directa, sino que también contempla la creación de nuevas formas de vincularse (ya sea en lo social, lo laboral, entre hombres y mujeres, etc.), el trabajo de construcción de alternativas y generación de espacios barriales

autogestivos como centros culturales, comedores, emprendimientos productivos y cooperativas, etc.

Regional La Plata

La regional La Plata, Berisso y Ensenada⁸⁵ estaba compuesta por distintas organizaciones, entre las que se encuentran el MTD La Plata; MTD Berisso; FPDS Ensenada; AULE Humanidades⁸⁶, AULE Psicología, AULE Derecho, Cambium (Facultad de Agronomía de la Universidad Nacional de La Plata), MUECE (Facultad de Económicas de la Universidad Nacional de La Plata), El Pelo de Einstein (Facultad de Exactas de la Universidad Nacional de La Plata), Minga (Facultad de Veterinaria de la Universidad Nacional de La Plata), Cronopios (Facultad de Bellas Artes de la Universidad Nacional de La Plata), Fandango (Facultad de Periodismo de la Universidad Nacional de La Plata), 26 de Junio (Facultad de Trabajo Social de la Universidad Nacional de La Plata) y Agrupación de estudiantes y trabajadores de la salud Viento de Abajo⁸⁷; Taller de Educación Popular Tiburones y Mojarritas; Agrupación de trabajadores y trabajadoras La Fragua; Legales; Arte al Ataque; Galpón Sur; el Bachillerato Popular, Bartolina Sisa⁸⁸. La regional no tiene un/a coordinador/a, como tampoco lo tiene el espacio de salud.

La regional La Plata del FPDS, al igual que la organización en su conjunto, está organizada en *sectores*, que son los ámbitos donde se coordinan y definen políticas (Territorial, Estudiantil y Trabajadores asalariados), *áreas*, que son los ámbitos desde donde se proponen y ejecutan proyectos y actividades y *espacios*, que son los ámbitos desde donde se organizan actividades tomando ejes que atraviesan distintos sectores.

Con relación a los sectores, se encuentra el sector Territorial, integrado por todas las agrupaciones con trabajo territorial directo, por ejemplo el MTD La Plata (asambleas de

⁸⁵ Tal como se indicó anteriormente, más allá de la situación actual de la organización, en este trabajo se contempla su situación al momento del trabajo de campo.

⁸⁶ Agrupación Unidad para la Lucha Estudiantil, que se encuentra en las Facultades de Humanidades, Derecho y Psicología de la Universidad Nacional de La Plata

⁸⁷ Las agrupaciones estudiantiles se encuentran dentro de la COPA estudiantil.

⁸⁸ <http://fpds-lpberissoensenada.blogspot.com.ar/2010/05/quienes-somos.html> (bajado el 10 de mayo de 2011)

los barrios Malvinas, Altos del Sol, Puente de Fierro, etc.); MTD Berisso (asambleas de los barrios Nueva York, Villa Nueva, el Carmen, Villa Argüello, etc.); FPDS Ensenada; Tiburones y Mojarritas, etc.; el sector estudiantil, compuesto por las agrupaciones de las facultades (Aule, Cronopios, Fandango, etc.); el sector sindical, compuesto por “la fragua universitaria” (trabajadores de la unlp); “la fragua docente” (trabajadores de la educación primaria o secundaria); “la fragua estatales” (empleados públicos).

Con relación a las áreas, podemos mencionar el área de Formación, Educación, Comunicación y prensa, Relaciones, Finanzas y Cultura. En cuanto a los espacios, se encuentran los espacios de Mujeres (luego de géneros) , Niñez, Jóvenes, Bienes comunes, Legales, Tierra y vivienda, y Salud.

Dimensión de la organización

Con respecto a la dimensión total del frente a nivel regional, en lo que se refiere a cantidad de integrantes, no se tiene un dato preciso porque la cantidad de participantes va fluctuando según los momentos y contextos. Además hay distintos tipos de integrantes que realizan diferentes tareas, por ejemplo están los/as militantes orgánicos/as más comprometidos/as, aquellos/as que participan en ámbitos o actividades puntuales de la organización y aquellos/as que participan sin ser parte. Un integrante estima que a nivel regional habrá unos/as 250 militantes, a los/as que se suman aquellos/as que no son militantes pero que adhieren y trabajan con y desde el frente en distintas actividades.

“Y base, o sea gente que de repente no es militante, pero hace una tarea en una radio, hace una tarea en un bachi, debe haber unas 250 más, sin contar la de los barrios, porque los barrios te masifica mucho.(...) O sea en los barrios, acá en toda la región nosotros tenemos muchos barrios, entonces hay un montón de compañeros, hay asambleas de 10 personas y hay asambleas de 50 y varía mucho, depende la coyuntura. Hay veces que una asamblea tiene 20 compañeras, generalmente mujeres ¿no? Y en otro momento tiene 50, entonces varía mucho. Todos los barrios acá en La Plata si no me equivoco son 7, de Berisso son como 8, y de Ensenada quedaron 2 o 3, es decir es muy difícil saber cuántos, porque varían, ahí tenés más o menos 15, 17 barrios más o menos, sumando los 3. Si vos tenés una base mínima de 15 personas por barrio ya tenés un número muy alto, ¿cuántas

son? 300 personas. Y hay barrios que tienen más gente en asamblea, vos vas a Puente de Fierro y tenés 40 compañeros” (Integrante 4 FPDS- Regional La Plata).

Herramienta electoral

Durante el período del trabajo de campo el FPDS no tenía herramienta electoral. En sus inicios la decisión de no participar de las disputas electorales constituyó parte de su estrategia política en ese momento y la diferenció de otras organizaciones que sí formaban parte de partidos políticos. Como ya se señaló, en 2013 el Frente se divide en dos partes, una de ellas conserva el viejo nombre y la otra agrega al mismo las palabras Corriente Nacional. Luego, en 2014 se produce una nueva ruptura. Si bien en este trabajo no consideraremos esta nueva etapa de la organización, nos parece apropiado mencionarla, puesto que da cuenta del dinamismo de los procesos sociales estudiados, de la manera en que las organizaciones en las distintas coyunturas se enfrentan con nuevos desafíos y disputas respecto a cómo lograr la transformación o el cambio social.

Un integrante explica el proceso de división de la organización señalando que “(...) *sobre todo a partir de la crisis del campo que el escenario político nacional se complejiza, se requieren mayores definiciones para intervenir, el Frente tiene una raigambre fuertemente social, es decir social en su fuente reivindicativa en su base, no teníamos una matriz ideológica común para afrontar esos debates políticos que la coyuntura exigía. Entonces nos fuimos encontrando que ante diversas coyunturas no había acuerdo sobre como intervenir, entonces nos chocamos una dos tres veces contra la pared, en un momento dijimos “bueno, no tiene sentido seguir con una organización que no logra canalizar la iniciativa que queremos tener frente a determinadas coyunturas”. Supongamos ahora, si estuviera el Frente funcionando, tenés la reforma judicial, bueno “¿qué salís a decir?”, y nos pasaba en el viejo Frente que no podíamos alcanzar acuerdos, porque había diferencias concretas sobre cómo pararse frente al gobierno. Y bueno, fue un proceso lento de desgaste que duro unos dos años por lo menos, dos años intensos, por ahí fueron tres años si lo miras de un sentido más de mediano plazo, en el cual no teníamos acuerdo en una serie de puntos y se fue debilitando la posibilidad de hacer una síntesis, eso, fue eso...” (Integrante 4 FPDS - regional La Plata).*

Respondiendo al objetivo de construir una herramienta política lo más amplia posible, es que comenzó un proceso de fusión con otra organización, Marea Popular, que reúne a varias de las que participaron en la experiencia de la COMPA (Coordinadora de Organizaciones y Movimientos Populares de Argentina), situación que también fue una de las causas de la fractura de la organización.

“Es decir, de los grupos de la COMPA los principales son estos que te nombre Socialismo Libertario, Rebelión, la Mella y nosotros éramos los cuatro principales, estos tres deciden fusionarse, se fusionan de hecho y hoy se llama Marea Popular, armaron una fusión y nos convocan a nosotros a ser parte de esa fusión, en ese debate un sector del Frente no estaba de acuerdo en avanzar, otro sector estábamos de acuerdo en si armar una organización más grande, planteando que estaba desde los orígenes del Frente ese proyecto armar siempre algo más amplio, y bueno, eso y otros debates no saldados conducen a que haya una escisión en el Frente, entonces te diría claramente que ese es otro momento ¿no?, en el 2012, diciembre de 2012 se produce esa fisión. Y 2013, nuestro sector del Frente Corriente nacional está armando la fusión con los compañeros de Marea Popular, estamos confluyendo en una organización más grande, con Marea popular, con todos los grupos que están en la COMPA, es decir desde ese punto de vista la COMPA fue un éxito, porque termino confluyendo en lo que queríamos una organización más grande, que es lo que siempre quisimos con las experiencias anteriores que no resultaba. En las experiencias anteriores siempre pasaba que algunos grupos se sumaban al Frente, todo bien, pero no era lo que queríamos, nosotros queríamos una organización más grande, para poder decidir en política desde un lugar de mayor peso, y la COMPA en ese sentido fue un éxito, si bien la COMPA como tal desapareció logro que esa organización más grande se arme, que es Marea popular, o sea nosotros estamos en proceso de fusión ahora, en marcha” (Integrante 4 FPDS - regional La Plata).

Durante 2013 y 2014, previo al proceso de fusión, ambas organizaciones contaban con espacios de discusión y la toma de posición frente a determinadas políticas o decisiones de

los gobiernos nacional o provinciales, o sucesos públicos, se realiza en conjunto⁸⁹.

“Lo que funciona es una mesa entre las dos organizaciones de debate político y para coordinar algunas acciones. Entonces ahí empezamos un proceso de fusión, porque en los hechos empezás a actuar junto frente a un montón de... Frente a las coyunturas digamos, como intervenir ante un comunicado público, ante determinada coyuntura tratamos bueno de hacerlo entre los dos juntos así ya empezamos a actuar juntos, eso es lo que hoy está pasando. Y después obviamente nos invitamos a nuestros mutuos plenarios, encuentros... Las fusiones no son fáciles porque cada organización tiene sus cuestiones organizativas internas, entonces cambiar esa dinámica es difícil” (Integrante FPDS - regional La Plata).

A mediados de 2014 en el marco de las discusiones sobre el proceso de fusión del FPDS-CN con Marea Popular, se genera una nueva ruptura. Una parte (entre ellos el sector estudiantil y el Espacio de Salud casi en su totalidad) va a la fusión con Marea Popular, que recibió el nombre: Patria Grande⁹⁰ y otra parte permanece como FPDS-CN (entre ellos el sector territorial).

4.2.2- Organización del espacio de salud de la regional La Plata

El espacio de Salud de la regional La Plata (EdS)⁹¹ se conforma en el año 2010 a partir de la experiencia de trabajo realizada durante los años 2008 y 2009 en el marco de un proyecto de extensión de la UNLP, desde el que se gestionó un Curso de Formación de Promotores de salud en el que participaron miembros de organizaciones de desocupados integrantes del FPDS. Dicho curso de formación se realizó respondiendo a una demanda de los referentes de estas organizaciones de trabajar temáticas vinculadas a salud, a raíz de las precarias condiciones sanitarias y habitacionales en las que se encuentran en los barrios. La organización no cuenta con un Espacio de Salud a nivel Nacional, aunque su construcción es señalada como una tarea pendiente. Dentro del frente a nivel nacional hay dos

⁸⁹ Por ejemplo el paro de docentes, la quita de subsidios a los servicios, la emergencia en seguridad en la provincia de Buenos Aires, el intento de golpe de Estado en Venezuela, etc.

⁹⁰ Nombre que recibió el partido político creado previamente a partir del cual se disputaron las elecciones legislativas a nivel local en 2013.

⁹¹ Se utilizarán indistintamente las palabras Espacio de Salud del FPDS y la sigla EdS-FPDS. Siempre que se menciona al EdS-FPDS se hace referencia a la Regional La Plata.

regionales que tienen espacio de salud y varias organizaciones que trabajan temas de salud, y con las cuales se propician instancias de articulación.

“Si, hay espacios de salud en otros territorios, por ejemplo, en La Matanza hay un espacio de salud que ya se llama espacio de salud, en capital también, y después hay experiencias como medio aisladas en Rosario se está tratando de armar una movida en salud pero todavía no muy concreta, dónde más... bueno ahora no recuerdo, pero si hay bastantes experiencias. Como espacio de salud conformado que yo recuerde La Matanza y Capital. Bueno eso, como encontrarnos con otros espacios del Frente que también laburen salud” (Integrante 2 del EdS Regional La Plata - FPDS).

El trabajo realizado desde el proyecto de extensión es identificado como el principal antecedente. Una integrante menciona que participa en la organización *“desde cuando empezó, de alguna manera, en formación el espacio de salud, a partir del proyecto El Derecho a Tener Derechos, que es un proyecto de extensión universitaria que sale de la Facultad de Periodismo, donde se trabajaban diferentes derechos, entre ellos el derecho a la salud, y ahí empezamos a formarnos un grupo de diferentes disciplinas, en aquel momento, bueno, estaba yo que soy de psicología, varios de medicina, de comunicación social, no sé de qué otras disciplinas y empezamos a acercarnos básicamente a los barrios a trabajar, de manera, sobre todo la concepción de salud... disputar un poco la idea médico hegemónica de la salud y pensarla un poco como una salud integral, que abarca un montón de planos, no sólo el de las patologías, las enfermedades y relacionarlo con las condiciones socio-ambientales, las condiciones de vida que ellos tenían, así que empezamos a hacer talleres en dos barrios, alternadamente con la gente del MTD y fue un proceso en el que además en el que esos talleres de formación les iba a permitir después ser promotores de salud en su barrio”* (Integrante 1 del EdS Regional La Plata - FPDS).

Una vez finalizados los talleres del Curso de Formación de Promotores/as de Salud se comienza a dar forma a este espacio. Subyacente al desarrollo del proyecto de extensión estaba, en algunos/as viejos/as integrantes de la organización, la idea de crear un área de salud de la organización. El espacio se fue generando a partir de discusiones posteriores al desarrollo del mismo, sobre la necesidad de contar con un espacio orgánico en el que se

decidiera la línea política de salud de la organización. Así lo que se empezó a trabajar desde el proyecto de extensión como una instancia formativa, se fue trascendiendo y convirtiéndose en un espacio para incidir en los barrios, para transformar situaciones reconocidas como precarias o de vulneración del derecho a la salud.

“Fuimos empezando a integrarnos a la organización y a desprendernos de lo que era el proyecto de extensión porque lo veíamos como algo que si bien podía llegar a ser un fin en sí mismo, también podía trascenderse. Entonces vimos la necesidad de organizarnos en función de diferentes intereses de esa organización y bueno, empezar a participar de discusiones orgánicas, empezar a tener otro tipo de discusiones. Y ese fue un año difícil, porque quedamos muy poquitos, así que éramos 4 o 5 empezando a pensar esto y fue muy difícil empezar a organizarnos” (Integrante 1 del EdS Regional La Plata - FPDS).

“Haciendo un balance de ese proyecto se veía que no se había llegado a tener una real incidencia en materia de salud en ningún territorio en específico, sino que había quedado en un proceso formativo pero que había quedado en eso. Entonces, estaba pensando en empezar a trabajar en un territorio determinado, con proyección de laburar a largo plazo” (Integrante 2 del EdS Regional La Plata - FPDS).

Muchos/as de los/as integrantes del espacio forman parte también de la organización Viento de Abajo, conformada por estudiantes y graduados/as de Medicina que, en sus orígenes, se plantea como un espacio de formación en el cual problematizar la concepción de salud, la formación y las prácticas que se fomentan desde la universidad y que legitiman una manera de entender la salud y la enfermedad pero también de enseñar y ejercer. Luego de varias discusiones y acercamientos al FPDS, la agrupación decide sumarse al Frente y también comienza a disputar espacios en la Facultad de Medicina de la Universidad de La Plata, constituyéndose como agrupación estudiantil con una posición opositora a la gestión vigente.

“Yo empecé a militar en una organización que se llama Viento de Abajo, que es una organización que en su momento, un grupo de estudiantes y algún trabajador de la salud que se juntan y empiezan a problematizarse a partir del concepto de salud que recibíamos en la facultad. Y empezamos a laburar con talleres de salud en donde, problematizar

cuestiones que por ahí la facultad no trabajaba. Como cuestiones de género o la misma concepción de que podría significar para nosotros la salud. Y después de un año y medio más o menos de militancia, decidimos sumarnos al Frente Darío Santillán” (Integrante 3 del EdS Regional La Plata - FPDS).

Entre las razones por las cuales los/as integrantes de la organización Viento de Abajo deciden sumarse al Frente se encuentran la afinidad con los criterios que guían el trabajo del FPDS, es decir, la democracia de base, la formación, la autogestión y la autonomía respecto del Estado y los partidos políticos tradicionales.

“Nos decidimos sumar al Frente porque era una organización con la que nos sentíamos muy afines en la forma de laburar, muchas cuestiones que nosotros nos planteábamos desde el inicio, por ahí el Frente la laburaba de forma muy similar. Esto del concepto de la autogestión, como la democracia de base, como la independencia de partidos políticos tradicionales o de instituciones del Estado. Y porque en alguno de los barrios donde empezamos a querer laburar, a trabajar, a hacer cosas, nos encontrábamos con el Frente muchas veces. Entonces después de muchas idas y vueltas decidimos sumarnos al Frente y aportar, a partir de la formación del espacio de salud, que en ese momento el Frente no tenía espacio de salud” (Integrante 3 del EdS Regional La Plata - FPDS).

Otro antecedente del espacio de salud, además del proyecto de extensión mencionado, fue la experiencia del área de salud del Movimiento Nacional Campesino Indígena (MNCI)⁹², puesto que algunos/as integrantes de Viento de Abajo habían participado de ese espacio.

“Había un programa que era un curso de formación de promotores, se toma como antecedente eso, y se toma como antecedente también que había 2 o 3 compañeros que eran de Viento de Abajo, que empezaron su militancia, si se quiere, en el espacio de salud del MNCI, en el Movimiento Nacional Campesino Indígena. Ellos empezaron a participar ahí, a la vez, empiezan a participar en Viento de Abajo. El Movimiento Campesino

⁹² El Movimiento Nacional Campesino Indígena se define como un “movimiento de más de 20.000 familias de agricultores campesinos e indígenas de Argentina. Nuestros ejes más fuertes de la lucha son lograr la Reforma Agraria Integral y la Soberanía Alimentaria a través de la Organización Popular”. Señalan que son “un movimiento de base en articulación constante de actividades entre organizaciones de diferentes provincias. Generamos encuentros regionales (región NEA, NOA y Centro) para que las distancias geográficas no sean un impedimento para encontrarnos. Divididos en comisiones, grupos o aéreas de trabajo coordinadas por delegados. Salud, Formación, Comunicación, Territorio (incluye la tierra, el agua y los recursos naturales), Producción y Comercialización, son algunas de ellas” <http://mnci.org.ar/about/nuestros-principios/> (bajado el 28 de mayo de 2014).

Indígena tiene un espacio de salud que trabaja la política de salud hacia todo el Movimiento y hacia los distintos Movimientos que componen el MNCI. Entonces como que empezamos a retomar cierta línea de laburo, que ya tenía el MNCI, y cierta forma de trabajar la salud, a través de la educación popular, que el MNCI ya lo laburaba. Eso fue un poco el inicio” (Integrante 3 del EdS Regional La Plata - FPDS).

El espacio fue creciendo y se fue ampliando. Así se fueron sumando nuevos/as integrantes con el transcurso del tiempo y se diversificaron las tareas y los ámbitos en los que se desarrollan las actividades. Entre estos ámbitos pueden mencionarse el barrial, el universitario y el sindical. Algunos/as se suman a partir del trabajo que se está realizando en el barrio, otros/as a partir del contacto con la agrupación Viento de Abajo en la Facultad y otros/as por afinidad con el FPDS, que encuentran en el EdS el ámbito en el cual militar.

“Y por suerte eso se fue trascendiendo, al punto que hoy tenemos diferentes equipos en cuatro barrios que en general también son de diferentes disciplinas, con una mirada compartida e incluso con mucha mayor inclusión de la gente misma de los barrios en la planificación de los talleres, en la planificación del proceso en general, e incluso hemos logrado estar en distintos planos como la disputa académica, a partir de una cátedra que es la cátedra libre Ramón Carrillo, también en lo que violencia hacia las mujeres a través de Las Violetas. Se fueron desarrollando distintos grupos de trabajo con diferentes tareas, compartiendo la misma reunión orgánica de definición en donde también hay formación” (Integrante 1 del EdS Regional La Plata - FPDS).

En cuanto al perfil de los/as integrantes, es importante señalar que se encuentra conformado por estudiantes universitarios/as y graduados/as de distintas disciplinas que trabajan en lugares vinculados a la salud, constituyéndose en un espacio es interdisciplinario aunque con un fuerte peso de las ciencias médicas.

El modo de trabajo del EdS⁹³ responde al de la organización en su conjunto, es decir las decisiones se toman en asambleas, se realizan plenarios en los que participan todos/as y se priorizan los espacios de formación. Los plenarios son instancias de discusión y proyección del grupo en los que se planifica y evalúa el trabajo del espacio, y por lo

⁹³ El modo de trabajo y organización del EdS está repensándose en función de los mencionados cambios por los que está atravesando la organización en su conjunto.

general se realizan a principio, mitad y fin de año. También se realiza una reunión general semanal, que va cambiando de forma en función de las necesidades y demandas propias del trabajo emprendido, y de las evaluaciones realizadas.

“Este año la reunión orgánica semanal empezó a tener otra forma. Antes era simplemente toda la reunión todos y entonces era como muy larga y de alguna manera terminó siendo una pasada de revista de cómo venía cada actividad en cada lugar y demás. Ahora cambiamos, e hicimos cada 15 días, es así ampliada y de discusión mayormente política y alternadamente una reunión donde por sector, por grupo de trabajo y después si una síntesis todos juntos” (Integrante 1 del EdS Regional La Plata - FPDS).

Si bien no se bajan lineamientos a seguir en salud a nivel nacional, los criterios políticos se definen en los plenarios nacionales o de la regional, y en función de esos criterios se hacen nuevas proyecciones.

“Los criterios políticos obviamente se basan en lo que son los plenarios de nuestra regional o de nuestro movimiento. Entonces participamos en esos plenarios y a partir de ahí tomamos ciertas decisiones como espacio, en la línea que nos compete a nosotros. Hace unos años empezamos, nos llevó mucho tiempo armarnos a lo interno y recién este año y un poco del anterior empezamos a pensar bueno la política en términos hacia afuera, que queríamos disputar, por ejemplo empezamos a participar del Foro sobre Salud y Medioambiente donde se proponen 22 puntos para una ley por una salud integral y demás. A partir de esos y otros insumos hemos basado la línea política en salud de nuestra organización” (Integrante 1 del EdS Regional La Plata - FPDS).

Ámbitos de trabajo

En relación a los ámbitos de trabajo del EdS, en el ámbito universitario podemos mencionar la labor de la agrupación estudiantil Viento de Abajo, en la Facultad de Medicina de la Universidad de la Plata, y el desarrollo de la cátedra libre Ramón Carrillo que se gestiona a partir del año 2010 y en la que se han desarrollado encuentros sobre temáticas vinculadas a la salud en distintas Facultades de la Universidad de la Plata, *“se proyecta ahí a partir del Espacio con la participación de distintas agrupaciones de la*

Facultad como son Viento de Abajo en Ciencias Medicas, la 26 de Octubre en Trabajo Social, el Aule en Psicología, y el Pelo de Einstein en Exactas” (Integrante 3 del EdS Regional La Plata - FPDS).

La cátedra “nace con la idea de llevar un Espacio hacia la Facultad con todo lo que nos habíamos problematizado, con todo lo que habíamos militado y con todo lo que habíamos laburado, para poder llevar otra mirada al estudiante... poder aportar otra mirada de la salud dentro de la Universidad y disputar esa mirada, esa luz, por ahí bastante hegemónica que tiene la Facultad” (Integrante 3 del EdS Regional La Plata - FPDS).

Con relación al ámbito sindical, podemos mencionar que algunos integrantes del EdS que están haciendo residencias participan en la Asamblea de Residentes e incipientemente en la Fragua (agrupación sindical del FPDS).

En el ámbito barrial, desde el EdS se trabaja en tres barrios: Islas Malvinas de La Plata, y Villa Argüello y Barrio Obrero en Berisso. Se apunta a que los equipos que desarrollan acciones en los barrios estén conformados por varones y mujeres de distintas disciplinas. Y por lo general en todos los equipos hay médicos/as o estudiantes de medicina, situación que si bien no es buscada, se da porque la mayoría de los/as participantes tienen formación en ese campo

Las referentes de los barrios no participan de las reuniones semanales o plenarios del EdS, sino que participan en las reuniones del Espacio de Salud de cada barrio (EdSB⁹⁴). En esos espacios se trabaja en función de las necesidades y demandas manifestadas por las referentes barriales de la organización. Así se establece un día y horario de reunión semanal específico para este espacio, y además los/as integrantes del EdS refuerzan su trabajo participando en las asambleas de la organización en los barrios. Por fuera del EdSB, los equipos que trabajan en los distintos barrios se reúnen cada 15 días para poner en común e intercambiar experiencias en torno a las actividades desarrolladas en cada barrio.

“Nosotros lo que planteamos es laburar Salud, trabajar Salud a partir de las necesidades de las personas que vienen a la reunión. Nosotros tratamos de hacer entender que ese

⁹⁴ Se utiliza la sigla EdSB para referirnos al Espacio de Salud del barrio.

Espacio, no es un espacio nuestro, es de llevar una propuesta, sino que es un espacio de todos los que participamos, y que ese Espacio lo hacemos todos los que participamos y que la política de ese Espacio se la damos todos los que participamos. Entonces se trata a partir de las necesidades que traen todos y hacemos un taller por ejemplo como hicimos este año, cuando llegamos a “El Comedor”. De decir ‘bueno, trabajemos a ver que entendemos por salud’ creo que fue el primer taller, a través de los dibujitos, las revistas, que se yo. Y una de las cosas que salió, ahí salió varias cosas, salió el tema de la basura, salió el tema del espacio para los chicos, salió el tema de enfermedades respiratorias, y como que la propuesta fue evaluar si a ellas les interesaba trabajar esos ejes que habían salido” (Integrante 3 del EdS Regional La Plata - FPDS).

4.3- Puntos para la discusión

Se dedicaron estas páginas a caracterizar a las organizaciones, recuperando fundamentalmente sus inicios, objetivos, modos de organización y toma de decisiones fundamentalmente porque permite comprender la conformación y funcionamiento de los respectivos área y espacio de salud, y las actividades que desde allí se proponen. Por ello, lo desarrollado en las páginas anteriores no es sólo contextual, sino que es el marco desde el que se piensan, elaboran y realizan las actividades vinculadas a temas de salud.

Los ejes que se recuperan para caracterizarlas no son los únicos ejes que permiten comprender la conformación, accionar y proyección de estas organizaciones, sino que son los que hemos considerado pertinentes para el abordaje de la problemática.

Si bien no se intenta establecer una comparación, es pertinente hacer un punteo de algunos elementos particulares de cada una y de algunos elementos comunes que permiten ahondar en su comprensión.

En primer lugar, se considera que el área/espacio de salud⁹⁵ de las organizaciones varía según los objetivos, proyectos políticos, modos de organización y de toma de decisiones de cada una. En el FPDS el modo asambleario atraviesa el espacio. No hay un EdS nacional, ni lineamientos generales que seguir, pero se consideran los criterios generales que se acuerdan en los plenarios generales, como por ejemplo trabajar a partir de las demandas que surjan en los barrios o articular distintos espacios o áreas (niñez, jóvenes y salud). Está conformado por estudiantes y profesionales y las ciencias médicas tienen un fuerte peso.

El área de salud de Barrios de Pie sigue lineamientos generales del área nacional, y se intenta que las mismas actividades se repliquen en los diferentes barrios, considerando las particularidades y demandas locales. Tiene una coordinadora regional y participan referentes de los distintos barrios y una referente regional, que es la única profesional, aunque no de la medicina.

En general la conformación social de las organizaciones es heterogénea. Están compuestas por vecinos/as de los barrios, estudiantes universitarios/as y profesionales de distintas áreas temáticas, integrantes con muchos años de militancia, siendo todos/as ellos/as los/as que sostienen los espacios en los territorios. Ambas organizaciones en los últimos años han tenido gran afluencia de población proveniente de Perú, Bolivia y Paraguay. Esta heterogeneidad expresa la diversidad de saberes y experiencias sobre la salud que se ponen en juego en la realización de las actividades.

La formación se constituye como una instancia central en el trabajo de ambas organizaciones. Se prioriza tanto la reflexión sobre las propias prácticas como la formación en determinadas temáticas, que luego son replicadas en los barrios en los que se trabaja. La relación entre educación y salud (Prieto Castillo, 2000; Huergo, 2001) aparece con mucha fuerza. En este proceso, la reflexión y sistematización de lo que ya se ha realizado es central, más allá del nivel de avance que se haya alcanzado en cada área/espacio.

A su vez, a partir de ello, se establecen proyecciones a partir del trabajo en el área/espacio, por ejemplo en el caso de Barrios de Pie, la participación en el Foro de debate sobre

⁹⁵ Se utilizará “área/espacio de salud” para hacer referencia al ámbito en el que se abordan temas de salud en ambas organizaciones.

propuestas para La Plata (2011), el diseño del proyecto de Consejos de salud presentado en el Municipio de La Plata (2011), y en el caso del EdS del FPDS, la participación en la universidad a partir de la cátedra libre Ramón Carrillo. Asimismo, desde ambos espacios se contempla la participación en el Foro Nacional de salud y Ambiente de Argentina y se capitaliza el trabajo realizado y las discusiones desatadas para la elaboración de las plataformas políticas de las respectivas herramientas políticas.

Un punto que es fundamental a destacar es el dinamismo de los procesos sociales estudiados. El desarrollo y accionar de las organizaciones cuyas prácticas analizamos en esta tesis es muy dinámico, está en constante movimiento y se va modificando en función de los momentos históricos, las distintas coyunturas políticas y las discusiones colectivas que se van dando en los plenarios y mesas de dirección a partir de la reflexión/evaluación sobre las prácticas que realizan.

Luego de finalizar el trabajo de campo han sucedido varios cambios en las organizaciones. Por ejemplo, Barrios de Pie a partir de 2013 se concentra solo en el funcionamiento de las áreas de salud y educación (en 2012 había fusionado las áreas de salud y género). Asimismo, algunos/as referentes han pasado a ocupar cargos legislativos en el Estado, concejales, diputados/as, etc. Actualmente se encuentran revisando el estatuto de Libres del Sur, en el cual revisaran el modo de organización y desde la herramienta política han realizado alianzas electorales con distintos partidos, es decir que han integrado distintos frentes políticos en función de integrar espacios acordes a sus objetivos y proyecciones.

En lo que refiere al FPDS, como ya se mencionó, se produce su división y se conforma el partido político Patria Grande (que en la regional La Plata presentó lista de candidatos en las elecciones legislativas de 2013 en la ciudad de La Plata), y esto en un principio generó cambios en su modo de organización y funcionamiento. Luego, al avanzar en el proceso de fusión a nivel nacional con otra organización, Marea Popular, que recibió el nombre: Patria Grande, se produce una segunda ruptura en la organización. Si bien la primera ruptura no afecta directamente a la Regional La Plata (puesto que esta pasa completa al

FPDS-Corriente Nacional), la segunda ruptura si la afecta, pasando el sector estudiantil y algunos otros (como el EdS) a integrar Patria Grande.

Estas situaciones de cambio por las que atraviesan las organizaciones no son propias de las organizaciones cuyas prácticas en salud se analizan aquí. Debido a los cambios en la situación social, política y económica, y la recomposición del rol del Estado y sus instituciones, que se fueron realizando a partir del proceso iniciado en 2003 con el gobierno de Néstor Kirchner, las organizaciones surgidas en el marco del proceso de crisis de 2001, han tenido que ir redefiniendo constantemente sus estrategias políticas, y tal como señala Munck (1995) éstas apuntan al cambio mediante sus incursiones en la arena político-institucional.

Las actividades de las organizaciones no apuntan a suplantar las acciones del Estado, puesto que se reconoce que la salud, al igual que otros derechos sociales, es un derecho que debe ser garantizado por el Estado, por lo cual es a éste a quien van dirigidos los reclamos y propuestas. Por ello se apunta a mantener instancias de diálogo y negociación, aunque en algunos casos se llegue a realizar manifestaciones o cortes de calles o rutas para lograr dichas instancias.

Asimismo, desde ambas organizaciones se señala como fundamental que los/as integrantes de los barrios vayan asumiendo distintas tareas puesto que tanto al momento de disputar como de gestionar en el ámbito del Estado la experiencia de trabajo en los territorios se torna fundamental⁹⁶.

⁹⁶ “La idea es siempre ir y poder tratar de ir a pelear. Decir bueno, esta es la forma en la que nosotros construimos, la forma en la que nosotros pensamos, la forma en la que nos pensamos como agentes de salud, ir a compartir eso y tratar de superarnos en esa discusión con el otro” (Integrante 3 del Espacio de Salud de la regional La Plata del FPDS).

“Son cuestiones organizativas, pero que tiene que ver con como nosotros creemos que... porque el día que lleguemos al gobierno, que nosotros queremos disputar el poder tenemos que estar preparados, y no preparados un grupo de compañeros, o los intelectuales, los que tuvieron la posibilidad de estudiar. Los compañeros de los barrios son fundamentales para ser formadores de otros formadores, son los que tienen el contacto de todos los días” (Barrios de Pie - Referente Regional).

5- LAS ORGANIZACIONES EN LOS BARRIOS

En este capítulo se presenta el caso específico de las dos organizaciones en los territorios, dando cuenta de su conformación y desarrollo en ellos, las relaciones que establecen con las dependencias estatales y con otras organizaciones en el contexto local.

Para ello, previamente se hará una caracterización de ambos barrios, tomando como insumos la base de datos del Censo 2010, los registros de la observación participante, las entrevistas realizadas a integrantes de organizaciones y equipos de los Centros de Salud, y las conversaciones informales con integrantes del barrio.

5.1- Caracterización de los barrios

5.1.1- Sobre El Carmen

El barrio El Carmen está delimitado por las calles 31 y 45 y por la ruta provincial N° 11 y la calle 130, ubicándose en la zona de La Franja de la localidad de Berisso, en la Provincia de Buenos Aires. La Franja es una zona intersticial, caracterizada por bañados y bajos, que linda con la ciudad de La Plata y está separada geográficamente de la zona del Centro de Berisso. Está conformada por los barrios El Carmen, Villa Progreso, Villa Argüello, La Hermosura y Universitario. Estos dos últimos están más alejados (el Universitario cruzando la calle 60 para el lado de Ensenada y La Hermosura en una zona más rural).

El barrio tiene una conformación heterogénea, puesto que en el área más cercana a la ruta provincial 11 se encuentran todas las instituciones, las calles están asfaltadas y las casas

son de ladrillos y cemento, aunque muchas se encuentran sin terminar. Acercándose a la calle 130 las calles son de tierra y comienzan a observarse casillas de chapa, madera y cartón. Es en esta zona donde se encuentra la capilla, la plaza y los comedores de las organizaciones.

En uno de los encuentros con la referente barrial de Barrios de Pie se realizó un mapeo del barrio, en el que se señalaron las instituciones y organizaciones del barrio, los espacios verdes, las calles de asfalto y de tierra, las zonas donde hay agua corriente, gas y cloacas, y los basurales. En él quedaron plasmadas las diferentes zonas mencionadas.

En las pocas calles que conforman el barrio encontramos una gran cantidad de instituciones: la Escuela N° 14, la Escuela N° 25, el Jardín de Infantes, el Jardín Maternal El Carmen, la Escuela N° 502, el Centro de Estimulación, el Club el Carmen, la Escuela María Reina y el Centro de Salud N° 35.

Asimismo, se está implementando, desde 2009 y en distintas etapas, el Programa de Mejoramiento de Barrios, PROMEBA⁹⁷, que depende del Ministerio de Planificación Federal, Inversión Pública y Servicios de la Nación, y el presupuesto participativo municipal, a través del cual, entre otras cuestiones se contempló en 2012 la ampliación del Centro de Salud.

Según datos del Censo de Población, Hogares y Vivienda de 2010⁹⁸, la población total de Berisso es de 88.470 habitantes, correspondiendo al barrio El Carmen 7003 habitantes⁹⁹, de

⁹⁷ Según se menciona en la web de la Presidencia de la Nación, el PROMEBA es un programa social que transforma el hábitat popular a partir de la provisión de infraestructura social básica, el acceso a la propiedad de la tierra y el fortalecimiento de la organización comunitaria. Las familias que intervienen en el Programa, acceden al agua potable y saneamiento, resolviendo problemas de salud estructurales. Ejecuta obras de infraestructura básica: ordenamiento y mensura de suelos, extensión de redes, conexiones domiciliarias de agua potable, energía eléctrica, gas natural, cloacas, soluciones sanitarias, vías de acceso, alumbrado público, desagües pluviales, red vial y peatonal, cordón cuneta y vereda, otros. <http://www.presidencia.gob.ar/sitios-de-gobierno/planes-de-gobierno/2683> (consultada en marzo de 2013)

⁹⁸ Los datos del censo son procesamientos propios que remiten a los ítems del formulario básico. En primera instancia se construyó una base propia en función de radios y fracciones de cada barrio, y luego se realizó el cruce de variables con el programa *Redatam + SP* (software desarrollado por el CELADE, División de Población de la Comisión Económica para América Latina y El Caribe (CEPAL) de las Naciones Unidas).

⁹⁹ En 2001 la localidad de Berisso contaba con 78.988 habitantes y el barrio El Carmen con 6894 habitantes (Censo 2001).

los cuales el 51% son mujeres. La gran mayoría de la población del barrio es nativa de Argentina. El 7,9 % (n=551) nació en otro país, siendo el 73,1% de ellos/as oriundos/as de Paraguay. En Berisso hay 1011 paraguayos y en El Carmen 403. Es decir que del total de población procedente del Paraguay el 40% reside en El Carmen.

Esto contrasta con los datos a nivel partido en donde la población migrante que predomina procede del Perú. De la población total de Berisso, el 5,7% es extranjera. Del total de extranjeros, un poco más de la mitad son oriundos de Perú (51,7%). Le siguen en cantidad los inmigrantes de Paraguay (20,9%), los de Italia (7,2%) y Bolivia (5,5%).

En la localidad de Berisso se encuentra el hospital público provincial “Mario V. Larrain”, ubicado en el centro. Es el único hospital público de la ciudad y se accede por medio del transporte público, cuya frecuencia es de media hora (desde el barrio).

En El Carmen se encuentra el Centro de Atención Primaria de Salud municipal N° 35, que cuenta con Pediatras, Medicina General, Psicología, Ginecología y Obstetricia, Odontología, Trabajo Social y el CPA (centro de Prevención de Adicciones). Dentro del CAPS, también funcionan las residencias PRIM (Programa de Residencia Integrada Multidisciplinarias) y un Rincón de Lectura¹⁰⁰. Durante el día trabajan por turnos, salvo en los casos de urgencia. Los turnos de la mañana comienzan a otorgarse a partir de las 8 horas y los de la tarde, a partir de las 14 horas. Como en el Centro de Salud no hay laboratorio, las muestras de sangre se toman dos veces por semana y son enviadas al hospital de Berisso para su análisis. El vacunatorio funciona todos los días de 8 a 16 horas.

Se implementan los programas: Remediar/Redes, Plan Nacer/Sumar, Progema, Médicos Comunitarios, Probas, Prodiaba, Seguro Publico de Salud, SUR (Sistema Único de Registro)¹⁰¹.

¹⁰⁰ El rincón de lectura es un espacio recreativo para los niños del barrio, dentro del Centro de Salud. “*El rincón de lectura se inició a través del equipo comunitario que generaba el municipio que también eran reuniones de vecinos y de ese equipo surgió armarlo. Algunas ya no participan más, arrancamos los cajones, almohadones, preparamos todo. Y después las chicas trabajadoras sociales hicieron un proyecto y la fundación leer les donó 100 libros y ahí nació todo. Después a través de una capacitación que hice yo conseguí mas cosas. Aparte van las trabajadoras sociales a hacer la residencia y va rotando la gente que colabora con el rincón. Así lo vamos sosteniendo a través de acciones, de estar acá, estar allá*” (Referente barrial que participa en el rincón de lectura)

¹⁰¹ <http://www.berisso.gov.ar/unidades-sanitarias.php>

El centro de salud no tiene ambulancia propia, pero hay una para toda la zona de La Franja que está en el CAPS de Villa Progreso –que se encuentra a unas 30 cuadras de distancia–, y sólo puede usarse para traslados desde los Centros de Salud al hospital. Hay guardia de enfermería que funciona las 24 horas y ante urgencias se solicita la ambulancia para traslado al hospital.

5.1.2- Sobre Villa Argüello

Villa Argüello, según los planos municipales, comprende la zona delimitada por las calles 60, 122, 68 y 134 (aunque en los últimos años se ha poblado también más allá de la calle 134). Se ubica al noreste de la ciudad de La Plata y al sudoeste del Partido de Berisso, en La Franja, la misma zona de borde caracterizada por bañados y bajos, donde también se encuentra El Carmen.

Villa Argüello, al igual que El Carmen, tiene una composición heterogénea, es decir hay una diferenciación entre una zona urbana con casas bajas en su mayoría de cemento y ladrillos, cercana a la avenida 122, que divide a la ciudades de La Plata y Berisso; y una zona en la que predominan las casas de madera, chapa y cartón, que se encuentra más alejada de dicha avenida, cuyo crecimiento acelerado en los últimos años no está contemplado en los planos municipales, y en algunos sectores no cuenta con servicios básicos de infraestructura, como red de gas, agua potable, luminaria pública, etc. Es en esta zona donde se encuentra el comedor con el que se trabajó.

En el barrio hay organizaciones e instituciones que trabajan distintos temas vinculados con salud, educación y medioambiente, como por ejemplo el centro social y deportivo Villa Argüello, el Centro Educativo Complementario N°3, los comedores del FPDS, el club Nueva Villa Argüello, la escuela N° 3, el Centro de Adultos N° 707, la asociación Un techo para mi país, el centro de jubilados.

Allí se encuentra el Centro de Atención Primaria de Salud N° 19 que cuenta con Medicina General, Pediatría, Psicología, Odontología, Trabajo Social, Enfermería, Ginecología y Obstetricia, además de las Promotoras de Salud y un Centro de Prevención de las Adicciones (CPA). Hay guardia de enfermería de lunes a viernes después de las 17 horas y

los sábados, domingos y feriados. Se toman muestras de sangre que se envían al hospital de Berisso.

El centro trabaja por turnos, que se otorgan a las 7:30 horas (tanto para la mañana como para la tarde). Se dan entre 10 y 15 turnos por día, según la especialidad y la cantidad de controles ya programados por los profesionales. Los sábados hasta el mediodía se atienden urgencias. Se implementan los programas: Remediar, Plan Nacer/Sumar, Progema, Médicos Comunitarios, Probas, Prodiaba, Seguro Público De Salud, SUR (Sistema Único de Registro)¹⁰².

El área programática del CAPS *“va de 57 hasta la 66 y de la 122 a la 130, pero ahora se extendió mucho más, o sea lo que queda programado es eso, lo que está diseñado digamos, pero ahora los de la 135, la 137, vienen todos para acá”* (Promotora de salud CAPS N° 19).

Como se indicó, la población total de Berisso es de 88.470 habitantes, correspondiendo a Villa Argüello 6989 habitantes, de los cuales el 51% son mujeres¹⁰³. Un 19,1% de la población del barrio nació en otro país, siendo el 77,9% oriunda de Perú. La zona en la que está ubicado el comedor con el que se trabajó es una zona poblada casi exclusivamente por población procedente del Perú. De hecho, la mayoría de quienes asisten y sostienen el comedor, son peruanos.

Como aclaramos anteriormente en base a los datos del Censo de Población, Hogares y Viviendas de 2010, de la población total de Berisso, el 5,7% es extranjera. Del total de extranjeros/as, un poco más de la mitad son oriundos/as de Perú (51,7%). Le siguen en cantidad los inmigrantes de Paraguay (20,9%), los de Italia (7,2%) y Bolivia (5,5%). En Berisso hay 2497 peruanos y en Villa Argüello 1041, es decir que el 41,7% de los peruanos que hay en Berisso reside en Villa Argüello.

A continuación se muestra una tabla en la que se pueden ver de manera relacional algunos indicadores más generales de ambos barrios, y los que responden a Berisso en relación a los servicios básicos.

¹⁰² <http://www.berisso.gov.ar/unidades-sanitarias.php>

¹⁰³ En 2001 la localidad de Berisso contaba con 78.988 habitantes y el barrio Villa Argüello con 5662 habitantes (Censo 2001).

	Berisso	El Carmen	Villa arguello
Educación		2384 personas asisten 4029 personas asistieron 156 nunca asistieron	2420 asisten 4143 asistieron 113 nunca asistieron
Tasa de analfabetismo ¹⁰⁴		1,5%	0,9%
Ocupación ¹⁰⁵		69,2% ocupada 5,6% desocupada 25,2% inactiva	71,9 ocupada 5,2% desocupada 22,9% inactiva
Hogares ¹⁰⁶		1983 hogares 65,5% nucleares 13,6% unipersonales 15,8 extensos 4,4% no nucleares	2331 hogares 57,5% nucleares 23,5% unipersonales 11,6% extensos 6,1% no nucleares

¹⁰⁴ Calculada a partir de dividir la cantidad de personas de 15 años o más que no sabe leer y escribir por el total de la población de 15 años o más, y multiplicarlo por 100.

¹⁰⁵ Se incluyen las personas que: hayan realizado una actividad laboral por lo menos una hora en la semana anterior al inicio del Censo Experimental en forma remunerada; hayan realizado una actividad laboral habitualmente 15 horas o más semanalmente sin pago; no hayan realizado una actividad laboral en la semana anterior al Censo Experimental, por encontrarse de licencia por enfermedad, vacaciones, huelga, conflicto laboral, etc., pero mantiene el empleo; se encuentren suspendidas por menos de un mes y a los de 1 a 3 meses que no hayan buscado activamente trabajo en los últimos 30 días anteriores a la fecha de referencia del Censo Experimental; realizan tareas regulares de ayuda en la actividad de un familiar con independencia de que se reciba una remuneración por ello; y realizan actividades laborales para la venta de un producto o servicio aunque durante esa semana no se haya producido esa venta (ejemplo realizar artesanías para ser vendidas en otro momento) o no haya tenido clientes.

¹⁰⁶ El censo adopta una clasificación de hogares que se corresponde con el nomenclador Agregado de Hogares, considerándose los siguientes tipos de hogares: Unipersonales (compuestos por un solo integrante); Multipersonales familiares (con más de dos personas que mantienen relaciones de parentesco); multipersonales no familiares (con más de dos personas que no mantienen relaciones de parentesco). A su vez los hogares multipersonales familiares se dividen en: Hogares nucleares con o sin hijos, o con un solo conyugue, Hogares extendidos y hogares compuestos

		0,7% compuestos	1,3% compuestos
Hacinamiento ¹⁰⁷		6,3%	3%
Propiedad		78% propietarios de la tierra y vivienda 7% solo de la vivienda 6,2% alquilaba vivienda 6,6% ocupaba por préstamo 2,2% otra situación	58,5% propietarios de la tierra y vivienda 8,2% solo de la vivienda 25,7% alquilaba vivienda 4,7% ocupaba por préstamo 2,9% otra situación
Material		84,3% casas 13,6% casillas 0,8% rancho 0,9% departamento 0,2% piezas en inquilinato 0,2% local no construido para vivienda	68,2% casas 7% casillas 0,9% rancho 22,7% departamento 1,1% piezas en inquilinato y hotel 0,1% local no construido para vivienda
NBI		20,5% tiene algún	12,3% tiene algún

¹⁰⁷ El hacinamiento refiere a la precariedad que supone una situación en la que las personas habitan un determinado espacio que posee condiciones inferiores a la capacidad que tal espacio debería contener, de acuerdo a los parámetros de comodidad, seguridad e higiene. Se considera hogares en situación de hacinamiento crítico a los que presentan mas de tres personas por cuarto.

		indicador de NBI siendo el 29,5% NBI material	indicador de NBI siendo el 19,9% NBI material
Agua	98 agua de red	92,4% agua potable que en un 98,9% proviene de la red publica	93,6% agua potable que en un 99,4% proviene de la red publica
Baño	92,8 baño o letrina 41,4% cloacas 39,7% cámara séptica y pozo ciego 18, 5% pozo 0,4% hoyo	97,7% tiene baño 71,3% cloacas 11,5% desagüe a cámara séptica y pozo ciego 17% solo pozo ciego 0,2% a hoy 81, 5% descarga de agua	98,3% tiene baño 57,5% cloacas 88,2% descarga de agua
Gas	64,9% gas de red	56, 3% gas envasado	64% gas de red

Ambos barrios pertenecen a la zona de La Franja de Berisso, que limita con la ciudad de La Plata, y cuentan con una estructura similar en lo que refieren a servicios básicos. También cuentan con una zona en expansión, donde se han asentado en los últimos años muchas familias migrantes de distintas provincias y países vecinos, y donde se ubican las organizaciones abordadas.

Así, en ambos barrios se destaca la población de origen extranjero, predominando en uno de ellos los provenientes de Paraguay y en el otro, los provenientes de Perú.

5.2- Trayectorias de las organizaciones

5.2.1- Barrios de Pie en El Carmen

En 2002 la organización Barrios de Pie comienza su actividad territorial en el conurbano bonaerense, la Ciudad de Buenos Aires y 18 provincias de la Argentina. Su conformación en cada en cada territorio varía en función de la gestión de los referentes locales, las necesidades y posibilidades de acción concretas, aunque sin dejar de responder a los lineamientos generales del movimiento. En el municipio de Berisso está asentada en el barrio El Carmen y comenzó a funcionar en 2002.

Cuando la organización recién se conformó en el barrio El Carmen en 2002, debido a la situación de desempleo generalizada y la entrega de planes sociales para atenuarla, tenían comedores en tres barrios de La Franja. Con el transcurso de los años la cantidad de integrantes fue disminuyendo.

“En El Carmen en un momento éramos 150, pero organizados, ahora decayó un montón porque en realidad se acercaban mucho por los planes sociales, y en un momento decayó. Y acá seremos organizados unos 60 compañeros, contando los de cooperativas, después tenemos las chicas de costura, después tenemos algunos jóvenes del área de jóvenes” (Barrios de Pie, referente barrial).

Actualmente, de las 60 personas que conforman la organización, 39 están incluidas en las dos cooperativas de limpieza y zanjeo del programa nacional Argentina Trabaja. Varios/as de los/as miembros que no integran las cooperativas del Argentina Trabaja, cuentan con Seguros de Capacitación y Empleo¹⁰⁸ que les permite participar en un proyecto comunitario o capacitación propuesta por la organización, y de esta manera aumentar su

¹⁰⁸ En la página del Ministerio de Trabajo, Empleo y Seguridad Social se expresa que el Seguro de Capacitación y Empleo (ScyE) es un esquema integrado de prestaciones por desempleo no contributivo para apoyar a diferentes públicos en la búsqueda activa de un empleo, a través de la actualización de sus competencias laborales y de su inserción en empleos de calidad. Esto implica una asignación monetaria mensual no remunerativa de \$225 durante los primeros 18 meses y de \$200 durante los últimos 6 meses. Esta asignación es acompañada por acciones (prestaciones) que debe realizar el participante, por las cuales se agregan incentivos por prestación realizada y finalizada. <http://www.trabajo.gov.ar/seguroprestacion/> (consultada Marzo 2014)

ingreso (de \$225 a \$450). También participan estudiantes y profesionales que a su vez integran el Movimiento Universitario Sur, y el frente político Libres del Sur.

Tuvieron comedor en Villa Argüello, que no pudo sostener su continuidad debido a situaciones personales de la encargada del comedor, lo que denota la ausencia de un grupo organizado en ese barrio, que permitiera que otros se encarguen de asegurar su funcionamiento.

La referente de la organización en El Carmen comenta la conformación de la organización en el municipio. *“Nosotros en Berisso, Barrios de Pie está más asentado acá en La Franja. En un momento estábamos en Villa Argüello, pero la señora tuvo un accidente, la que teníamos una copa de leche y no siguió participando. Lo que nosotros siempre decimos es tenemos que participar entre todos. Pero hace unos días volvimos otra vez porque nos planteaban esto, que nosotros teníamos una copa de leche y que los chicos van a preguntar y... En la zona de Berisso tenemos acá en La Franja: Progreso, Argüello y El Carmen”* (Barrios de Pie, referente barrial).

Al momento del trabajo de campo, la organización en Berisso sólo contaba con copa de leche en el barrio El Carmen, que funcionaba con algunas intermitencias y variaba su sede, aunque siempre en la misma zona. Funcionaba los martes y jueves a la tarde, ofreciendo la merienda a niños del barrio, además de repartir bolsones de alimentos a los vecinos que realizaban tareas para sostener la copa de leche.

Las variaciones en las sedes se deben en parte, a la discontinuidad en la entrega de alimentos, producto de la desvinculación del gobierno a partir de 2009 y al cambio en las políticas de alimentarias ligadas a la entrega de dinero y a la bancarización del monto entregado.

“Por ejemplo en Villa Progreso tenemos una copa de leche que dejo de funcionar porque no teníamos mercadería, ahora nos dieron mercadería y estaría funcionando uno de estos días. Así que vamos a reabrir devuelta. Cada vez que no tenemos mercadería cerramos, cuando tenemos abrimos” (Barrios de Pie, referente barrial). Hasta el 2014 no han vuelto a organizar un espacio en ese barrio.

Asimismo, la discontinuidad en el funcionamiento de la copa de leche esta relacionada con

la falta de un espacio físico propio, y fundamentalmente a disputas barriales y las diferencias entre las mujeres que prestan su casa para que funcione en lo que respecta a modos de organización y gestión del espacio. Tienen el proyecto de construir una sede propia allí. Durante varios meses de 2012 algunos integrantes de la organización aportaron horas de trabajo para la construcción de un centro comunitario en un terreno que cedió la familia de un vecino fallecido, pero este proyecto de tener sede propia no pudo concretarse debido a la diversidad de actores que participaba con distintos intereses.

Hasta el 2011, en el barrio funcionaba un taller de costura que era una extensión del Centro de Formación Profesional (CFP) de La Matanza dependiente del Ministerio de Educación de la Nación, y desde la organización se realizaron gestiones para abrir un CFP en La Plata. La referente regional cuenta que *“a partir de un CFP en un lugar vos podés hacer extensiones, por ejemplo acá tenemos tres talleres que pertenecen a un CFP de la Matanza, no tenemos un CFP de La Plata. Uno de serigrafía en El Retiro, uno de albañilería en el obrador en Romero y el de costura en Berisso. Viene del Ministerio de Educación, porque es parte de la educación formal, pero a través del CFP. Ahora estamos trabajando para poder tener el propio centro en La Plata. Necesitamos tener una estructura cerrada, y una serie de requisitos que también tienen que ver con lo económico”* (referente regional). Luego de un cambio de autoridades en el club, en 2011 el taller de costura debió trasladarse a una escuela de Berisso centro¹⁰⁹.

Con respecto al vínculo con el Municipio remarcan que sólo tienen articulación por las cooperativas de trabajo, puesto que les otorgan las herramientas para realizar las tareas de zanjeo y limpieza de calles. Sin embargo, durante 2011 y 2012 la falta de los elementos necesarios para llevar a cabo su tarea, fue motivo de conflicto con el municipio y de reclamos para obtenerlo. Las cuadrillas siguieron realizando sólo las tareas para las cuales disponían de herramientas.

“Nosotros teníamos, en un principio, hasta hace dos semanas atrás, limpiábamos la zona de 127 para el fondo, toda esa zona, tenemos la dificultad ahora de que no tenemos herramientas, el año pasado fue la última vez que nos dieron herramientas, octubre del año pasado, no septiembre, antes de que yo caiga internada. En septiembre del año

¹⁰⁹ Actualmente está por trasladarse nuevamente, puesto que en la escuela les solicitaron el espacio puesto que funcionará como una de las sedes del Plan FinEs 2. Se estima que se trasladará a un club en Villa Argüello.

pasado nos dieron herramientas y ropa. El tema es que ropa no dieron para todos, las botas tampoco, y los lugares donde trabajamos son lugares con las cloacas rebalsadas, mucho barro, mucha basura” (Barrios de Pie- referente barrial).

Como señalamos cuando caracterizamos el área de salud nacional, la organización tiene vínculo con la Asociación Médicos del Mundo, con quienes han realizado distintas capacitaciones sobre temáticas que a la organización le interesaba trabajar, con el objetivo de replicar lo aprendido en los barrios. De la misma manera, para acciones concretas articulan con otras organizaciones ya sea a nivel nacional, regional o barrial. *“El año pasado estuvimos reclamando por el boleto del micro, y nos habíamos contactado con el Santillán, en La Plata con Justicia y Libertad, con el Polo Obrero, la CCC, el PTS. La mayoría de la organización territorial la tienen en La Plata. El Santillán me parece que tiene más en Berisso, con la CTA también”* (Barrios de Pie- referente regional).

Si bien a nivel barrial no trabajan de manera articulada y constante con ninguna organización o institución, en el desarrollo de las actividades sobre temas de salud, se establecen contactos con el equipo del Centro de Salud, y con estudiantes o profesionales que se acercan para realizar prácticas para la Facultad, actividades comunitarias o investigaciones de distinto tipo. En este sentido, si la propuesta interesa a la organización, complementa algún aspecto que se viene trabajando y es afín a su línea política, se la acepta. Una referente de la regional La Plata plantea que *“hay gente que se acerca y nos dice a mi me gustaría poder dar una charla sobre aborto, o lo que sea, si nosotros nos viene bien, la incorporamos, no es que porque no la tengamos incorporada en nuestra planificación de año no la vamos a tener en cuenta”*. Estas incorporaciones se realizan siempre en función de las necesidades y características de los territorios concretos, pero fundamentalmente de la concordancia con la perspectiva propuesta, y de los objetivos de construcción política.

Siguiendo con la misma línea dicha referente manifiesta la importancia de los vínculos establecidos desde la organización y de la formación continua. Así *“se han generado vínculos bastante importantes por el crecimiento de la fuerza y porque nosotros tenemos esa manera de laburar, donde es una formación constante para nosotros, desde el coordinador nacional hasta el último compañero que revuelve la olla en el comedor,*

siempre pesando en cómo nos vamos capacitando todo el tiempo pero poniéndonos metas más grandes también” (Barrios de Pie- referente regional).

Los mencionados vínculos con distintas organizaciones, estudiantes, profesionales y organismos estatales se piensan en pos del mejor desarrollo de las acciones, del cumplimiento de los objetivos propuestos, pero fundamentalmente de la posibilidad de avanzar en la construcción política de la organización en los barrios. Por ello, son considerados como una prioridad desde la organización: *“Parte de los objetivos generales es relacionarnos, ser amplios con todo lo que se nos acerque y trabajar en conjunto que es lo más importante, siempre y cuando tengamos los mismos objetivos de organización, hay que meterle pata”* (Barrios de Pie- referente regional). Dichas articulaciones con otras organizaciones se realizan a partir de situaciones puntuales, que en algunos casos tienen que ver con acciones de reclamo, por ejemplo el aumento del salario de las cooperativas, y en otros con la coordinación de algún taller o espacio. En todos los casos, vincularse con otras organizaciones e instituciones le permite lograr una mayor visibilidad, ampliar su campo de acción y eventualmente sumar integrantes/militantes.

5.2.2- El Espacio de Salud -FPDS en Villa Argüello

El FPDS tiene comedores en seis barrios de Berisso: Villa Argüello, Nueva York, Barrio Obrero, Villa Progreso, El Carmen y Villa Nueva. En Villa Argüello funcionan tres comedores. El comedor con el que se trabajó está ubicado en una zona de asentamientos que hace unos pocos años comenzó a poblarse, y que si bien figura en el trazado urbano del municipio, hay algunas manzanas que no pertenecen ni a Villa Argüello ni a Villa Nueva (barrio contiguo). Algunos lo llaman Nueva Villa Argüello.

Cuando el Espacio de salud del FPDS comenzó a trabajar en Villa Argüello, articuló con la Comisión de Salud del Centro Social y Deportivo Villa Argüello (que estaba en proceso de creación), y luego, debido a que desde el club no se podía sostener este espacio porque sus integrantes se abocaron a otras tareas, se decidió centrar las actividades en uno de los

espacios del FPDS en el barrio, que llamaremos “*El Comedor*”¹¹⁰. Esto se hizo retomando la demanda de trabajar temas de salud esbozada por las integrantes del comedor en una jornada de formación de la organización, y los acercamientos iniciados desde la Comisión de salud del club.

En principio se pensó en hacer un trabajo articulado con los otros dos comedores de la organización en la zona, rotando la sede de la realización de las actividades. Pero finalmente se decidió comenzar a trabajar temas de salud en *El comedor*, debido a que varias de sus integrantes estaban interesadas, y luego ir articulando con los otros dos comedores.

“*El Comedor*”

El Comedor comenzó a funcionar en el año 2009 en la casa de Marita,¹¹¹ una vecina del barrio, a partir de la inquietud de un grupo de madres que se acercaron a la mesa¹¹² de Berisso del FPDS para que les ayuden a gestionar un comedor. Mientras se esperaba que el municipio les otorgara los alimentos, el comedor se puso en funcionamiento gracias a las donaciones de mercadería que realizaron otros comedores del Frente.

“Bueno, la cuestión es que el comedor comienza a funcionar a partir de marzo, abril de 2009. Comenzó a funcionar porque, como ella dijo, las madres de acá del barrio... estaba Natalia, que es la que vende la ropa americana, estaba América que es la que trabaja ahora en la huerta, en el tambo y estaba Marta. Natalia es Argentina, América es boliviana y Marta es paraguaya. Ellas tenían la inquietud de hacer un comedor. Entonces se acercaron a las mesas del Frente de Berisso y comenzaron a llevar esa inquietud de tener el comedor. Entonces dijeron, bueno, está bien, vamos a luchar por el comedor, necesitamos que nos apoyen con eso. Comenzaron a reunirse en lo de Marita, porque no había lugar fijo donde estuviera el comedor. Entonces Marita nos cede la parte de

¹¹⁰ Como se mencionó anteriormente, en este trabajo se omite el nombre del comedor para preservar la identidad de las referentes barriales que participan allí. De este modo cuando se hace referencia a ese espacio barrial se lo llama *El Comedor*.

¹¹¹ Los nombres de los/as integrantes de la organización fueron cambiados para preservar su identidad.

¹¹² La mesa de Berisso es una instancia de reunión semanal en la que se reúnen integrantes de las asambleas de los distintos barrios. Es en este espacio donde se discuten y toman las decisiones a nivel localidad, por eso debe participar al menos un integrante de cada asamblea barrial.

adelante de su casa, y ahí comenzamos a cocinar con lo que otros comedores nos donaban, porque no teníamos asignado ni pollo, que eran los frescos, ni los víveres. Por eso, Lucas de los Amigos nos donaba tanto de fideos, tanto de esto, tanto de aquello, Villa Nueva nos donaba, así. Juanito nos donaba, así” (Integrante 5 del Espacio de Salud barrial - FPDS).

La zona en la que se encuentra el comedor se caracteriza por ser una zona de terrenos bajos y bañados. Los días de lluvia se acumula agua en varias esquinas y fondos de las casas. Según las palabras de una integrante del comedor, hace unos años se encontraba en peores condiciones que en la actualidad.

“Este sitio no estaba como es ahora. Era todo un pantano. Cuando yo me fui a vivir, mi casa era una isla, sin botas no entraba ni salía. Entonces donde se hacía el comedor? Lo único que quedaba más accesible era esta calle porque la de allá no funcionaba. Y empezó a funcionar de la señora Marita. Y es más, la señora Aleja que es una referente también del barrio, creo que al comienzo ella es la que dona la cocina y en la casa de la señora Marita se cocinaba algunas veces. Y es en la casa de la señora Aleja donde empezaron a llegar víveres porque no había quien llegara” (Integrante 7 del Espacio de Salud barrial - FPDS).

Cuando recién se comenzó con el comedor no había mucha organización con relación a las personas que concurrían, no había una lista con los nombres, sino que se los identificaba de vista. Luego, cuando se empieza a gestionar ante el municipio la entrega de los alimentos, se les solicita que cumplimenten una serie de pasos administrativos.

“(…) Entonces se llenaron unas planillas en las que se asentaron las cabezas de las familias, juntamente con la esposa y los hijos, en algunos casos era madres solteras. Se anotó todo y eso se llevó. Pasaron dos o tres meses, y ya recién ahí nos asignaron los víveres para nosotros. El pollo que son los frescos y la garrafa. Y ya conseguimos y fue una lucha porque en ese momento ya se definió también venir acá. Entonces se sale de la casa de Maruja y se viene físicamente acá” (Integrante 5 del Espacio de Salud barrial - FPDS).

Antes de asentarse en la sede actual, el comedor funcionó durante un tiempo en la casa de Carlos, un vecino del barrio, hasta que finalmente Joaquín, otro vecino, cede la parte de atrás de su terreno para que funcione el comedor.

“Cuando estábamos de la señora Marita, como esto no estaba poblado, solamente eran terrenos, entonces se fue a lo de Carlos, acá atrás y después vino el supuesto dueño de la casa a reclamar la casa y a Carlos lo ubicaron en una esquina, por allá, pero después el quiso regresar a su casa y el comedor se quedaba sin lugar y ahí es donde el señor Joaquín dice que donaba esta parte de atrás de su terreno para formar el comedor. Y acá se armo primero este pedacito. (...) Era un cuatro por cuatro más o menos el comedor. Cuando eran las reuniones la mitad nos quedábamos afuera y la mitad adentro, porque no entrábamos” (Integrante 7 del Espacio de Salud barrial - FPDS).

Una vez establecidos/as en la sede propia, comenzaron a realizarse además de la preparación y entrega de la comida, otras actividades como el desarrollo de un taller infantil, talleres de carpintería destinados a jóvenes y adultos/as, y el Espacio de salud. Al comedor se ingresa por un pasillo largo al aire libre, siempre hay muchos perros dando vueltas. El lugar es precario y pequeño, cuenta con una cocina y una habitación con una mesa larga y bancos. No tiene baño.

La zona del barrio en la que está ubicado el comedor está poblada casi exclusivamente por población proveniente de Perú, por lo tanto los/as que participan y asisten al comedor son en su gran mayoría peruanos/as. Una de las integrantes relata que en un momento decidieron no aceptar que se sume más gente porque ya eran muchos y la comida no alcanzaba para todos. Si bien en otros comedores de la organización en el mismo barrio había menos cantidad de personas participando, muchas personas que llegaban al barrio desde Perú querían sumarse a *El Comedor* porque sus integrantes eran en su mayoría peruanos/as. De esta manera los inmigrantes de Perú recién llegados/as a Argentina, además de la cuestión alimenticia apuestan también a una continuidad en el vínculo con su lugar natal, sus costumbres, comidas, etc.

“I7: no, no hay peruanos, sólo esta Lucía. Y en en el otro tampoco hay peruanos, todos son argentinos y paraguayos

I6: pero aquí la mayoría son peruanos

I7: somos colonia peruana

I6: prácticamente, aparte el barrio la mayoría son peruanos. Yo creo que una de las condiciones que hacía que la gente peruana quisiera estar acá era por eso” (conversación entre integrantes del comedor - FPDS).

Si bien cuando el comedor empezó a funcionar asistían 50 familias, con el paso del tiempo y los cambios en las situaciones económicas y relacionales particulares de cada familia, la participación en el comedor fue mermando. De esas 50 familias pasaron a ser 28 y en el momento del trabajo de campo eran 14 los que participan en las asambleas y en las actividades del comedor de manera continua. El resto lo hacía de manera intermitente. Los/as militantes que no son del barrio también tienen una tarea central en el apuntalamiento del proceso del trabajo territorial.

“Esa es una realidad que se vive en todo el Frente. Cuando comenzamos las cooperativas acá en Berisso éramos como 200 personas, ahora somos 90. Ahí fue cuando Celeste comenzó a decir “el que no se sienta conforme laburando con nosotros, tiene las puertas abiertas”. Si somos 100 y de pronto somos 10, prefiero quedarme con los 10. Siempre la he escuchado hablar de esa manera. Y con la postura de Celeste coincide Norma. Además dijo: “si ustedes no discuten, si no hay un debate, no se llega a un acuerdo” (Integrante 5 del Espacio de Salud barrial - FPDS).

En el comedor las decisiones respecto a su funcionamiento, actividades y proyecciones se toman en asambleas, que se realizan semanalmente. Además, un/a integrante del comedor participa en la mesa del FPDS de Berisso, que es un espacio de discusión y toma de decisiones que se realiza también semanalmente y en la que participan referentes de todos los comedores de la organización en Berisso.

“A ver... muchos comenzaron a laburar, se comenzó a decir que teníamos que ser más activos en los piquetes, porque desde 2009 cuando comenzó lo de las cooperativas siempre éramos los mismos los que íbamos, se les comenzó a pedir a las personas que por favor asistan a las marchas, a los piquetes, que vengan al comedor, y la gente poco a poco se

fue desanimando de hacer ese tipo de actividades. Entonces de pronto éramos 40. Cuando éramos 40 se dijo “hasta aquí no se va a recibir a más personas”. Luego éramos 30. Ahí también se dijo “bueno, está bien, se ha bajado, vamos a tener más mercadería para nosotros” y luego se dijo que ya no ingrese nadie más. Ahí fue cuando vino Flavia, que fue en 2010. Y en esos meses que ella estuvo acá, comenzó a asistir con mi cuñado José” (Integrante 5 del Espacio de Salud barrial - FPDS).

En el comedor se cocina tres veces por semana y se reciben alimentos del Estado municipal, provincial y nacional. Si bien en las asambleas participaban 14 personas, la vianda era retirada también por aquellos/as que están anotados/as pero que no participan activamente.

Algunos/as de los/as integrantes del comedor trabajan en las cooperativas del Programa Argentina Trabaja, y otros/as tienen planes sociales (Planes Bonaerenses y Seguros de Capacitación y Empleo). Todos/as reciben mercadería, para lo cual se les pide que tengan sus cuotas al día, es decir un mínimo aporte mensual que realizan al comedor para comprar las mercaderías que no reciben del Estado (por ejemplo las verduras) y que cocinen los días que les toca.

Las tareas de los/as integrantes cambian cada dos meses (coordinación del comedor, cocina, gestiones administrativas), aunque esto muchas veces genera rispideces porque todas las tareas recaen en unos/as pocos/as durante ese periodo de tiempo.

En el barrio no se articula con otras organizaciones, pero sí a nivel nacional, provincial o regional se han realizado acciones en conjunto con el MST, con Justicia y Libertad, y Barrios de Pie, por gestiones de las cooperativas del Argentina Trabaja.

5.3- A modo de cierre

La caracterización de los barrios en los que las organizaciones desarrollan sus actividades, se realizó tomando como eje lo socio-demográfico; las condiciones estructurales y de infraestructura; la presencia e incidencia de distintos actores (organizaciones e

instituciones, poniendo especial interés en las características de los centros de salud); y la conformación y recorrido de cada organización.

Estos elementos sirven para comprender las particularidades del trabajo del área/espacio de salud de las organizaciones en esos territorios y el desarrollo de determinadas acciones en salud. Como señalamos anteriormente, las prácticas en salud de las organizaciones están en estrecha vinculación con los territorios, con las condiciones sociodemográficas, ambientales y estructurales, con la accesibilidad a servicios básicos.

Así, desde el área de salud de Barrios de Pie si bien se definen lineamientos generales, éstos se van adaptando a las particularidades de los territorios en los que la organización está asentada. Desde el EdS-FPDS, se trabaja en función de los criterios establecidos en los plenarios generales de la organización, pero en cada espacio local que comienzan a trabajar lo hacen a partir de los intereses y demandas de los/as participantes. Por ello, en cada barrio el trabajo del EdS toma una forma distinta, que también está vinculado con el anclaje a un espacio específico.

6- PRÁCTICAS EN SALUD

En este capítulo reconstruimos y analizamos las actividades realizadas en el marco del área/espacio¹¹³ de salud en el periodo seleccionado y los sentidos que de ellas se desprenden.

La reconstrucción de las actividades vinculadas a temas de salud se realizó teniendo como insumo fundamental el registro de las observaciones de campo, puesto que, como señalamos en el capítulo 3, permitieron el acercamiento a las prácticas de los sujetos, a sus formas de relación y a los significados que las guían. También se consideraron las entrevistas realizadas a los/as integrantes de las organizaciones.

6.1- Sobre las actividades en salud de Barrios de Pie en El Carmen

Desde la conformación de Barrios de Pie en El Carmen se han realizado actividades vinculadas a problemáticas de salud en conjunto con el Centro de Salud, con estudiantes universitarios/as y con referentes barriales.

“Trabajamos cuando el tema de la gripe A, ahora estamos planificando algunos volantes para la prevención, alguna charla para la prevención de la gripe A. Cuando fue lo del dengue, cuando hubo hanta virus, nosotros hicimos, venían chicas de la Universidad también, o con las mismas compañeras que iban a una charla y la replicaban en el barrio, lo hacíamos en la capilla la que está en 93, y lo del dengue también, hicimos volanteada. Aparte de la organización lo seguimos con la cooperadora de la salita. (...) este sábado a las 3 de la tarde hacemos talla y peso para los chicos que participan de una escuela

¹¹³ Como se señaló anteriormente utilizaremos “área/espacio de salud” para referirnos a los ámbitos en los que se abordan temas de salud en ambas organizaciones.

evangélica y después de estar en la escuelita, toman la leche y después le hacemos talla y peso” (Barrios de Pie, referente barrial).

También acompañaron activamente el reclamo de mejoras que un grupo de vecinos/as realizó a las autoridades municipales. Por ello, participaron en algunos reclamos y espacios propuestos por un grupo de Vecinos Autoconvocados¹¹⁴, que consistieron en la obtención de mejoras para el Centro de Salud tanto en infraestructura como en recursos materiales y humanos, por ejemplo consiguieron la guardia de enfermería, la incorporación de profesionales y la ambulancia. También participaron en espacios de reunión con la comisión de Obras Públicas y Cultura y con la comisión de Salud, Higiene y Medio Ambiente del Concejo Deliberante de Berisso.

Los reclamos que se plantearon apuntaron a: *la limpieza de basurales y la realización de campañas de concientización; entubamiento de las zanjas de la ruta; ampliación del centro de salud [Los Pinos] y reposición de especialidades (ecógrafo, fonoaudiólogo, cardiólogo); emplomadura de la sala de rayos x Centro de salud [de uno de los barrios] reactivación de la campaña de esterilización de animales en el barrio; tratamiento de las aguas servidas y que los recolectores de residuos no dejen la basura en las esquinas puesto que los perros que rompen las bolsas* (Registro de observación de la reunión, 21 de julio de 2010).

El debate sobre estos temas se hizo muy extenso y no se obtuvieron soluciones inmediatas, aunque se acordó que los concejales se encargarían de plantear los reclamos del grupo en la sesión del Concejo Deliberante. Durante el tiempo que abarcó el trabajo de campo no hubo una respuesta a dichos reclamos, pero desde el grupo tampoco se insistió para obtenerla.

Integrantes de la organización participaron en los festejos del día del niño (durante 2010, 2011 y 2012) y en las jornadas de confección y remontada de barriletes con niños (en

¹¹⁴ El grupo de Vecinos Autoconvocados se conformaba por vecinos de tres barrios del partido de Berisso, pertenecientes a distintas organizaciones y partidos políticos. A fines de 2010 su referente más activa y antigua dejó de participar debido al ofrecimiento de un empleo por parte del municipio. Entonces el grupo atravesó una etapa de reorganización, en la cual integrantes que no habían tenido protagonismo, comenzaron a tener mayor participación y continuaron con las demandas de mejoras para el barrio. A comienzos de 2011, otros miembros fueron convocados por el municipio para realizar distintas tareas, razón por la cual suspendieron las actividades que les dieron origen.

2010). Estas actividades se realizaron en conjunto con el Centro de Salud del barrio y con el Centro de Prevención de Adicciones (CPA) de la zona de La Franja.

Muchas de las actividades fueron realizadas en una pequeña capilla de la Iglesia Católica (en la que un sacerdote da misa una vez por mes) resignificada como espacio comunitario de encuentro, ya sea para las actividades y reuniones de la organización u otras actividades comunitarias que se realizan en el barrio. Según comentó una referente barrial de la organización, hay tres copias de la llave de la capilla, una la tiene ella, otra la responsable de la capilla y otra el sacerdote. Según indicó éste último no estaba yendo de manera continua a dar misa porque se negaba a bautizar a los hijos de padres no casados, que en el barrio son la gran mayoría.

Al entrar, resalta la convivencia de símbolos religiosos, como son el altar, las estatuillas de Jesús y diversos santos, los rosarios y las cruces, con elementos utilizados para la recreación, la formación, el festejo y demás actividades barriales que allí se realizan, como son los globos y guirnaldas, afiches, banderas, etc.

Es interesante ver aquí los distintos usos de ese espacio, en los que las significaciones religiosas entran en relación, conviven con aquellas otras que no son propias de ese espacio, y que le dan otro sentido. El mismo lugar en el que eventualmente se escucha la misa y se toma clases de catecismo, se convierte luego en el espacio de festejo del día del niño, de confección de barriletes, de talleres de educación popular, de debate político.

Durante la realización del trabajo de campo, además de la participación en los festejos del día del niño, en las jornadas de confección y remontada de barriletes, y en las reuniones organizadas por un grupo de Vecinos/as Autoconvocados/as, desde el área de salud de la regional La Plata se realizaron en el barrio El Carmen: mediciones de talla y peso a niños/as y controles de vacunación; talleres de género y salud sexual; relevamiento sobre el funcionamiento y recursos disponibles en el centro de salud y charlas para compartir lo relevado con los/as vecinos/as.

Mediciones de talla y peso

Desde el área de salud de la regional La Plata, se realizaron *mediciones de talla y peso y controles de vacunación* a los/as niños/as en distintos barrios del Gran La Plata¹¹⁵. Las mediciones de talla y peso se realizan desde que comienza a constituirse en 2003, lo que luego sería el área de salud de la organización, puesto que la salud nutricional se constituye como un eje central a partir del cual se da la disputa política. Durante varios años se realizaron las mediciones para tener un panorama general del estado nutricional de los/as niños/as de la zona y fundamentar con estos datos su reclamo al Estado por los bolsones especiales de alimentos y vitaminas para las familias de los/as niños/as con bajo peso.

La Coordinadora Nacional del área señala que durante 2004, 2005 y 2006 se solicitaba directamente al Ministerio de Desarrollo Social de la Nación la entrega del refuerzo alimentario para los/as niños/as con bajo peso.

“Entonces articulamos con el Ministerio, con el Plan Alimentario, que se entregara a esos nenes, todos los meses un refuerzo alimentario para nenes bajo peso. Y entonces nosotros ¿que hacíamos? Todos los meses pesábamos y medíamos, todos los meses presentábamos al Ministerio el listado de pibes bajo peso, y se nos entregaba ese refuerzo alimentario” (Barrios de Pie, Referente Nacional Área de Salud).

Sin embargo, señala que a partir de 2006 la situación económica fue cambiando y desde el ministerio dejaron de entregarles los bolsones *“Nosotros empezamos a constatar una vuelta a que esos padres empezaban a recuperar el trabajo, las madres en el servicio domestico, los padres en changas, algún grado de conseguir trabajo formal, y empezamos a ver que lo que a nosotros nos daba en bajo peso ya no estaba en bajo peso. En el 2006, esa cantidad de pibes se redujo, en el 2006 ya el Ministerio nos planteó que no nos daba más los alimentos”* (Barrios de Pie, Referente Nacional Área de Salud).

A partir de 2009 y 2010 desde la organización comienzan a visualizar mayor presencia de asistentes a los comedores y a partir de allí se decide retomar las mediciones de talla y peso. Ya no se pueden obtener los bolsones del programa alimentario pero en algunos

¹¹⁵ Estas actividades se realizan en todo el país, pero en este trabaja solo tomaremos las realizadas en Berisso.

casos se redistribuye la mercadería asignada al comedor (en caso de que los alimentos recibidos permitan hacerlo) y en otros se establecen los contactos con los centros de salud para que se realicen las gestiones desde allí.

Una referente regional señala que la posibilidad de gestionar los bolsones de alimentos no se vio truncada sólo a partir del alejamiento del gobierno de Cristina Fernández en 2009, sino también a que muchos de los programas de alimentos redefinen sus estrategias de entrega de alimentos, priorizando la entrega de un monto de dinero por familia, a través de una tarjeta personalizada.

“...no es que como dejamos de tener relación con el ministerio, solamente por eso nos dejaron de dar, fue porque además hubo un vaciamiento de esos programas, pero no solo a nosotros a todo el mundo, de hecho si vos vas a la salita en forma individual no tienen para darte el bolsón nutricional porque no les llega más, o sea hay faltantes. Digo porque no es solo que como nos fuimos del gobierno nos dejaron de dar los bolsones. En realidad dejan de existir muchos de esos programas o están vaciados. El Plan Mas Vida ahora por ejemplo se va a anunciar viste que se bancarizó y la manzanera solo te daba la leche, pero vos tenías tu tarjeta pero solo para comprar alimentos” (Barrios de Pie, referente regional).

En El Carmen, durante el período de trabajo de campo, esta actividad mantuvo su continuidad. Se realizaron dos mediciones durante 2010 (una en julio y otra en septiembre), una en 2011 y una en 2012.

Estas actividades fueron realizadas por integrantes del área de salud de la organización, quienes no son profesionales del campo la salud sino mujeres del barrio integrantes de la organización que hicieron el Curso de Formación de Promotores de Salud dictado por médicos de la Asociación Médicos del Mundo en coordinación con Barrios de Pie o participaron de las capacitaciones centralizadas que se realizan semanalmente en la sede de Chacarita o en la reuniones semanales del área regional.

Ellas pesan a los/as niños/as con balanza de pie, los miden con cinta plástica, luego registran sus datos personales y del/la adulto/a que los/as acompaña. Los valores de talla y

peso se anotan en una planilla y en gráficos para calcular los percentiles que determinan si el peso es bajo, normal o superior¹¹⁶, según criterios y normas de la biomedicina. Con el transcurso del tiempo la planilla fue complejizándose e incluyendo nuevos datos que refieren a condiciones generales de las familias (como por ejemplo si reciben la Asignación Universal por hijo, etc). Esto da cuenta de una adaptación de los instrumentos a los contextos y el interés por articular diferentes elementos/recursos que hacen a las condiciones de vida de las familias¹¹⁷.

La incorporación de datos más contextuales permite pensar en la manera en la que la organización concibe los problemas de salud, considerando otras cuestiones que no necesariamente la medicina tiene en cuenta cuando realiza talla y peso.

Asimismo, a nivel nacional y local los gráficos utilizados para calcular los percentiles también se fueron actualizando, puesto que se utilizan los gráficos elaborados por la Sociedad Argentina de Pediatría, y cuando ésta presenta una nueva tabla, se la toma como referencia. En este sentido, los criterios para la evaluación nutricional son: riesgo de bajo peso (cualquier valor que de igual al percentil 10 o -10); bajo peso (cualquier valor que de igual al percentil 3 o -3); sobrepeso (cualquier valor que de igual o mayor al percentil 90); y peso normal (cualquier valor que de entre percentil mayor a 10 y – 90).

Hace unos años esta actividad se realizó en conjunto con el equipo del Centro de Salud, que se encargó de corroborar la adecuación de las mediciones, otorgando legitimidad a esa actividad barrial. En El Carmen mantienen un buen vínculo con el equipo del centro de salud, lo que les permite convocarlo para diversas actividades.

Aunque los varones están invitados a llevar a los/as niños/as a las mediciones son las mujeres las que concurren. Si bien esta actividad tiene un carácter técnico, puesto que se realizan dichos controles y se confeccionan los gráficos de las mediciones, es importante

¹¹⁶ Hay cuatro gráficos distintos: niñas de 0 a 6 años, niñas de 6 a 18 años, niños de 0 a 6 años y niños de 6 a 18 años.

¹¹⁷ Durante 2013 y 2014 las promotoras de salud de la organización contaban con una serie de materiales explicativos sobre los conceptos teóricos sobre los que se basan (malnutrición, inseguridad alimentaria) fundamentos de realizar los procesos de medición, los pasos prácticos que dar para realizarlos, los materiales necesarios y los errores que no hay que cometer. Esta información se recabo en una de las reuniones de devolución de los capítulos de la tesis con integrantes del área. En anexos se adjuntan las planillas.

resaltar que se constituye en un espacio de encuentro e interacción, en el que las mujeres del área de salud y las que llevan a sus hijos a las mediciones, intercambian experiencias sobre los cuidados de los/as niños/as, incluida la alimentación, comparten vivencias cotidianas y cuestiones que les preocupan o interesan respecto a estos ejes (y no pueden hablarlas en otros espacios). Es decir que este espacio, por un lado, funciona como un lugar para acercar a las mujeres del barrio que no son de la organización, puesto que la salud de los/as niños/as es un tema sensible y que preocupa a las mamás más allá de que algunas los/as controlen en el centro de salud; por otro lado, constituye un lugar de encuentro e intercambio de experiencias entre ellas y de socialización de saberes.

Aquí es importante señalar que, recuperando estas mediciones de talla y peso que se vienen realizando desde los inicios de la organización, se emprendió a nivel nacional la construcción de un Indicador Barrial De Salud Nutricional, que según se indica tiene como objetivos construir datos epidemiológicos de base, que permitan “la detección precoz de malnutrición en niños/as y adolescentes de 0 a 19 años”, que viven en barrios del conurbano bonaerense, donde la organización sostiene diferentes espacios de trabajo territorial (comedores, merenderos, círculos infantiles y postas sanitarias); identificar signos de alerta y poner en movimiento acciones de acompañamiento y protección a las familias para reducir los efectos negativos de la malnutrición en su salud (Lonatti, 2012).

Desde la organización se menciona como problema a atender la *inseguridad alimentaria*, que se manifiesta a partir de varios factores como son: el *aumento de los precios y la aplicación del IVA, en los alimentos de la canasta básica; la informalidad en el trabajo de los padres y el atraso en los salarios, deteriorados por un proceso inflacionario persistente; la brecha cultural en los barrios de pautas saludables de nutrición; la ausencia de campañas públicas de información sobre pautas de alimentación saludables; programas alimentarios en los que predominan alimentos que privilegian el alto grado de saciedad, al más bajo costo* (material didáctico de formación en el área de salud). En un nivel más concreto, conceptualizan a la malnutrición como un estado de carencias, excesos o desequilibrios en la ingesta de nutrientes que incluye tanto la desnutrición como el exceso de peso, es decir alineada a la definición oficial.

Talleres de género y salud sexual

En distintos ámbitos la cuestión del género fue adquiriendo mayor relevancia en los últimos tiempos y en relación con esa temática se ha puesto el foco en la cuestión de la salud sexual.

Estos temas son abordados desde el Estado, especialmente en la última década como se mencionó en el capítulo 1, a través de la sanción de leyes y la implementación de políticas públicas. En el ámbito de las organizaciones sociales y políticas se viene trabajando en estas temáticas desde hace varios años, marcando una trayectoria en ese sentido.

Las temáticas vinculadas al género se recuperan a través de talleres, jornadas, encuentros regionales y nacionales, etc. en los que se problematiza y reflexiona sobre las desigualdades, con una proyección de empoderamiento de las mujeres, y de transformación de estas situaciones desiguales.

Los talleres de género que se realizaron en El Carmen estaban destinados a las mujeres de las cooperativas de la organización, y fueron coordinados por integrantes del área de salud de la regional e integrantes del colectivo Las Juanas¹¹⁸.

Como se señaló más arriba, las áreas funcionan de manera interrelacionada. Por ello, cuando la temática o las circunstancias lo ameritan, se realizan actividades planificadas o coordinadas por integrantes de dos áreas, en este caso, de género y salud. *“Muchas veces esos talleres se hacen desde el área de salud, muchas veces desde el área de género. Pero en realidad es un combo y tiene que ver con cómo tenemos nosotros organizadas a las compañeras para ver desde que ámbito lo hacemos. Por lo general las capacitaciones centralizadas sobre temas así se hacen para todas las áreas igual y después bueno, cada compañera, si venís acá y no tenés organizada el área de género, la toma el área de salud. Pero es indistinto. Por ejemplo si es área de salud la tenés más organizada y tenés más vínculos profesionales, está bueno que vengan ginecólogas, trabajadoras sociales y demás, que seguramente las contactaste desde el área de salud y no desde el área de género. (Barrios de Pie- referente regional).*

¹¹⁸ Actualmente la referencia nacional del espacio de mujeres de Libres del Sur es MUMALA

Si bien se contempló la posibilidad de que sean talleres abiertos al barrio, no se difundieron fuera de la organización para priorizar la formación de sus integrantes. Los talleres no tuvieron regularidad semanal, puesto que eran realizados por las mismas coordinadoras en otros barrios. Se consultó a los/as participantes del primer encuentro (catorce mujeres y un varón) acerca de la participación de varones en los talleres y entre todos/as resolvieron que éstos no serían invitados en los primeros encuentros, a fin de evitar la inhibición de las mujeres para hablar de cuestiones sensibles que involucran a los varones, puesto que muchas sufren situaciones de violencia de género en sus entornos familiares. Por ello se dejó latente la posibilidad de invitar a los varones a futuros talleres.

Los encuentros se realizaron en horario de trabajo de las cooperativas, con el argumento de que las cooperativas son un espacio de trabajo pero también de formación, por eso los talleres se realizan en horario de trabajo, de modo que puedan participar todos/as los que quieran.

En el primer encuentro se indagó en la caracterización que los/as participantes hicieron sobre hombres y mujeres. A los hombres se los definió como trabajadores, autoritarios, eje de la sociedad, y a las mujeres como sensibles, maduras, eje de la familia, organizadoras de la casa. Esto da cuenta de la naturalización de los ámbitos y tareas que se le asigna socialmente a cada género y los modos en los que esto se naturaliza y reproduce.

Una de las cuestiones que se señaló fue la importancia de trabajar sobre género pensando en la igualdad entre hombres y mujeres y en que hay derechos que tienen las mujeres que no se cumplen. Los supuestos sobre los que se basan las desigualdades de género son una construcción social y por lo tanto pueden cambiarse. Estas relaciones cambian según los hogares, en base a los acuerdos alcanzados. Para poder cambiarlas es importante problematizarlas y reflexionar sobre ellas.

En el encuentro sobre salud sexual, participaron también algunas integrantes del Centro de Salud. La forma de trabajo en el marco del taller fue a partir de la conformación de grupos, y la recuperación de saberes, se dio a través de la implementación de un juego de preguntas y respuestas sobre métodos anticonceptivos, mitos sobre sexualidad, anticoncepción y maternidad.

Esta dinámica favoreció la desinhibición de las participantes. Las trabajadoras sociales del centro de salud intervenían en el taller en los casos en los que consideraban que las respuestas necesitaban ampliación. Una vez finalizado el juego, se charlo, en base a preguntas de las participantes sobre algunos métodos anticonceptivos, el PAP y la entrega de pastillas anticonceptivas en el centro de salud.

Estos talleres apuntaron a abrir un espacio de reflexión y formación, en el que se compartieron y problematizaron vivencias cotidianas en torno a la desigualdad de derechos entre hombres y mujeres, situaciones de violencia familiar, temas de planificación familiar y salud sexual y reproductiva. El hecho de que las integrantes del Centro de Salud participaran en la coordinación y planificación del taller de salud sexual, otorgó una mayor legitimidad al espacio.

Relevamiento de la situación de los Centros de Atención Primaria de Salud

La organización ha realizado un *relevamiento de la situación de los Centros de Atención Primaria de Salud (CAPS) del Gran La Plata*, priorizando los ubicados en los barrios donde la organización tiene comedor. Esta actividad se ha repetido en varias oportunidades desde los comienzos del área.

En el espacio semanal de reunión del área de salud regional se confeccionó un cuestionario con algunos ítems para indagar en los centros de salud. Luego se realizó en el comedor un breve taller con los vecinos del barrio en el que se relevó la opinión sobre el funcionamiento del centro (turnos y modalidad de asignación, suficiencia de especialidades, calidad de atención), a la vez que se comentó las funciones de los centros y algunos programas que se implementan en ellos.

A continuación de ese taller, se indagó en el CAPS sobre los programas que se implementan, los recursos humanos y materiales con los que cuentan, sus modos de funcionamiento (turnos, horarios).

“Nosotros lo que salimos muy fuerte es a laburar el colapso de la salud en el primer nivel de atención, nosotros hicimos relevamientos para ir a identificar la falta de accesibilidad y la ausencia del Estado cumpliendo la tarea de la salud pública en el barrio. Entonces

salimos durante mucho tiempo a constatar el funcionamiento de las unidades sanitarias, relevamos el tema de si había pediatras, si no había pediatras, si había ginecólogos, cuantos turnos te daban, salimos a consultar a los vecinos para ver que dificultades estaban teniendo para conseguir un turno. Ese es un eje que siempre atravesó el laburo del área de salud” (Barrios de Pie - Referente Nacional Área de salud).

Además se cotejan los datos brindados por el personal del Centro de Salud con los obtenidos previamente en la reunión con los/as vecinos/as, y se comparte el trabajo realizado desde el área de salud de la regional La Plata en pos de una posible articulación, y de lograr reconocimiento de su trabajo como promotoras de salud.

El objetivo de esa actividad fue conocer cómo están funcionando los centros de salud y gestionar ante el Estado los recursos que faltan para lograr una mejor atención de la población de los barrios. Esta actividad, realizada desde los inicios por el área de salud tiene como objetivo: *“* establecer el contacto con profesionales y presentarse como promotores de salud de Barrios de Pie. Que haya un compañero del barrio y dos del área de salud; * Obtener información sobre el funcionamiento para ver la manera en que se difunde (capacitaciones, afiches, volantes, talleres, charlas); * tener los datos concretos sobre las responsabilidades del municipio. (Registro reunión 3 de mayo de 2011).*

Estos relevamientos podrían entenderse como una actividad de seguimiento y control del funcionamiento de una institución del Estado. Con la estrategia de medición de talla y peso se demanda al Estado que cumpla con su función de garantizar la salud y alimentación de los niños. En cambio, los relevamientos sobre el funcionamiento de los centros de salud se asientan sobre la idea de monitoreo o control de los efectores de salud del Estado para a partir de allí visibilizar lo que falta o lo que no funciona correctamente (atención, recursos, etc.) y reclamar por su cumplimiento.

6.2- Sobre las actividades del Espacio de Salud del FPDS en Villa Argüello

El proceso de trabajo del Espacio de Salud en Villa Argüello se inicia a partir de la articulación con una Comisión de Salud que estaba creándose en el Centro Deportivo y Recreativo Villa Argüello. Desde el espacio de articulación (Comisión de salud del club-EdS FPDS) se ahondó en dos instancias. Por un lado, se apuntó a fortalecer el fútbol infantil recientemente gestionado desde el club, a partir del trabajo sobre temas de salud con los padres y las madres de los/as niños/as y con los entrenadores. Por otro se participó en una multisectorial para luchar por el destino que se le daría a las tierras contiguas al barrio que pertenecen a la Universidad.

La Comisión de Salud y el fútbol infantil

El Centro Deportivo y Recreativo Villa Argüello (en adelante el club) es una asociación de carácter civil que se encuentra ubicada en las calles 126 y 62 de Villa Argüello. La edificación es vieja¹¹⁹, está muy deteriorada, y cuenta con vestuarios, baños (que por el momento no están funcionando), un salón con cocina, una biblioteca y la cancha de fútbol. Está contiguo a una pequeña plaza con juegos para chicos, con la que limita la cancha. El club ha atravesado por un proceso de deterioro, al igual que muchos espacios barriales de estas características durante las décadas del 80 y 90.

A lo largo de su historia, pasaron por el club distintas comisiones directivas con diferentes perspectivas. Pero lo que nos interesa destacar aquí es el cambio de orientación que comenzó a partir del año 2000, cuando un grupo de jóvenes del barrio que había pasado gran parte de su vida asistiendo al club, comienza a realizar actividades de apoyo escolar en las instalaciones del club sin ser parte de la comisión directiva. Por diferencias en los criterios políticos (que incluyen los modos de trabajo, la población a la que se abarca, el tipo de actividades a realizar, etc.) esa comisión decide echarlos del club. No obstante, ese grupo de jóvenes siguió realizando trabajo comunitario y conformó una organización (que

¹¹⁹ El club se fundó en el año 1979. y el acta constitutiva de la personería jurídica se fechó el 17 de Febrero de 1986, aprobándose el Estatuto el 8 de Mayo de ese mismo año (Resolución N° 644/86) (Aristegui et al, 2009).

luego pasaría a integrar el FPDS¹²⁰). En 2005, con más experiencia en su haber, algunos de ellos decidieron disputar el espacio de la comisión directiva, presentandose y ganando la dirección del club a partir de 2006.

Desde allí, el club comenzó a tener un perfil completamente diferente. Continuaron con el apoyo escolar, y le sumaron otras actividades para niños/as y jóvenes, como talleres de Hip-Hop, Murga, Títeres, Circo, talleres literarios y la biblioteca comunitaria. Estas actividades fueron cambiando en función de las personas que transitaban por la organización, puesto que se iban incorporando temáticas en vinculación con los saberes y experiencias de cada uno de los/as participantes. A su vez, se mantuvo el espacio de fútbol infantil que venía funcionando con entrenadores ajenos al club que se centraban más en aspectos competitivos, dejando afuera a gran parte de los/as niños/as del barrio que no jugaban bien al fútbol. Fue recién a partir del año 2011 que se logró coordinar el espacio de fútbol infantil desde una perspectiva no centrada sólo en la competencia, sino pensándolo como un espacio de integración, socialización y contención para los/as pibes/as del barrio. Hasta ese momento muchos de ellos/as eran excluidos/as por considerar que no eran lo suficientemente aptos/as para jugar en el club y participar en las ligas.

A partir de allí el club comenzó a atravesar una etapa diferente, quedando en segundo plano las actividades culturales –aunque continuaron los talleres de murga, hip hop, danzas- debiendo abocarse al nuevo desafío de atender a un grupo creciente de niños/as que se incorporaban al fútbol infantil.

La orientación del club cambia en dos sentidos, por un lado se reorganizan las actividades y tareas, por lo cual los/as integrantes que hasta el momento estaban a cargo de los talleres comenzaron a abocarse a actividades vinculadas al fútbol infantil (entrenamientos, buffet, gestiones, etc.); y por otro lado, la obtención del presupuesto participativo para refaccionar y ampliar las instalaciones del club, también requirió dedicación de los/as integrantes restando tiempo para sostener las actividades que se desarrollaban en el salón del club.

¹²⁰ Actualmente uno de los comedores del FPDS recibe el nombre que tenía esa organización, pero los fundadores ya no participan allí.

“Si, entonces a principio de año se dio que de repente el club se tuvo que hacer cargo de 10 categorías, primero pensándola desde otro enfoque al que existía previamente y se acompaña el entrenamiento con copa de leche. Entonces implica entrenadores, compañeros que den la copa de leche, estar para abrir y cerrar el club, jornadas de futbol de local, buffet, reuniones de la liga, se cambió la liga, se volvió a Berisso, se rearmaron los equipos, así que están jugando pibes que son todos del barrio” (Integrante comisión de salud club Argüello).

También, a partir de este cambio en la comisión directiva, desde el club comenzaron a realizar actividades en conjunto con distintas organizaciones e instituciones del barrio que trabajan con la misma población, aunque en algunos casos los criterios políticos no concuerdan (es decir los modos de trabajar con las poblaciones vulnerables, los objetivos, etc.), y se coordinan actividades con otros espacios afines que trabajan fuera del barrio. En 2010 se coordinaron desde el club una serie de reuniones con instituciones del barrio en las que participaron la escuela, la salita, el jardín, el CEC (centro de educación complementaria para niños).

En 2011 se crea una Comisión de Salud dentro del Club, retomando el trabajo realizado en los talleres de educación sexual en escuelas del barrio durante años anteriores. En principio la conformaron cuatro integrantes del club, y al poco tiempo, luego de un acuerdo de trabajo conjunto, se incorporaron integrantes del *Espacio de salud* de la regional La plata del FPDS.

Se trazaron diferentes estrategias para que lo/as vecinos/as del barrio, los entrenadores, las mujeres madres y los/as niño/as participaran en la organización y gestión del club, para lograr la apropiación del espacio y avanzar a partir de allí en el ejercicio del derecho a la salud.

Cómo la actividad del Club estaba centrada en el futbol infantil, se propuso como primera actividad de la Comisión de Salud, realizar el fichaje médico de los niños que participaban del futbol infantil, obligatorio para poder jugar en la liga de futbol de Berisso. Dicha actividad consistió en la medición de la talla y el peso de los niños, y el control de su respiración y pulsaciones. La coordinación estuvo a cargo del pediatra del centro de salud,

quien llevó los elementos necesarios (balanza, centímetro y estetoscopio), y de una de las integrantes de la comisión de salud del club. Al mismo tiempo que se realizaban dichos controles, otras dos integrantes del club confeccionaron las fichas médicas, en las que se registró información sobre las vacunas, las enfermedades de la infancia, enfermedades crónicas, las fracturas e intervenciones quirúrgicas. Al completar las fichas con las madres, éstas hacían algunas preguntas puntuales sobre las vacunas que le faltaban, la edad a la que deberían dársela, etc. A este primer fichaje asistieron aproximadamente veinte madres con sus hijos. Sólo concurrieron mujeres con sus hijos. Esto podría pensarse en relación a la figura de la mujer como responsable de las cuestiones de salud de los hijos y demás integrantes del grupo familiar.

El fichaje médico constituyó una excusa para el encuentro con los/as vecinos/as del barrio. Es decir no se pensó como un fin en sí mismo, sino como una instancia para lograr otros fines más amplios.

Otra actividad, realizada por la Comisión de Salud, consistió en la realización de una charla para los entrenadores sobre primeros auxilios que fue coordinada por el médico del Centro de Salud y una de las integrantes de la comisión de salud del club y se vinculó con posibles accidentes que pudieran ocasionarse en el fútbol infantil. Asistieron seis entrenadores, y la dinámica de la charla se basó en sus consultas sobre accidentes ocurridos o potenciales. Ante cada posible accidente, se plantearon las formas de actuar por ejemplo para saber si tenían que llamar a la ambulancia o no, y qué podían hacer desde el club mientras esperaban que ésta llegara. Se armó un botiquín para el club con los elementos disponibles y se completó con los elementos donados por el CAPS.

Según manifestó una integrante de la comisión de salud, el objetivo de dicha comisión era lograr un espacio de reflexión y acción sobre la salud, a partir de problematizar o desnaturalizar algunos conceptos comunes, lograr una visión de derechos y de reclamo por su garantía, pensar la salud en términos más amplios, más allá de la ausencia de enfermedad (Integrante de la comisión de salud – charla informal).

Multisectorial en defensa de las tierras

De la misma manera, a mediados de 2011 comenzaron a realizarse reuniones multisectoriales para la defensa de las tierras de Villa Argüello. Se trata de las tierras, propiedad de la Universidad Nacional de La Plata, que pensaban venderse a Repsol-YPF y al Consorcio Puerto La Plata

La Multisectorial, cuya bandera era “defendamos la salud y el ambiente” estaba compuesta por comedores del Frente Popular Darío Santillán, la Federación Universitaria La Plata, el Centro de Estudiantes de Agronomía y Forestal, el Colectivo Tinta Verde, el Espacio de Tierra y Vivienda- FPDS, el Espacio de Salud- FPDS, el Club Deportivo y Recreativo Villa Argüello, Vecinas/os y Estudiantes Autoconvocados/as.

En un comunicado de la multisectorial del 20 de septiembre de 2011 se expresa que *“Las tierras que proyecta vender el rectorado y cuya entrada está ubicada en las calles 128 entre 62 y 64, son un espacio de trabajo productivo, extensión universitaria y estudio para la comunidad y los estudiantes de Agronomía. Se afirma falsamente que las tierras no están en uso, pero allí funciona un proyecto de tambo que provee leche a los comedores populares de la zona y una huerta que da trabajo a familias del barrio y es centro de prácticas de la Facultad. También constituye un pulmón verde para un barrio muy contaminado. Evidentemente, como ya afirmó Adolfo Pérez Esquivel, -las autoridades de la UNLP- se siguen manejando “como si la Universidad fuese una inmobiliaria”.*

La Multisectorial presentó una Carta Abierta al rector de la UNLP y al intendente de Berisso en la que, *“además de denunciar esta situación, se exige a la UNLP que habilite espacios de discusión para decidir sobre el destino de las tierras y que se expida favorablemente en relación al reclamo de la multiplicidad de actores (vecinos/as, organizaciones sociales, instituciones barriales, estudiantes y docentes) en contra de un proyecto de venta que no los está teniendo en cuenta” (comunicado de la multisectorial 20/9/2011).*

En el marco de esta lucha por las tierras sostenida desde la multisectorial, se realizaron talleres y jornadas culturales, en las que la comisión de salud del club y el EdS-FPDS realizaron intervenciones. En una de las jornadas se confeccionó un plano del barrio en el que se escribió la consigna: *¿Qué queremos para nuestro barrio?*, apuntando a la reflexión

sobre el uso que se le daría a las tierras; y en otra jornada se realizó un mapa de problemas de salud, poniendo el foco en la contaminación, especialmente vinculada a YPF y un diagrama con fotos y frases. Ambas intervenciones se realizaron en la plaza lindera al club donde se desarrolló la jornada, y permanecieron allí durante toda la tarde, por lo cual, los que asistieron a las jornadas podían acercarse a participar en cualquier momento de la tarde.

Desde la Multisectorial en Defensa de las Tierras se abrió un espacio de discusión en el que los vecinos llevaron sus propuestas sobre el potencial uso de esas tierras y se hizo una votación. La mayoría acordó que las tierras funcionaban como un pulmón verde que oxigena al barrio, contrarrestando la contaminación impulsada por la labor de YPF. Desde la multisectorial se propuso la creación de un parque que contemple diversos usos: juegos, recreación, teatro, deportes, actividades educativas, esparcimiento.

A partir de las reuniones de la multisectorial, las integrantes de la comisión de salud plantearon el interés por elaborar una encuesta para relevar la situación sociosanitaria de la población de Villa Argüello. La encuesta elaborada a fines de 2011, no se implementó debido a la disolución del espacio durante 2012.

Desde la comisión de salud –EdS /FPDS se participó en la multisectorial con la convicción de que un ambiente sano es parte de una vida saludable. Si bien la encuesta ampliada no se realizó, en las jornadas se recabó información sobre salud y ambiente del barrio. En ellas se pudo observar que las enfermedades respiratorias constituían una afección recurrente entre los vecinos de la zona (por ejemplo: asma, infecciones respiratorias frecuentes, etc.) y que la presencia de olores de la petroquímica o cenizas en el aire eran situaciones frecuentes.

Respecto a lo obtenido en este proceso de lucha por las tierras, una integrante del espacio de salud manifestó:

“Como que se dio un proceso de lucha súper interesante y tuvo cierta incidencia, porque los resultados del reparto de las hectáreas fueron bastante favorables. Si bien YPF sí va a tener hectáreas ahí y sí va a tener un laboratorio ahí, hay muchas hectáreas que van a quedar finalmente para pulmón verde y se puede dar la disputa de que se hagan cosas

interesantes ahí también” (Integrante 2 del Espacio de Salud de la regional La Plata del FPDS).

Espacio de salud Barrial

A principio de 2012, el espacio constituido por la comisión de salud del Club y el EdS - FPDS mermó su funcionamiento porque algunos/as de sus integrantes asumieron otras tareas, y especialmente porque su referente más activa se alejó por cuestiones laborales que no le permitían dedicarle el tiempo suficiente a las actividades en el club. Debido a ello, los/as integrantes del Espacio de Salud del FPDS decidieron centrar el trabajo en *El Comedor* en Villa Argüello retomando dos instancias planteadas el año anterior: la demanda de trabajar temas de salud (en principio vinculados a plantas medicinales) esbozada por las integrantes del comedor a los/as integrantes del Espacio de salud de la regional La Plata en un espacio de formación de la organización, y las aproximaciones realizadas desde la Comisión de salud- EdS-FPDS.

Este proceso de articulación es relatado por una integrante del espacio de salud, mencionando las variaciones en el rumbo que fue tomando el espacio.

“Esa también fue otra articulación interesante que nucleaba compañeros y compañeras que estaban participando del Espacio de Salud del Club y compañeros y compañeras del Espacio de Salud del Frente; como que la idea era generar algún espacio de salud que articulara entre esos dos espacios, en un principio se pensaba intervenir sobre los chicos que participaban de fútbol infantil y sus familias. Después estuvo creo como la proyección de ampliarlo como a más familias y como que quedo medio trunco porque después de repente como que las prioridades del club viraron este año y no había mucho espacio como para seguir laburando salud ahí y por eso, se decide en realidad como abarcar Argüello si se quiere, desde El Comedor” (Integrante 2 del Espacio de Salud de la regional La Plata del FPDS).

Actividades del Espacio de Salud Barrial

Como ya se señaló, en el comedor se comenzó a trabajar temas de salud a partir de las aproximaciones realizadas desde la comisión de salud del club – EdS/FPDS y desde una demanda puntual de las integrantes del comedor de formarse en temas de salud. Teniendo en cuenta esta situación, los/as integrantes del EdS del FPDS se acercaron a la Mesa del FPDS de Berisso y plantearon la propuesta de trabajar temáticas de salud a partir de las necesidades e intereses concretos de los barrios. Las integrantes de *El Comedor* manifestaron nuevamente su interés, por lo cual se acordó comenzar las actividades allí.

Un integrante del espacio de salud señala cómo es el proceso cuando se comienza a trabajar temas de salud en algún barrio

“Se labura a partir de la asamblea que tiene cada barrio, cada comedor del Frente tiene comedor y asamblea, y lo que se hace por primera vez cuando se va a laburar, se lleva una propuesta. Primero se lleva una propuesta de lo que es la mesa, por ejemplo. La mesa es un lugar donde se sintetiza política de, por ejemplo, todo Berisso. Todas las asambleas sintetizan toda la política ahí. Y se lleva la propuesta de laburar Salud y se tira en la mesa de cuál de todos los comedores quieren laburar salud por ejemplo. Desde la mesa, cada comedor lleva esa discusión, y dice ‘bueno, me interesa’ y a la otra semana vuelve la discusión esa. Y viene un comedor y te dice ‘si, a nosotros nos interesa laburar salud’ bueno, vamos hacia ese comedor, y hacia esa asamblea, a ver quienes desde ese barrio y desde esa asamblea, quieren trabajar Salud”(Integrante 3 del Espacio de Salud de la regional La Plata del FPDS).

Como ya se señaló, en un comienzo se pensó en hacer un trabajo articulado con los otros dos comedores del FPDS en la zona de Villa Arguello, rotando la sede de la realización de las actividades, pero finalmente se decidió realizarlas en *El Comedor* e invitar a quienes quieran participar allí, dejando para más adelante la articulación con los otros dos comedores de la organización. Esta decisión se debió a que varias integrantes de “*El Comedor*” estaban interesadas y dispuestas a comenzar a fomentar un espacio de discusión y reflexión en torno a estas temáticas, y en los otros comedores no se había manifestado interés.

También se abrió el espacio a integrantes de asambleas de otros barrios y en algunas oportunidades participaron mujeres del barrio Nueva York, pero mayormente participaban las mujeres del comedor. Las actividades se centraron allí y a partir de ese espacio, se planteó abrir al resto del barrio.

Las actividades se realizaron los días jueves a la tarde, y consistían principalmente en la realización de talleres sobre temáticas que se fueron definiendo con las mujeres que participaban del espacio. Se formó un grupo estable de cinco integrantes del comedor (según las temáticas se sumaban algunas mujeres más), y el equipo del EdS conformado por un médico, una estudiante de medicina, una de filosofía y una de psicología. En el primer encuentro se pusieron en discusión las ideas de salud que tiene cada participante, y a partir de allí se fue delineando en conjunto el resto de las temáticas a trabajar.

“Nosotros lo que planteamos es laburar Salud, trabajar Salud a partir de las necesidades de las personas que vienen a la reunión. Nosotros tratamos de hacer entender que ese Espacio, no es un espacio nuestro, de llevar una propuesta, sino que es un espacio de todos los que participamos, y que ese Espacio lo hacemos todos los que participamos y que la política de ese Espacio se la damos todos los que participamos. Entonces se trata a partir de las necesidades que traen todos y hacemos un taller por ejemplo como hicimos este año, cuando llegamos a “El Comedor”. De decir ‘bueno, trabajemos a ver que entendemos por salud’ creo que fue el primer taller, a través de los dibujitos, las revistas, que se yo. Y una de las cosas que salió, ahí salieron varias cosas, salió el tema de la basura, salió el tema del espacio para los chicos, salió el tema de enfermedades respiratorias, y como que la propuesta fue evaluar si a ellas les interesaba trabajar esos ejes que habían salido” (Integrante 3 del Espacio de Salud de la regional La Plata del FPDS).

El espacio se sostuvo semanalmente durante todo 2012¹²¹. En algunas ocasiones que no se realizaban talleres porque no había muchas participantes o porque había algún tema más urgente a tratar, se constituía como un espacio de encuentro e intercambio, y en algunas ocasiones se planificaban acciones futuras.

¹²¹ Como se señaló, el recorte temporal abarcó el período 2010-2012, por eso no se consideran las actividades realizadas durante el 2013.

Si bien el espacio estaba abierto a mujeres y varones, solo asistían mujeres, reforzando la evidencia de su mayor participación en las actividades territoriales de la organización. Esto se debe a que son las mujeres las que más participan en las actividades territoriales de las organizaciones sociales. A su vez, las temáticas de salud trabajadas son más convocantes para las mujeres, puesto que por lo general son las encargadas del cuidado de la salud de los/as niños/as, e implícitamente son las que deben ocuparse de las cuestiones de salud sexual y planificación familiar. Es importante mencionar que las pre-concepciones con las que llegan las mujeres al espacio de salud vinculadas a entender a la mujer con la figura de madre y cuidadora, son problematizadas allí, a la vez que constituye un espacio propio para ellas, para encontrarse, charlar/debatir sobre cuestiones que les interesan.

Asimismo, como son las que se encargan del cuidado de los/as hijos/as, en varias ocasiones llevaban a los/as niños/as (hijos/as o nietos/as) a los talleres, puesto que de no ser así, no podían concurrir. Todo esto está íntimamente vinculado a los roles y estereotipos de género que se reproducen consciente o inconscientemente en nuestras sociedades. Por ello es que se apuntó a partir de la realización de talleres en los que se propiciaba la discusión, deconstruir esos mandatos patriarcales que ligan conceptos como mujer-madre-cuidadora, para promover la democratización de los cuidados familiares, entre otras cosas.

Del proceso de trabajo en *El Comedor* se recuperan algunos momentos que dan cuenta de lo trabajado en el espacio y del rumbo que éste fue tomando.

Una idea que estuvo latente durante el proceso fue realizar un mapeo colectivo del barrio, que incluyera las organizaciones e instituciones, espacios verdes y de recreación, etc. Sin embargo, en el transcurso de las actividades no se constituyó como una prioridad para los/as integrantes del EdSB, por ello es que finalmente no se realizó.

La dinámica de los talleres siempre se centro en abrir un espacio para pensar y reflexionar sobre lo cotidiano y sobre el por qué de algunas situaciones que se cree que es natural que sucedan, es decir, que se apunta a problematizarlas, politizarlas.

Primer taller: concepciones sobre la salud

Una de las actividades de este primer encuentro consistió en hacer una selección de algunas imágenes de revistas y relacionarlas con la salud, con el objetivo de poner en juego las concepciones previas sobre la salud y las cuestiones con las que se creó que está se relaciona.

Se eligió una amplia gama de imágenes, que abarcaban desde una plaza, una manifestación, un grupo de médicos/as, un grupo de amigos/as, un partido de fútbol, gente haciendo gimnasia, una familia y una pareja, alimentos, una vedet, y un grupo de músicos. Así se relacionó a la salud con varios aspectos, entre los que se puede mencionar: la recreación, la lucha por lo que se cree justo, los vínculos afectivos, el deporte, lo emocional, la actividad física, la alimentación, la educación, y figuras femeninas que muestran los medios en los que los cuerpos se presentan como objetos de consumo (registro primer taller).

A partir de este panorama se asume que las concepciones sobre la salud de las integrantes del espacio dan cuenta de un sentido amplio, que incluye distintos elementos como son la alimentación, lo emocional, los vínculos, la actividad física, etc. Aquí es importante destacar que no se mencionó la ausencia de enfermedad como aquello que define a la salud, ni se la pensó desde ese aspecto. Pero sin embargo es un aspecto que subyace a las definiciones de salud de las participantes. Así, se acordó para el siguiente encuentro trabajar sobre enfermedades respiratorias en niños, debido a la gran cantidad de niños enfermos en el barrio. Luego se fueron acordando los próximos talleres, que estuvieron vinculados a reciclado y salud sexual y reproductiva, que incluyó talleres específicos de conocimiento del cuerpo, sexualidad, políticas públicas en salud sexual y anticoncepción.

Enfermedades respiratorias

En primera instancia se trabajó en base a las expectativas de cada participante sobre el taller. Las expectativas rondaron desde cuestiones generales: *conocer sobre enfermedades respiratorias, como prevenirlas, tener más conocimientos sobre salud*, cuestiones propias del espacio: *conocernos, que el espacio sea dinámico e interesante, que el espacio*

comience a constituirse, aprender que le pasa al otro con las enfermedades respiratorias; y cuestiones muy específicas: saber sobre el asma, conocer la diferencias entre el asma y el broncoespasmo.

Luego se trabajo sobre conocimientos previos sobre las enfermedades respiratorias y sobre el cuerpo en general y se fue completando con saberes científicos: *Qué son las enfermedades respiratorias? ¿Qué las provoca? ¿Cuáles son los síntomas? ¿Cuáles son los órganos del aparato respiratorio? ¿Qué enfermedades conocemos? ¿Cuándo tenemos que ir al médico o médica sí o sí?*

La ultima parte del taller se centró en las acciones individuales y grupales que se pueden realizar para prevenirlas *¿Qué podemos hacer para no enfermarnos? ¿Y el barrio?* Siendo esta última instancia, más vinculada a lo político, central en todos los talleres.

El taller se realizó de forma dinámica. Si bien al principio se centro en aspectos biológicos, luego se le dio prioridad a la prevención y a la capacidad de acción que se tiene individual y colectivamente. Es decir, se hizo hincapié en lo que puede hacer cada uno individualmente, dentro de su ámbito cotidiano familiar, para prevenir las enfermedades respiratorias, pero fundamentalmente en lo que se puede hacer como organización en el barrio, tanto para prevenir las enfermedades respiratorias como para mejorar aspectos relativos a la calidad de vida, infraestructura, etc. Esta estructura, centrada en el dialogo entre lo individual y lo colectivo fue una constante en los encuentros realizados en el marco del espacio.

Otra idea que atravesó el espacio fue la importancia de socializar, de compartir los saberes específicos sobre cuestiones más biológicas, referidas al cuerpo y a su funcionamiento, y por otra parte, poner en dialogo los saberes que las participantes ya tienen.

Las mujeres participaron activamente, sin inconvenientes para preguntar sobre dudas que tenían, sin temor a equivocarse y a su vez pusieron ejemplos, contaron situaciones cotidianas, contaron que remedios caseros utilizaban o como resolvían determinadas dolencias sin recurrir a una institución de salud.

Mejoras para los barrios

Una instancia central que se desprendió del EdSB fue la confección de un petitorio que se presentó al municipio de Berisso de manera conjunta con otros comedores de la organización en la localidad.

Entre los reclamos efectuados al municipio para la zona del comedor, se encontraban: la *limpieza del terreno* ubicado frente al comedor, que funcionaba como basural (los/as vecinos/as tiraban allí la basura y animales muertos, y en muchos casos quemaban allí sus residuos); la *cesión de una fracción de ese terreno* para hacer una plaza; la *extensión del recorrido del camión recolector de residuos*; la *extensión del alumbrado público*. Los argumentos confluían en la importancia para la salud de tener en el barrio un espacio verde que funcione como lugar de esparcimiento y recreación, y como pulmón verde teniendo en cuenta la cercanía con YPF y la contaminación que esta empresa genera. También se solicitaron materiales para hacer el baño del comedor.

Algunas integrantes del espacio de salud del comedor recorrieron el barrio, casa por casa contando a los/as vecinos/as sobre el petitorio en pos de obtener sus firmas. A su vez esto se constituyó en una manera de dar a conocer las actividades de la organización en el barrio. La buena recepción de los/as vecinos/as permitió charlar con ellos y contarles las actividades de salud que llevaban a cabo.

Cabe decir que en el petitorio presentado al municipio se articularon estos reclamos con otros propios de la zona en la que se encuentra y que también compartían los otros comedores de la organización en Berisso. Se obtuvieron algunos logros luego de presentarlo, por ejemplo se consiguieron los materiales para la construcción de baños en comedores de la organización en Berisso.

“...Se armó entre los 8 comedores diferentes que hay en Berisso, se armó un petitorio que reunía los reclamos de los 8 comedores que hay del Frente de la organización en Berisso, estuvimos como bastante activos en ese sentido, por ejemplo, en “El Comedor” uno de los puntos principales era el tema como del mejoramiento de la... infraestructura del barrio y el tema de la extensión del recorrido del camión de basura que no llega por las calles en donde está el comedor, y para este petitorio que se presento, o sea, como salud se salió a juntar firmas, por ej., por el barrio; como que se participo muy activamente en lo que fue

el armado del petitorio y con resultados bastante piolas, no en el caso de "El Comedor" por desgracia pero si por ejemplo, había como 3 comedores a los que se les debían baños hacia como dos años y logramos que se bajaran materiales para los baños, y bueno ahora como estamos a fin de año y las fuerzas se van diluyendo pero la idea es el año q viene, o sea, ya tenemos el compromiso grabado, recontra firmado del intendente de responder a los principales puntos del reclamo que eran por un lado desde "El Comedor" esto de, bueno, en realidad es de toda la zona de Villa Argüello, el tema de la extensión del recorrido del camión recolector, de la luminaria y el arreglo de las calles, de otros 3 comedores el tema de los baños, y de barrio Obrero el tema de un localcito propio que no tenemos un espacio físico en donde hacer los talleres, ni el comedor, ni nada, entonces la idea es construirlo. Bueno de todas esas cosas se consiguió para este año el tema de los baños pero la idea es el año que viene volver a arrancar con más fuerza y reclamar que se cumplan digamos, todas las partes que se comprometieron a cumplir" (Integrante 2 del Espacio de Salud de la regional La Plata del FPDS).

Fiesta por el aniversario de Perú

Otro momento del proceso a recuperar es la jornada para conmemorar el día de Perú, que es 28 de julio. Esa fiesta se hace todos los años en Perú, y los/as integrantes del comedor decidieron hacerla también en Argentina, para, por un lado no perder sus costumbres, y por otro lado, compartirlas con los/as compañeros/as de la organización y del barrio. En el festejo se realizaron comidas típicas de Perú como papa a la huancaína, carapulcra, chicha morada para beber, y mazamorra de postre. Una pareja bailó Sasha, un baile típico de Perú y un grupo de niños/as bailó reggaeton.

Se realizó en la vereda del comedor, saliendo del espacio del comedor y apropiándose de un ámbito público, lo que permitió visibilizar en el barrio, las actividades de la organización. Había aproximadamente 50 personas, contando adultos/as y niños/as. Además de los/as integrantes del comedor y vecinos del barrio, estaban presentes integrantes de otros comedores de la organización en la zona.

Uno de los objetivos propuestos era que la jornada permitiera visibilizar las actividades que se hacen en el comedor, entre ellas las del espacio de salud. Por ello, una de las

integrantes del Espacio de Salud contó las actividades que se realizaban los jueves invitando a participar a los/as que quisieran y se comentó a los/as vecinos/as sobre el petitorio, que ya había estado circulando días anteriores. Se repartieron volantes y cartillas sobre los objetivos, modo de trabajo y actividades del espacio.

Salud sexual

Se realizaron varios talleres relacionados a esta temática. En uno de los encuentros se trabajó sobre los órganos del aparato reproductor y sus funciones, asociándose frases con imágenes de hombres y mujeres. Este ejercicio promovió distintos debates, como por ejemplo la idea de *mujer madre* arraigada como mandato social, la supuesta incompletitud de una mujer que no es madre, y el cuestionamiento y discriminación a las madres solteras.

También se habló sobre las características masculinas como la *fuerza* y los *objetivos profesionales* y que el hombre es considerado *el sustento de la familia*. Advirtiendo, no obstante que esto último había perdido peso puesto que los roles y ámbitos fueron cambiando aunque no sean reconocidos socialmente.

Se habló del *derecho sobre el cuerpo*, el derecho a la vida y que significa vida. Esta inquietud apareció tanto durante el desarrollo del taller como cuando se recuperó lo trabajado en los talleres, dando un largo debate sobre las diferencias de clase y el aborto, con el que algunas de las participantes no estaban de acuerdo.

En otro encuentro se trabajó sobre sexualidad, diferenciando sexo, sexualidad y género. Se planteó que el sexo está dado por la biología, pero que la sexualidad abarca mucho más que el cuerpo, es una forma de comunicarse con el otro y con uno mismo; y el género es lo que elegimos ser. Estas temáticas trabajadas fueron objeto de largas discusiones.

En otro encuentro se trabajó sobre métodos anticonceptivos. Si bien había una planificación establecida, el taller fue adquiriendo un rumbo propio en función de las preguntas y aportes de las participantes. Si bien se comenzó charlando sobre el ciclo menstrual y los distintos métodos anticonceptivos, fue derivando hacia el embarazo, lo que le sucede al cuerpo de la mujer y como va formándose y creciendo el bebé.

Fue un taller muy dinámico, con mucha participación de las integrantes del comedor. Algunas mujeres que no participaban regularmente del EdSB fueron a buscar la comida, mientras esperaban escucharon los debates y luego decidieron quedarse a participar del taller.

Articulación con el espacio de jóvenes: taller de baile

En el marco de la proyección territorial de la organización en Berisso, se decidió generar un espacio de trabajo común entre el espacio de salud y el de jóvenes para abordar de manera integral las problemáticas y demandas de la zona.

“Y lo que hicimos este año fue tener reuniones, formar un espacio donde encontrarnos Salud, Niñez y Jóvenes, y proyectar una política común para todo el territorio, compartiendo por ahí cuales problemáticas veíamos entre todos y cómo superar esa problemática y cómo tener una mayor proyección. Que este año estamos laburando muy fuerte el tema de jóvenes, de hecho en “El Comedor” ahora a las 6 de la tarde hay la primera convocatoria para que los jóvenes vengan a bailar dentro del comedor, y con la idea de formar un espacio de jóvenes en “El Comedor” a partir de algo que le gusta a los chicos como es el baile (vos hiciste el afiche el otro día), y a partir de eso lograr una articulación con lo que venimos laburando en salud. Dentro del espacio de salud, la línea de sexualidad ver de qué manera podemos laburarlo después con los jóvenes, el tema de sexualidad, anticoncepción, mas para fortalecer ese espacio y entendiendo como salud a que los jóvenes tengan un espacio de participación y como una herramienta de militancia ante lo que es la droga en el barrio, que es re fuerte, y cómo le peleas a la droga bueno con espacios de participación de los jóvenes, que es lo que no tienen” (Integrante 3 del Espacio de Salud de la regional La Plata del FPDS).

En ese espacio participaron los/as hijos/as de los/as integrantes del comedor, pero también otros/as vecinos/as del barrio que no son participantes. Esta instancia es central en el trabajo del Espacio de Salud puesto que se aborda la salud en relación a otros ejes, permitiendo la posibilidad de articulación a partir de ella.

Jornada interbarrial

Como cierre de los procesos de trabajo desarrollados en los distintos barrios desde la conformación del espacio, se decidió propiciar una instancia de encuentro e intercambio entre las distintas experiencias de trabajo barriales en la que se evaluara lo realizado hasta el momento, pero también para proyectar nuevas líneas de trabajo.

“Terminar el año diciendo ‘porque no hacemos una interbarrial, nos juntamos los distintos barrios para ver como estamos laburando salud, nos conocemos entre todos, empezamos a discutir un poquito mas políticas de salud, y vemos como nos proyectamos para el año que viene’” (Integrante 3 del Espacio de Salud de la regional La Plata del FPDS).

“...una inter-barrial de salud, en donde nos encontremos los equipos de salud de los diferentes barrios y nosotros talleristas, entre comillas, para poder también... empezar a conocernos entre todos, empezar a generar como una identidad de espacio de salud integral digamos, que no nos escinda a nosotros sino que nos sintamos todos como “el” espacio de salud del Frente... eso por el lado identitario si se quiere y por el lado concreto para poder balancear y proyectar en conjunto y que, digamos, que no estemos nosotros pensando por un lado y el barrio pensando por el otro” (Integrante 2 del Espacio de Salud de la regional La Plata del FPDS).

En lo que refiere a *“El Comedor”*, al momento de organizar la presentación en el plenario se tuvieron en cuenta cuestiones como *¿Qué hicimos? ¿Cuánto conoce el barrio el comedor? ¿Qué podríamos/quisiéramos hacer el año próximo? ¿Para qué lo haríamos y como lo haríamos?* En función de eso se planteó que el municipio fue reconociendo progresivamente al comedor. Se reconoció que durante 2012 el comedor trabajó más internamente y que debía convocar más enfáticamente a los vecinos. También se proyectó la coordinación con el CAPS, con la promotora para hacer alguna actividad en el comedor o en el centro de salud, la creación de una huerta, o el refuerzo de la que funciona en otro comedor de la organización en la zona, la realización de un proyecto productivo con las plantas medicinales, de pastas o panificados.

Esta instancia de evaluación y reflexión sobre las prácticas desarrolladas, adquiere centralidad en la definición del rumbo a seguir.

5.3- Puntos para la discusión

A partir de la descripción de la conformación de las organizaciones en los barrios mencionados¹²² y de la caracterización de las actividades que realizan en ellos, se puede observar su heterogeneidad y la diversidad de estrategias y herramientas utilizadas. Los talleres de educación popular constituyen un espacio propicio para la reflexión crítica, la toma de la palabra de los participantes, y el puntapié para el surgimiento de otras acciones. Tal como indica Huergo (2001) la educación, al igual que la salud, constituye un proceso colectivo y popular de transformación.

Aunque resulte redundante, es importante mencionar que las reflexiones que aquí se presentan son válidas en el marco de las actividades en torno a la salud realizadas en estos espacios concretos y con las condiciones dadas en el momento de trabajo de campo. Aunque por supuesto éstas están íntimamente relacionadas con la postura política y objetivos de las organizaciones, tal como se indicó en el capítulo 4.

Se observa que el **anclaje de las actividades** relevadas se da de diferente manera en cada organización. En un caso se prioriza y refuerza la inserción en un espacio determinado para a partir de allí ampliar la convocatoria a otros/as participantes, y en el otro, al carecer de un espacio de referencia consolidado, se apuesta a interactuar con distintos actores del barrio y ampliar el abanico de espacios de desarrollo de las actividades.

En lo que respecta a las **estrategias comunicacionales** que se utilizan desde las organizaciones para dar a conocer sus actividades o convocar a los/as vecinos/as a que participen, utilizan acciones de comunicación interpersonal, como el “boca en boca”, casa por casa o el contacto cuando van a buscar la comida al comedor. Estas estrategias se basan en el contacto directo en espacios compartidos y permiten utilizar un lenguaje coloquial.

En algunos casos, según el tipo de actividad y a quienes se quiere convocar, se colocan carteles en lugares estratégicos como el centro de salud, los comedores, los postes de luz de la calle, etc. La referente barrial de Barrios de Pie remarca que no utilizan los medios de comunicación para promocionar sus actividades porque no tienen área de comunicación en

¹²² Recordemos que las organizaciones están asentadas en otros barrios, y que aquí sólo tenemos en cuenta lo que sucede en los barrios seleccionados.

Berisso y no encuentran responsables que se ocupen de establecer contactos con los medios y sostener esas actividades.

Los/as vecinos/as que no son parte de las organizaciones no participan masivamente en las actividades propuestas. Sólo concurren a aquellas que los interpelan y cuya finalidad no se dirige exclusivamente a la trasmisión/socialización de saberes o al intercambio de opiniones. Desde ambas organizaciones se reconoce esta situación. En las actividades analizadas se observa que cuando se realizan talleres (de género, de primeros auxilios, para debatir sobre la salud en general) los vecinos no concurren, como sí lo hacen si hay mediciones de talla y peso, confección de fichas de salud o alguna actividad recreativa (barrileteada, festejos, festivales).

A partir del reconocimiento de esta situación por parte de las organizaciones¹²³, se convierte en un desafío encontrar los modos de interpelar a los/as vecinos/as que no forman parte de ellas para que participen de los espacios propuestos.

La salud como eje articulador de distintas temáticas

A partir del análisis de las actividades de salud se observa que hay una **multiplicidad de sentidos** puestos en juego en ellas, que se verá con más detenimiento en el capítulo siguiente. Sin embargo, es atinado mencionar aquí que bajo lo designado como área o espacio de salud se recuperan **diferentes temáticas** que refieren a cuestiones relacionadas con condiciones de vida, vivienda, trabajo, ambiente, acceso a servicios básicos, alimentación, recreación.

Esto se puede ver en Barrios de Pie cuando realiza acciones vinculadas a la salud desde el área de género, o cuando introduce el relevamiento del IBP (índice barrial de precios) al trabajo del área de salud o se construye el ISNB. Asimismo esta área está en estrecha vinculación con la de educación popular.

¹²³ “Sí, no son de participar mucho, vos los convocás, si hacés una actividad al aire libre en una plaza y hacés una obra de teatro, nosotros con la cooperadora de la salita lo hicimos, no con Barrios de Pie hicimos una obra de teatro con las asistentes sociales de la salita, el año pasado, hicimos una obra de teatro sobre el dengue en una plaza, una de las asistentes se vistió de mosquito, y los vecinos se acercaron muchísimos. Cuando es así, al aire libre se acercan. Ahora si vos los convocás a una reunión y hacemos un diagrama todo, puede ser que vayan cinco” (Barrios de Pie, referente barrial).

En las acciones del espacio de salud del FPDS en Villa Argüello la amplitud del concepto de salud puede observarse en el modo en el que se inició y desarrolló el trabajo en el barrio. Respecto al inicio del trabajo, este se vinculó con la demanda de la comisión de salud del Club Villa Arguello de trabajar temáticas de salud comenzando con la confección de las fichas de salud de los/as chicos/as que participaban del fútbol infantil. Pero luego el eje se fue corriendo, debido al conflicto de las tierras de la Universidad Nacional de La Plata que iban a cederse a YPF. Por ello, se comenzó una disputa desde un espacio multisectorial que versó sobre la cuestión medioambiental y las proyecciones de lo que se haría con esas tierras, siendo ésto tomado desde la comisión de salud-espacio de salud del FPDS.

Una vez iniciado el proceso de trabajo sobre temáticas de salud en “*El Comedor*” se comenzó a trabajar de manera articulada con el espacio de niñez y jóvenes del FPDS, y en el marco de esa articulación se realizaron los talleres de hip hop.

De la misma manera, la participación del espacio de salud en las asambleas del comedor y en las instancias de plenario, en las que se discutieron cuestiones que excedían ampliamente las temáticas de salud, apuntaron a sostener los espacios de la organización en el barrio.

Las actividades que se desarrollan en el marco del área/espacio de salud son el punto de partida para interpelar a los/as vecinos/as, en el sentido propuesto por Buenfil Burgos (1992) y, según los términos empleados desde las organizaciones, para lograr el cambio social o la transformación de la sociedad.

La biomedicina mantiene su presencia en las acciones de salud, ya sea para cuestionar algunos aspectos o apropiarse de ciertas herramientas técnicas, que resignificándolas se convierten en elementos para la disputa política.

Así, la **relación con los efectores de salud** constituye un eje importante en una doble dimensión. Por un lado se plantea la articulación con los efectores de salud para el desarrollo de las actividades, lo que funciona como una manera de legitimar sus prácticas. Tal legitimación es reafirmada por los/as vecinos/as quienes participan más activamente

cuando en los espacios propuestos por las organizaciones colabora el Centro de Salud o alguna institución médica. Por otro lado, se reclama y/o gestiona el acceso de la población al sistema de salud, y se demandan cambios en el sistema de salud.

Barrios de Pie plantea como problema la falta de acceso al sistema de salud para algunas familias, por ello se gestiona constantemente el acceso a sus instituciones, ya sea a través de la demanda por los turnos colectivos¹²⁴ o las gestiones para vacunarse. También se mantiene un diálogo con los centros de salud a partir de la revisión del modo de funcionamiento y de la disponibilidad de recursos humanos y materiales.

“Nosotros que estuvimos haciendo desde agosto a ahora, lo que estuvimos intentando es que los nenes y las nenas que a nosotros nos daban en bajo peso y que no estaban yendo al control nutricional, estuvimos peleando los turnos colectivos. O sea nos presentamos en la unidad sanitaria, llevamos las planillas, planteamos que esos chicos no estaban con control y pedíamos turnos colectivos, o sea que se dieran turnos especiales. ¿Por qué? Porque en general se trata de familias, nosotros decimos que el tema del sobre peso, el bajo peso y la malnutrición tiene que ver con la falta de alimentos en calidad y cantidad, en calidad sobre todo porque el problema es que la familia consume mucho hidrato de carbono, pero tiene que ver con un problema estructural de pobreza, pobreza en todo sentido, que tiene que ver con la falta de accesibilidad a la salud pública” (Barrios de Pie - Referente Nacional).

Se observa que muchas de las problemáticas de salud abordadas están vinculadas con **la salud materno infantil y la salud sexual y reproductiva**. Entre las actividades que se desarrollan en función de ellas podemos mencionar las mediciones de talla, peso y control de vacunación de los/as niños/as, los talleres de género en los que se abordan temas de planificación familiar y salud reproductiva, los talleres sobre enfermedades respiratorias en niños, los talleres sobre salud sexual y reproductiva (conocimiento del cuerpo, sexualidad, políticas públicas en salud sexual y anticoncepción). Aquí es importante mencionar que tanto la salud materno-infantil como la salud sexual y reproductiva son temas que también tienen mucha presencia en la agenda de gobierno, constituyendo problemáticas prioritarias a resolver. De este modo, en relación a la salud sexual y reproductiva pueden mencionarse

¹²⁴ Los turnos colectivos son turnos especiales para las familias con niños con bajo peso que desde el Área de Salud de la organización se solicita en los centros de salud.

la Ley Nacional de Educación Sexual integral y en el mismo marco el Programa Nacional de Salud Sexual y Procreación Responsable; y en relación a salud materno infantil, el Plan Nacer/Sumar, la ampliación del calendario de vacunación y la Asignación Universal por hijo/a y embarazo.

Promotores/as y trabajadores/as de salud

Las funciones de aquellas personas que se encargan de replicar los contenidos que se trabajan desde el área/espacio de salud se nombran de diferente manera, y **los modos de nombrar** adquieren gran relevancia en la configuración de las identificaciones de los grupos. Siguiendo a Grimberg et al. (2004), se puede señalar que las disputas de sentido y los usos de distintas categorías por parte de los grupos sociales ponen al descubierto la dinámica de modos de identificación social y política variables y contingentes, en los que tienen un peso decisivo las alternativas de los procesos más amplios de resistencia y protesta social. La multiplicidad de sentidos y usos de las categorías se redefinen continuamente a partir de los/as actores/as, de sus modalidades de relación social y de la emergencia de ejes de confrontación en cada uno de los momentos.

Así, desde Barrios de Pie los/as **promotores/as de salud**, son las/os encargadas/os de replicar los contenidos trabajados desde el área de salud en relación con las necesidades y problemáticas propias de los barrios en los que están insertos, y de involucrar a los vecinos en el proceso. Su función se reconoce como la de “formador de formadores”.

Desde el EdS-FPDS se utiliza el término **trabajadores/as de la salud**, que alude a un rol más amplio, es decir, se considera a todos/as aquellos/as que aborden alguna problemática de salud, desde distintas disciplinas o espacios. Como ya hemos mencionado anteriormente, desde un proyecto de extensión en articulación con el FPDS también se ha realizado un proceso de “formación de promotores/as de salud”, que se constituye como un antecedente central del EdS.

En este sentido es atinado retomar las reflexiones de Pereyra (2011:10), quien menciona que la formación de agentes comunitarios/as o promotores/as en salud es una de las modalidades para promover la difusión e intercambio de información y se ha

implementado en casi todos los países de América Latina. *“Consiste en la capacitación de un grupo de individuos de la propia comunidad para que puedan desempeñarse como auxiliares de salud promoviendo prácticas saludables, diseminando información tendiente a la prevención y educando a la población en temas sanitarios, especialmente a los grupos de mayor riesgo. La formación recibida por los promotores no solo refiere a aspectos epidemiológicos y sanitarios, sino que también suele incluir capacitación en técnicas básicas de educación y comunicación, a fin de hacer más efectivo el trabajo de estas personas en sus comunidades. El rol de los promotores de salud ha sido fundamental en muchos barrios y regiones como "puente" entre el sistema de salud y los usuarios, especialmente cuando existen factores de riesgo que requieren modificar hábitos, actitudes y el desarrollo de comportamientos preventivos”.*

Desde Barrios de Pie se señala que los/as **promotores/as de salud** tienen una doble labor puesto que, por un lado se dedican a la limpieza de arroyos, zanjas, calles, y por otro lado a concientizar a los/as vecinos/as sobre la disposición de sus residuos, la importancia de las mediciones de talla y peso, gestionan la instalación de contenedores, hacen talleres de salud sexual, etc.

“Nosotros en el 2004 lanzamos la Campaña General San Martín y en ese momento nos ponemos como objetivo formar una cantidad muy grande de promotores de salud, o sea capacitar a todos los vecinos y las vecinas como promotores de salud y promotoras de salud y organizar escuelas de promotores. O sea se hicieron escuelas de promotores en puntos principales sobre todo en todos los distritos más importantes. Y en ese momento tomamos un eje que era bastante sentido y que había una urgencia, que era el tema de prevención de VIH, salud sexual y procreación responsable, pero orientado al tema de la prevención de la transmisión del VIH. O sea teníamos como dos ejes. Hacíamos lo de talla y peso, y por otro lado, en esta campaña General San Martín trabajamos muy muy fuerte la multiplicación de talleres de prevención del VIH” (Barrios de Pie - Referente Nacional).

Es importante mencionar que, al igual que Barrios de Pie y el FPDS, otras organizaciones sociales¹²⁵ y algunos municipios también han formado promotores/as de salud para que trabajen en los barrios. En el caso de Berisso, los/as formados/as por el municipio tienen

¹²⁵ Entre los que se puede mencionar al Movimiento Evita, la CTD Aníbal Verón, entre otros.

inserción directa en los Centros de Salud y son financiados por el programa Médicos Comunitarios y/o las cooperativas Argentina Trabaja. Mientras que las promotoras de salud formadas por Barrios de Pie no reciben ingresos exclusivos por dicha tarea (sino que lo hacen el marco de sus tareas de limpieza y zanjeo en el marco de las cooperativas), tienen una gran inserción barrial, y son las que se encargan de realizar las tareas del área de salud, articulando en muchos casos con los Centros de Salud. Unas/os y otras/os responden a intereses distintos más allá de sus formaciones y poseen distintas legitimidades, accesos a recursos y negociaciones.

Aquí reaparece la tensión entre resolver las necesidades de la población de los barrios en los que están insertas y, al mismo tiempo, cubrir baches o espacios que consideran que el Estado en distintos niveles deja sin atender, o atiende parcialmente. Si bien el objetivo de las organizaciones no es cubrir esos baches, en muchos casos se realizan esas tareas con el fin de responder a necesidades de la población con la que trabajan.

Desde el EdS-FPDS, como ya se indicó, se utiliza el término **trabajador/a de la salud**. Si bien en el curso de formación en salud realizado en el marco del Proyecto de extensión que se reconoce como antecedente del EdS-FPDS se contemplaba la figura del/la promotor/a de salud, ésta se fue dejando de lado y se incorporó la del/la trabajador/a de la salud, aunque su definición aún queda difusa. Se señala que es aquel/lla que, más allá de la disciplina, trabaja temas de salud, que puede mirar las problemáticas de salud desde una perspectiva amplia, en diálogo con educación, vivienda, etc., en consonancia con la concepción de salud amplia que se propone desde la organización.

“Trabajadores en términos que puedan estar ocupando lugares en los que se construye salud, dentro de lo que pueda ser tanto el Estado o ámbitos privados” (Integrante 1 del Espacio de Salud de la regional La Plata del FPDS).

“Y, por lo pronto, o sea, como concepción general sería alguien que, eso, que tiene en la cabeza... que puede mirar esas problemáticas desde una perspectiva de la salud, digamos. Pero no sé, pasa que es tan amplio que a veces es difícil definirlo (...) Pero si con cierta perspectiva y con cierta problematización de lo que significa la salud, digamos... una persona que este laburando niñez, indirectamente está laburando salud, ¿no? Pero también si esa persona aparte de laburar niñez también tiene como todo un bagaje de

discusión en torno a la salud, y lo hace como con los lentecitos de salud, si se quiere... me parece que eso sería como un trabajador o una trabajadora de la salud...la salud implica muchas cosas que no agotan en lo físico o en lo biológico, y por lo tanto un trabajador social es un trabajador de la salud y una vecina que está en un comedor es una trabajadora de la salud.(Integrante 2 del Espacio de Salud de la regional La Plata del FPDS).

Además de considerar que los/as trabajadores/as de la salud son aquellos/as que intervienen desde distintas disciplinas, se apunta a que los/as integrantes de la organización de los barrios puedan planificar y coordinar las distintas actividades, pensándose y proyectándose como trabajadores/as que incluso pueden percibir ingresos monetarios por esa tarea.

Derecho a la salud y estrategias de construcción política y fortalecimiento de los procesos de organización

A partir de lo esbozado, se entiende que las prácticas de salud desarrolladas por las organizaciones parten de la defensa del derecho a la salud¹²⁶, y son pensadas como un modo de **construcción política y de fortalecimiento de los procesos de organización en los territorios.**

La Organización Mundial de la Salud señala, con un tinte normativo e idealista, que el derecho a la salud abarca cuatro elementos: disponibilidad (número de establecimientos, servicios, insumos y programas de salud), accesibilidad (no discriminación, accesibilidad física, económica y a la información), aceptabilidad y calidad. Menciona que éste no sólo abarca la atención de salud oportuna y apropiada sino también los principales factores determinantes de la salud, como el acceso al agua potable y a condiciones sanitarias adecuadas, etc. De la misma manera, expresa que el derecho a la salud impone a los Estados tres obligaciones: respetar, proteger y cumplir (OMS, 2007).

¹²⁶ Recordemos que, tal como señalamos en el capítulo de contextualización, en la Constitución Nacional el derecho a la salud se piensa en tanto derecho de consumidores o usuarios de servicios de salud, pero a la vez se adscribe a pactos y tratados internacionales a los que se les otorga jerarquía superior a las leyes. Por otra parte, en la Constitución de la Provincia de Buenos Aires está reconocido expresamente el derecho a la salud, e incluso se avanza en considerar a los medicamentos como bienes sociales.

Cuando desde las organizaciones se habla del **derecho a la salud**, se contempla también el acceso a una alimentación y vivienda adecuada, a los servicios básicos y condiciones dignas de trabajo y medio ambiente, además del acceso a la atención médica, medicamentos y acciones de prevención/promoción.

Si bien las actividades de las organizaciones están delimitadas por áreas, las propuestas de salud también incluyen actividades de educación popular, de derecho a la vivienda, de recreación, vinculación con espacio de jóvenes y de mujeres. Es decir que puede observarse una articulación transversal entre diferentes derechos.

Justamente, basándose en que no se puede hablar de salud sin tener en cuenta estos otros aspectos, es que ésta se convierte en una **temática estratégica** que es un punto de partida para trabajar otras cuestiones a las cuales sería más difícil acceder directamente. Aquí la dimensión política adquiere una gran relevancia. Cuando se comienza a trabajar una problemática de salud, empieza a evidenciarse que hay otros derechos fundamentales que están siendo vulnerados, como el derecho a la vivienda, al trabajo, a un ambiente sano, etc.

Tanto la formación de Promotores/as de salud y las acciones territoriales desarrolladas desde el área/espacio de salud (mediciones de talla y peso, controles de vacunación, relevamiento de los centros de salud de los barrios en los que está asentada la organización, los talleres de educación popular, la participación en asambleas, las jornadas interbarriales, etc.), constituyen estrategias de construcción social y política, y de generación/fortalecimiento de las redes de relaciones con otros/as actores/as y organizaciones con objetivos afines. Dichas estrategias apuntan a promover las capacidades organizativas en los territorios y permiten fortalecer su capacidad de incidencia en la construcción de la agenda pública y en el desarrollo de las políticas públicas. Los objetivos y las estrategias utilizadas se van redefiniendo a partir de la reflexión sobre la propia práctica, en los procesos de planificación y evaluación.

Aquí es importante destacar que las **distintas acciones** se plantean a partir de los recursos disponibles. Por eso, uno de los elementos centrales es pensar estratégicamente la fuerza organizada en el marco de los programas sociales impulsados desde el Estado, especialmente de las cooperativas del Programa Argentina Trabaja.

“...O sea que hasta ese momento nosotros no veníamos haciendo fuerte lo de talla y peso.

¿Cuándo retomamos lo de talla y peso? Nosotros conseguimos en el 2010 tres mil cupos en el Argentina Trabaja y decidimos organizar a esos compañeros en cuadrillas por áreas, entonces volvemos a reflotar fuerte la organización de las áreas del movimiento. ¿Que decimos? Decimos que hay un montón de compañeros y si a todos los abocamos a que barrieran las calles era como desaprovechar esa fuerza organizada, ese recurso humano. Entonces nosotros proponemos que se organicen en cuadrillas de género, de salud, de educación y de la cuestión más de medio ambiente o estructural, de construcción, ese tipo de cosas” (Barrios de Pie - Referente Nacional Área de salud).

Por ello, el trabajo de las organizaciones que desarrollan procesos de organización en los territorios tiende a la creación de nuevos sujetos e identidades pero también de **certidumbre y sentido** (Revilla Blanco, 1996), siempre en la articulación de un proyecto social y político. Si bien aún queda pendiente la articulación de diversas experiencias de este tipo, se está avanzando en este sentido al proponer instancias de articulación mayor con organizaciones que apuntan a objetivos similares y en muchos casos a los mismos sujetos. Aquí podemos mencionar la experiencia del Frente en sí (como conjunto de organizaciones de distinto tipo con criterios afines), los intentos de articulación en la COMPA (Coordinadora de Organizaciones y Movimientos Populares de la Argentina)¹²⁷, por ejemplo, y ahora la fusión de una parte del FPDS-CN con Marea Popular¹²⁸ (que ya nuclea a varios grupos que participaron de la COMPA) y otros grupos más pequeños.

Pero también la articulación de Barrios de Pie y Libres de Sur con distintos grupos en las alianzas establecidas de cara a las disputas electorales. Aunque éstas en su mayor parte no persistan pasadas las elecciones, dejan entrever su voluntad de articulación e incidencia.

¹²⁷ La COMPA funcionó durante el período 2009-2012.

¹²⁸ Dicha fusión recibió el nombre Patria Grande, nombre que en un principio tuvo la herramienta electoral constituida desde el FPDS-CN. Aquí es importante señalar que no todo el FPDS-CN se fusionó en Patria Grande, sino que quedan varios sectores dentro del FPDS-CN.

Estado y procesos de disputa

Desde las organizaciones se piensa al **Estado** como garante de derechos y articulador de intereses y demandas, pero a su vez como ámbito en el que se desarrollan procesos de disputa.

Se afirma junto con García Delgado (2011) que el Estado se expresa en un sistema político, por lo cual para asegurar su continuidad, no puede basar su poder exclusivamente en la coacción, en el uso de la fuerza, sino que también debe generar consensos. Y a su vez, el Estado se desenvuelve como una relación social y como un vínculo entre los diversos actores sociales, debiendo articular los intereses de la sociedad y canalizar las demandas de los distintos sectores sociales. Es aquí donde adquieren importancia las mencionadas instancias de negociación con distintos actores sociales.

Es necesario recordar que luego de la crisis social, política e institucional de 2001-2002 en nuestro país, el rol del Estado debió redefinir su relación con las organizaciones sociales y políticas, y éstas debieron reacomodar sus acciones y estrategias frente a un Estado con un rol más protagónico y activo. En este sentido creemos, retomando a Gradín y De Piero (2011), que las organizaciones se vieron atravesadas por dos procesos: por un lado, dicha redefinición del Estado y de las políticas públicas, y por otro, el cambio y la heterogeneidad de la demanda.

Desde las organizaciones se subraya que las acciones realizadas no intentan sustituir las acciones realizadas desde el Estado sino que refuerzan la idea de la salud como un derecho a ejercer pero también a demandar su cumplimiento. Las acciones realizadas en los barrios conforman un capital importante para la disputa política que se pretende dar y para las negociaciones con actores del Estado. A través del reclamo y la negociación se demanda que el Estado garantice el cumplimiento de los derechos, y a su vez, las organizaciones disputan espacios de gestión. En paralelo se fueron consolidando otros espacios de disputa, todos ellos atravesados por una marcada perspectiva de derechos, entre los que podemos mencionar el reforzamiento de las iniciativas en los territorios, las prácticas de educación popular, los emprendimientos productivos, las articulaciones con instituciones y organizaciones tanto a nivel local como regional y nacional, la integración de distintos sectores y la fuerte presencia en el ámbito universitario.

En las prácticas de las organizaciones, la política y lo político se entrecruzan y dialogan constantemente. Por un lado las acciones de las organizaciones se inscriben en el ámbito de *lo político*, referido al espacio de conflicto, poder y antagonismo, a lo instituyente (Mouffe, 2007a), puesto que apuntan a la institución de nuevas prácticas y sentidos en torno a la salud, de nuevas relaciones de poder. Por otro lado, se inscriben cada vez más en el ámbito de *la política*, referida a las prácticas e instituciones de la política convencional, a lo instituido (Mouffe, 2007a) particularmente a través de la disputa en el terreno electoral.

La disputa política se realiza también desde **espacios institucionales** para poder incidir en salud. Por eso, entre otras cosas, se gestionan espacios de formación en ámbitos universitarios, como son las cátedras libres o las propuestas de seminarios optativos, e incursionan en el terreno tradicional de la política, que es el ámbito electoral. Esto implica disputar desde los marcos de acción propuestos, pero con objetivos distintos a los hegemónicos.

“Lo que si para nosotros también es importante empezar a, por ejemplo de lo institucional la cátedra también institucionalizarla, ¿no? Pensar en poder de alguna manera ajustarla a lo que sería un seminario optativo, algo que nos de también un marco, empezar a, también en esa línea disputar formación en lo que es la Facultad. Porque si, por supuesto que la denunciemos, reclamamos y demás, pero también si no vas ocupando esos lugares o las grietas por donde te permiten, te quedás un poco en la nada, y también es difícil montarlo, digamos, entonces ir transitándolo y haciéndolo realidad es lo que te va a permitir, obviamente no lo hacemos solamente nosotros, siempre es con otros” (Integrante 1 del Espacio de Salud de la regional La Plata del FPDS).

“Para mi es muy importante que nosotros primero ocupemos lugares en espacios legislativos municipales, y estando ahí poder meter temas que den respuesta a problemas de los vecinos, o sea que en este punto... por ejemplo, en Matanza, que tenemos una concejala. Bueno, la concejala está metida de pies y cabeza, discutiendo lugares que se están cerrando, como la maternidad, no hemos presentado un proyecto como este de La Plata, que tiene más que ver con construir espacios de participación popular en los barrios, ¿no? La gente discutiendo la situación de la salud, son consejos de salud

barriales. Esa experiencia no la hicimos, la verdad deberíamos hacerla, me parece que ha tenido más que ver con un déficit. No le hemos hecho porque ha sido un déficit” (Barrios de Pie - Referente Nacional Área de salud).

Como se señaló en el capítulo 1 de esta tesis, la salud es un área en la que los gobiernos de Néstor Kirchner y Cristina Fernández han implementado diversas políticas, pero sin avanzar en cambios de fondo en el sistema de salud. Se ha avanzado con políticas en distintas áreas sociales, y es justamente este avance y las trayectorias de disputa de las organizaciones lo que posibilita que se ejerza más presión para modificar la situación en salud.

Es importante recordar que si bien se implementaron varias políticas que inciden en el campo de la salud, entre las que cabe mencionar el Plan Nacer/Sumar, el Remediar/Redes, la Asignación Universal por hijo/a y embarazo, y demás programas que apuntan a mejorar la atención y lograr el acceso a ciertos insumos, lo que se cuestiona desde las organizaciones es que las acciones del gobierno nacional en este campo no proponen cambios de fondo en la estructura del sistema de salud.

Por ello, además de articular con organizaciones con línea política afín, ambas organizaciones adhieren a “los 22 puntos por la salud de la República Argentina en el Bicentenario”, elaborados desde el Foro Social de Salud y Medio Ambiente de Argentina en el que confluyen distintas organizaciones sociales y políticas, cátedras universitarias y otros actores sociales que participan del campo de la salud. Dentro de esos 22 puntos se contemplan distintas acciones en el marco de una posible reforma del sistema de salud.

“Porque la propuesta de ley nos pareció muy buena, que abarcaba un montón de puntos y que teníamos que ir por ahí, de alguna manera ocupar ciertos lugares institucionales, que nos permitieran meter algo de línea en lo que es la salud que queremos. Que realmente esos 22 puntos iban perfecto con nuestra forma de entender la salud, así que desde la concepción, la definición de salud que toman hasta los diferentes puntos que abarcan, incluso la precarización laboral o bueno, son muchos los puntos en los que estábamos de acuerdo, también en relación a salud mental, a la medicalización de la vida, el lugar de

industrias farmacéuticas”(Integrante 1 del Espacio de Salud de la regional La Plata del FPDS).

Retomando la conceptualización de De Certeau (1996), se puede decir que las organizaciones se posicionan en el campo de la salud desde el lugar de la táctica. Realizan un proceso de disputa por otros sentidos y otras prácticas en torno a la salud, a partir de las reglas de juego propuestas, utilizando saberes y herramientas propios de la biomedicina -y por lo tanto legitimados-. Pero lo hacen con otros objetivos, resignificándolos, dotándolos de otros sentidos más vinculados a la integralidad de salud como abarcadora de distintos aspectos, a la transversalidad, a la construcción colectiva y fundamentalmente a la disputa política. Y a partir de allí van definiendo estrategias a largo plazo.

Otra cuestión importante a remarcar es el **diálogo constante entre reclamar y proponer**. Es un proceso dialéctico en el que lo reivindicativo está vinculado al reclamo por aquello que falta o es necesario mejorar. Lo constructivo está vinculado a generar nuevas instancias de encuentro, articulaciones, proyección política a partir de la salud. Se apunta a trascender los espacios propios de las organizaciones para pensar instancias más abarcativas, que incluyan a distintos sujetos y organizaciones.

“...Y la idea es un poco cual es la política, como Espacio de Salud dentro del territorio, y por ahí un poco, un poco no, bastante, la política dentro de territorio del Espacio es poder proyectar política, proyectar salud a partir de ejes de lucha que puedan servir de ejes de lucha, para cada barrio. Ya sean ejes de lucha reivindicativa o ejes de lucha a construir” (Integrante 3 del Espacio de Salud de la regional La Plata del FPDS).

“... Por qué no llega la ambulancia, porque la calle está rota, quien es el responsable de eso, el responsable es el Municipio, porque el Municipio no lo arregla, muchas veces porque no te reconoce como barrio por ser un asentamiento. Reclamamos al Municipio que nosotros tenemos derecho a tener una calle, en el cual entra la ambulancia, y a partir de eso, tener una calle en condiciones para que cuando pase algo, la ambulancia pueda llegar. Ese sería lo reivindicativo. Y lo de construcción, puede ser un ejemplo a través de proyectar política desde ese Espacio hacer una mesa barrial por ejemplo, donde se encuentran las instituciones, que por ahí en “El Comedor” no lo hemos hecho todavía

porque no estamos en la etapa todavía como para poder hacer esa proyección política. Pero si se hace en otros barrios donde se proyecta por ejemplo, política de Espacio, es una mesa barrial donde cuentan con distintas organizaciones, distintas instituciones del barrio, o se laburan otros temas como pueden ser articular con las salitas por ejemplo y crear un Espacio donde que se consulta por la violencia de la mujer por ejemplo, tener una referencia en el comedor a partir de un laburo de Salud. O laburar el eje de la medicalización, y laburarlo como un productivo de plantas medicinales como se labura en otros barrios” (Integrante 3 del Espacio de Salud de la regional La Plata del FPDS).

Aparece con fuerza la idea de que los/as participantes de estos espacios se reconozcan como **sujetos políticos**, capaces de lograr cambios palpables en el barrio, más allá de la formación y la problematización. La mencionada **disputa política en torno a salud** se da reconociendo las fortalezas y recursos con los que se cuenta y fundamentalmente las particularidades de los contextos locales. Es por ello que se elaboran distintas estrategias para intervenir y se articula con distintos actores, siendo el Centro de Salud de cada barrio un actor central.

7 -LA DIMENSIÓN SIMBÓLICA DE LAS PRÁCTICAS EN SALUD

En el capítulo 2 se expresó, que toda práctica social contiene una dimensión significativa que le da su sentido y la constituye (García Canclini, 2008; Martín Barbero 1987, González Sánchez, 1994). Por ello, asumiendo que no pueden pensarse las prácticas sociales separadas de la dimensión simbólica, aquí son separadas sólo a efectos analíticos.

Como se mencionó anteriormente, el análisis de las prácticas en torno a la salud de las dos organizaciones da cuenta de la multiplicidad de sentidos puestos en juego. En este capítulo se abordan los sentidos que los integrantes de las organizaciones asignan a la salud y que se desprenden de las prácticas en torno a la salud. Los sentidos son siempre pensados en relación, son sociales, históricos (García Caclini, 1997) y son los sujetos quienes los sustentan (Guber et al, 1986).

Su desglosamiento da cuenta de los múltiples aspectos que involucran, entre los que se pueden mencionar: una concepción amplia de salud que permite incluir distintas problemáticas; la vinculación/desvinculación con la perspectiva biomédica; la salud como un proceso de construcción colectiva; la salud como eje de disputa política que apunta, por un lado, al fortalecimiento de los procesos de organización colectiva en los distintos territorios; y por otro lado, a la disputa a partir de la apropiación y resignificación de prácticas de la biomedicina.

Se desarrollan primero los aspectos comunes para luego indagar en aquellos diferenciales de cada organización con el fin de avanzar en la comprensión de la perspectiva de cada una, no de establecer una comparación entre ambas.

Se entiende con Delfino (1998) que el sentido de las experiencias es producido, por un lado, por la posición del sujeto o el grupo en relaciones concretas y, por otro, por la relación de los sujetos con esas condiciones y sus posibilidades de percepción y acción histórica. A través de sus producciones simbólicas los grupos se reconocen a si mismos como tales y a su vez formulan esas relaciones en términos de experiencias compartidas y de probables antagonismos con otros grupos.

Se presenta aquí una forma de abordaje y de organización de los sentidos que los integrantes de las organizaciones le asignan a la salud, que da cuenta del entramado simbólico que constituye y atraviesa a las practicas analizadas. Dicha trama se va modificando a través de las interacciones y negociaciones de los sujetos que ocupan diferentes posiciones en contextos sociales, históricos y políticos específicos. Esta afirmación encuentra su correlato en la dinámica misma de los procesos sociales, y especialmente en los mencionados procesos de cambio, reagrupación y reorientación/redefinición del horizonte político que las organizaciones atravesaron en los últimos tiempos.

7.1- Salud integral: proceso de construcción colectiva

Concepción integral

Ambas organizaciones se posicionan desde una **concepción integral de salud**, que incluye factores socioambientales, condiciones de vida, alimentación, trabajo, vivienda, educación, etc., diferenciándose de la mirada biomédica centrada en la enfermedad y curación.

Aquí es importante señalar que desde Organismos Internacionales también aparece la idea de integralidad pero la perspectiva desde la que se posicionan es diferente. Desde la OMS (Organización Mundial de la Salud) se propone que “la salud es un estado de completo bienestar físico, mental y social, y no solamente la ausencia de afecciones o

enfermedades”.¹²⁹ Esta definición, que en su surgimiento amplió significativamente el concepto de salud, ha recibido innumerables críticas, entre las que se pueden mencionar su apreciación básica de bienestar, su ahistoricidad y apoliticidad (Ferrara, 1985).

“...disputar la idea médico hegemónica de la salud y pensarla un poco como una salud integral, que abarca un montón de planos, no sólo el de las patologías, las enfermedades y relacionarlo con las condiciones socio-ambientales, las condiciones de vida” (Integrante 1 del Espacio de Salud de la regional La Plata del FPDS).

“Uno de los criterios que nos dimos este año fue participar regularmente en las asambleas que se hacen en los barrios, o sea, de los barrios que estamos como espacio de salud. ¿Por qué? Porque creemos que ser militante de salud no es nada más que quedarse en tu área salud, sino que justamente la salud implica atravesar también otro montón de cuestiones, y creemos que para laburar salud integralmente necesariamente tenemos que estar empapados de las discusiones que surgen en los territorios para poder laburarla integralmente, no puede haber una toma en el barrio y como salud no tener una posición o no estar presente en esa toma, por ejemplo; o, si se da otra lucha digamos no podemos estar escindidos de eso, sino no estaríamos laburando salud, estaríamos limitando mucho el laburo”(Integrante 2 del Espacio de Salud de la regional La Plata del FPDS).

Desde la perspectiva de las organizaciones el **dialogo de distintos saberes** aparece como un requisito fundamental para que el abordaje sea integral. Para trabajar en los barrios problemas de salud, ambas organizaciones se posicionan desde la educación popular en la cual ninguna persona tiene el saber absoluto sobre un tema determinado, sino que se discute y se construye conocimiento recuperando las experiencias de todos/as los/as participantes. Esta lógica de funcionamiento, vinculada a la educación popular, a considerar las necesidades, demandas y potencialidades de los/as participantes, y a la búsqueda de soluciones colectivas a los problemas, es la forma de trabajo de las dos organizaciones en general, que trasciende el área/espacio de salud. En el caso del EdS-FPDS se relaciona con la concepción de sujeto popular multisectorial. Aparece con fuerza la idea de **socializar los saberes médicos y de hacerlos comprensibles** a los distintos

¹²⁹ <http://www.who.int/suggestions/faq/es/>

sujetos, de partir de las necesidades, intereses, deseos de los/as participantes.

“Nosotros lo que planteamos es laburar Salud, trabajar Salud a partir de las necesidades de las personas que vienen a la reunión. Nosotros tratamos de hacer entender que ese espacio, no es un espacio nuestro de llevar una propuesta, sino que es un espacio de todos los que participamos, y que ese espacio lo hacemos todos los que participamos y que la política de ese espacio se la damos todos los que participamos. Entonces se trata a partir de las necesidades que traen todos y hacemos un taller por ejemplo como hicimos este año, cuando llegamos a “El Comedor”. De decir ‘bueno, trabajemos a ver qué entendemos por salud’ creo que fue el primer taller, a través de los dibujitos, las revistas, qué se yo. Y una de las cosas que salió, ahí salió varias cosas, salió el tema de la basura, salió el tema del espacio par a los chicos, salió el tema de enfermedades respiratorias, y como que la propuesta fue evaluar si a ellas [las integrantes del comedor] les interesaba trabajar esos ejes que habían salido” (Integrante 3 del Espacio de Salud de la regional La Plata del FPDS).

Es importante recordar que los sentidos que se construyen y ponen en circulación están en relación con los sentidos hegemónicos sobre la salud. Así, la construcción de sentidos implica una serie de esquemas interpretativos que suelen operar sobre otras formas preexistentes o copresentes de nombrar y ordenar el mundo (González Sánchez, 1994).

Por ello, el cuestionamiento o la apropiación de **herramientas de la biomedicina** tiene un lugar central. Más allá de mencionar que la biomedicina mantiene su legitimidad en las acciones de salud, lo interesante es ver cómo se utilizan sus herramientas y saberes, cómo resignificadas se convierten en elementos para la disputa política.

En el caso de Barrios de Pie, esta relación puede observarse más nítidamente, puesto que desde el área de salud de la organización se apropian de instrumentos legitimados por la biomedicina en relación a la salud nutricional para a partir de ello dar la disputa política. Este aspecto se desarrolla con más detenimiento en el apartado 7.2.2.

En contraposición, desde el espacio de salud del FPDS queda en claro la idea de salud desvinculada de las herramientas biomédicas, disputando la mirada hegemónica sobre la salud, soslayando lo asistencial y poniendo el foco en aquellos espacios y/o temas que la biomedicina no atiende o deja en segundo plano. Se apoyan en el concepto de

transdisciplina, en el cual los saberes disciplinares se desdibujan en el abordaje de las problemáticas.

“Creemos que para trabajar la salud de manera integral, se tiene que hacer necesariamente de manera interdisciplinaria o transdisciplinaria. Y también creemos que es importante para laburar salud, laburar las cuestiones de género y está bueno que haya, digamos, que no sean dos hombres y dos mujeres sino como que está bueno que esté la variedad” (Integrante 2 del Espacio de Salud de la regional La Plata del FPDS).

Como señala Grimberg (2005) entre las primeras iniciativas en torno a la salud que se realizaron desde las organizaciones de desocupados estaba la constitución de equipos de salud encargados de un botiquín para la atención en las marchas y cortes de ruta, y también para accidentes que pudieran ocurrir en los grupos de trabajo en los emprendimientos.

Desde el espacio de salud del FPDS se plantea la disyuntiva ante la idea de ocuparse del botiquín en las marchas, puesto que eso implicaría vincularse a una idea de salud centrada en lo curativo. Pero, ¿cuál es la función de un espacio de salud? Estos espacios que se fueron constituyendo aún no terminan de definir cuáles son sus tareas y son permeables a las demandas de otras áreas de la organización. Según la dinámica de cada organización va a adquirir determinadas características. Pero ¿Desde dónde desvincularse de la concepción hegemónica de salud asociada a lo biomédico y empezar a construir estas prácticas de salud no hegemónicas? En algunos casos se toman las actividades vinculadas a prácticas legitimadas por la biomedicina (la construcción del botiquín, el fichaje médico, etc.) para a partir de allí empezar a problematizar otros temas y a construir nuevas prácticas; y en otros casos se rechazan estas prácticas, y se promueven otras diferentes.

“Yo creo que es por el tema de la salud en sí misma. Creo que es un tema que está... O no se comprendía la forma de entender la salud, entonces quedaba exclusivamente en una demanda de ver quién se ocupaba del botiquín en las marchas. Tuvimos tanta resistencia a ocupar esos lugares que incluso es el día de hoy que no nos ocupamos del botiquín en las marchas cuando es algo que tendría que garantizar el espacio de salud, ¿no?”(Integrante 5 del Espacio de Salud de la regional La Plata del FPDS).

“Porque finalmente después de tantas discusiones no lo terminamos haciendo y nos parece que es desgastar esfuerzos en que en cada marcha haya un botiquín cuando en realidad el botiquín lo podría llevar cualquier espacio, y nos parece que realmente no es esa nuestra función y que ocupar esos lugares en los que después de alguna manera se genera una dependencia. No nos parece nuestra lógica. Incluso coordinamos con movimientos bastante afines a nosotros que tienen otra lógica, que han montado salitas, han montado consultorios en los barrios y demás. Nosotros en general siempre nos resistimos mucho a esa práctica. Digamos nos parece que en realidad tenemos que construir la salud entre todos y que todos puedan ser esto: trabajadores de la salud, promotores de la salud, en diferentes medidas. Entonces tenemos que generar recursos entre todos. Sin duda que si hay alguien que tiene que estar con el botiquín en la marcha puede ser el espacio de salud, y es algo que es necesario, por lo tanto es una respuesta de asistencia de alguna manera, pero que se puede dar. Nosotros ya te digo, arrancamos cuestionando esto, así que bueno, fueron otras las construcciones que fuimos dando” (Integrante 1 del Espacio de Salud de la regional La Plata del FPDS).

Un punto central de diferenciación entre las organizaciones está vinculado al rol de las organizaciones sociales en tanto creadoras y sostenedoras de estructuras paralelas a las gestionadas desde el Estado, como son los Centros de Salud. Grimberg (2005) señala que en el contexto de movilización social próximo al 2001, gran parte de los agrupamientos de trabajadores desocupados desarrollaron, con distintas modalidades, iniciativas vinculadas al acceso a la atención médica. Señala que algunos centros se iniciaron con personal de salud con vinculaciones políticas, para demandar luego su incorporación al sector público de salud.

Pasado el contexto de movilización, estas iniciativas de apertura o sostenimiento de centros o postas sanitarias continuaron por parte de varias organizaciones, visibilizando modos de entender la salud y el rol de las organizaciones sociales para garantizarla.

Desde el EdS-FPDS se plantea una posición contraria a estas prácticas, puesto que si bien se reconoce que en muchos territorios la instalación de centros de salud o postas sanitarias gestionadas por organizaciones sociales constituye un gran aporte a la población, a la vez

se está cubriendo una tarea que en realidad le corresponde realizar al Estado. Así, el rol de las organizaciones estaría más vinculado a exigir que las estructuras existentes funcionen de mejor manera, que cuenten con la infraestructura y los recursos materiales y humanos correspondientes y a articular con distintos actores en pos de estos objetivos.

“Muchas organizaciones, de alguna manera para salir del paso o para lograr una salud distinta, porque la realidad es que muchas veces vos vas a la salita y te atienden, pero te atienden mal, entonces para trabajar como uno quisiera de pronto montan un consultorio. Un compañero de otro movimiento en la Carrillo contaba que ellos no sólo atendían situaciones de violencia y hacían consejería pre y post aborto, que montaron su propio consultorio, sino que muchas veces terminaban alojando a las compañeras en sus propias casas. Bueno, a nosotros nos parecen terribles todas esas cuestiones, no solo porque se minimizan un montón de cuestiones importantes de seguridad, de riesgo, sino que además nos parece que no es la función de un movimiento social, que no es ir armando las diferentes cosas como nos gustaría e ir armando nuestro propio gueto, sino al revés ir disputando esto en los lugares institucionales que corresponderían, por eso nuestra participación en el espacio del foro y demás ¿no?” (Integrante 1 del Espacio de Salud de la regional La Plata del FPDS).

Desde Barrios de Pie se han montado postas sanitarias en distintos territorios (aunque no en el barrio relevado) e incluso se ha lanzado en 2010 una campaña nacional de instalación de postas sanitarias en distintas provincias del país, entendiendo que es necesario cubrir una necesidad de prevención y promoción de la salud, de formación y discusión, que desde el Estado no se cubre del modo que la organización lo considera necesario.

Proceso de construcción colectiva

Entender a la salud de manera integral refiere también a pensarla como un proceso de construcción colectiva. En los relatos de los integrantes de las organizaciones aparecen reiteradamente estas dos ideas centrales: **proceso y construcción colectiva**.

“En general lo que nosotros planteamos, primero es que la salud es un problema de construcción colectiva, y que es integral, entonces vos no podés fragmentar y decir “bueno

hoy me ocupo de las adicciones, mañana me ocupo del dengue, pasado”... en general nosotros deberíamos poder dar una respuesta integral, lo que nos pasa es que bueno, te tapa la urgencia, te tapa lo coyuntural”. (Barrios de Pie - Referente Nacional).

“Yo creo que implica eso, cómo entender a la salud como un proceso y como una construcción, como atravesada y atravesadora de otro montón de ejes, como puede ser juventud, como puede ser niñez, como puede ser tierra y vivienda y desplegar estrategias para mejorar la situación en la que se encuentran todos eso ejes”(Integrante 2 del Espacio de Salud de la regional La Plata del FPDS).

Pensar a la salud como un proceso, como una construcción, implica **trascender los problemas físicos-biológicos**. Implica problematizar las nociones sobre salud para dar cuenta de otros temas que operan pero que, según desde donde se esté pesando la salud, no se identifican a priori.

“Siempre que arrancamos a laburar en un territorio, empezamos por problematizar la concepción de salud. Casi siempre los compañeros y compañeras traen una concepción de salud que es bastante limitada, en el sentido de que se entiende por salud lo meramente físico o tal vez llega a abarcar también lo mental pero como una cuestión estática no como un proceso, no como una construcción y así es como la entendemos nosotros... y nosotras. Entonces, en un principio tratamos de laburar eso, qué es la salud para todos y para todas, y generalmente a partir de la problematización de eso, salen ciertos ejes a laburar, que tienen que ver con la demanda de los compañeros y compañeras del barrio, digamos. Y, las temáticas surgen de ahí, o sea, de las necesidades concretas, de las ganas, de lo que sucede en el barrio, de los compañeros y los compañeros del barrio” (Integrante 2 del Espacio de Salud de la regional La Plata del FPDS).

A partir de ello, aparece fuertemente la **tensión entre lo individual y lo colectivo**, tensión que se visibiliza constantemente. Aquí subyace la idea de que garantizar la salud es una responsabilidad del Estado, pero a su vez es importante la participación de toda la sociedad en la construcción de la salud. Por ello se señala que la salud es un problema de todos/as, no es algo que sólo les compete a los/as médicos/as. Esto implica abogar por una concepción de salud distinta a la hegemónica, disputar un modo de entender tanto la salud, como el sistema de salud.

“La Facultad nos enseña o esta concepción bien hegemónica nos enseña que Salud es sinónimo de médico. Y como que re cuesta deconstruir eso, a nosotros mismos nos costó. No fue de un día para otro dijimos ‘bueno, pero Salud puede laburar alguien que no sea médico’ no, te lleva tiempo de crecimiento, de discusión, de problematizar” (Integrante 3 del Espacio de Salud de la regional La Plata del FPDS).

“Fomentamos la salud como un proceso colectivo, de construcción colectiva, como una responsabilidad del Estado pero como un problema de todos y todas las vecinas, o sea que no se reduce a los médicos sino que tiene que ver con un problema de la comunidad, del barrio en general, de la totalidad de las personas, sean lo que sean. O sea la salud es un proceso de construcción colectiva” (Barrios de Pie - Referente Nacional).

“Claro, pero que puede ser incluso esto, digo, poder favorecer que la gente tenga su vivienda, es estar trabajando en pos de una salud de la comunidad. Una salud en términos amplios, de alguna manera la violencia, es difícil y está buena la pregunta porque también me parece que hay que explicarla. Yo muchas veces me enojo cuando se piensa que la violencia hacia la mujer o la violencia de género es un problema de salud de la mujer, no? En términos de pensarlo como un posicionamiento patológico de ella. Yo no lo pienso así, lo pienso como una problemática social, pero lo pienso como problema de salud que tenemos como sociedad, que hay que resolver, desde cualquier ámbito de salud, como salitas y demás, como otros efectores de salud que tal vez no son los clásicos que uno piensa” (Integrante 1 del Espacio de Salud de la regional La Plata del FPDS).

La concepción amplia de salud, permite incluir otras temáticas dentro de las acciones del área/espacio de salud, variando en función de la construcción política y de la proyección de cada organización. Así, la salud aparece como **un eje transversal** que atraviesa otras temáticas, y como se desarrolló en el punto anterior, se piensa en relación a otros derechos que se consideran vulnerados. Esto tiene vital importancia, puesto que la perspectiva de derechos es también el marco actual desde el cual se elaboran desde el Estado las políticas públicas en general.

Pensar a la salud como un eje transversal es central porque la convierte en un eje estratégico para abrir posibilidades de coordinación o articulación con otras organizaciones e instituciones afines, y desde las organizaciones es reconocido de esa manera.

“Por qué salud, más o menos lo que decíamos... por qué salud y por qué salud a partir de una organización me parece también que es interesante. Esto que contábamos en la exposición de la [Cátedra libre Ramón] “Carrillo”¹³⁰, como que salud es un eje estratégico porque es un eje transversal, digamos, no podés pensar a la salud sin pensar en tierra, vivienda, niñez, digamos, en todos los otros ejes reivindicativos, y a su vez, todos esos ejes reivindicativos están atravesados por la salud, implican la salud. Entonces, esa transversalidad del eje lo hace muy estratégico porque te abre posibilidades de coordinación, por ejemplo... no sé si el eje de juventud podrían haberlo coordinado a partir de tierra y vivienda, tal vez si pero necesitás mucha más imaginación para hacerlo. Digamos que laburar salud te hace más fácil eso, como que te abre muchas más posibilidades de coordinación más claras que tal vez, otras posibilidades de coordinación, y está buenísimo por eso y... eso básicamente como un eje de estrategia” (Integrante 2 del Espacio de Salud de la regional La Plata del FPDS).

Como se mencionó anteriormente, la salud se piensa en relación con otros derechos, y en relación a otros temas/problemas que se transforman en ejes reivindicativos. Pensar los distintos derechos de manera articulada permite moverse en un espectro más grande de posibilidades y plantear una disputa mayor. La transversalidad del eje salud es estratégica para posibilitar coordinaciones con otros espacios y justamente trabajarlo desde una organización social permite esta flexibilidad. Asimismo, esta flexibilidad es la que posibilita abordar distintas temáticas.

“Y al laburar desde una organización social que realmente puede dar respuestas o generar cuestiones en torno a la salud desde la perspectiva en que nosotros entendemos la salud, porque si vos lo vas a laburar dentro de una institución es muy distinto, o sea, son otras concepciones de salud las que se manejan, mucho más acotadas, mucho más limitadas y que no te permiten laburarlo de esta manera amplia digamos, no cabría dentro de una institución formal de salud, a partir de salud, generar un proyecto para jóvenes, salvo que sea de charlas sobre adicciones para jóvenes... en cambio laburarlo desde una organización social abre la posibilidad de otra cosa, o sea, nosotros como espacio de salud en “El Comedor” incentivamos, si se quiere, la creación de un espacio de baile para

¹³⁰ Se refiere a la presentación realizada por integrantes del EdS-FPDS Regional La Plata en el marco del panel “Experiencias populares de salud en Nuestramérica” de la Cátedra Libre Ramón Carrillo en la Facultad de Medicina de la UNLP el 26 de octubre de 2012.

jóvenes, que es un proyecto que tiene sentido dentro de nuestra organización que se haya impulsado desde salud por nuestras concepciones de salud, y como la entendemos y como la ponemos en práctica, pero dentro de una institución si vos vas y presentas un proyecto formal como médico y decís que querés coordinar un taller de reggaeton no te lo aprueban, no sé cómo explicarlo de manera más práctica. Pero sería eso, como que se manejan otras concepciones, y las concepciones que se manejan dentro de una organización social hacen que el laburo en salud pueda ser mucho más amplio e integral” (Integrante 1 del Espacio de Salud de la regional La Plata del FPDS).

“Yo creo fundamentalmente que es necesario trabajar no solamente salud, nosotros lo que tenemos que ir a recuperar es el tema de derechos que se han vulnerado, acá hay una situación de derechos vulnerados, hay una deuda en salud, educación, fundamentalmente en salud, porque si hay un lugar donde el kirchnerismo ha hecho agua es en el tema de salud. Hay una continuidad en las políticas del neoliberalismo, hay una continuidad del aseguramiento como una política” (Barrios de Pie - Referente Nacional).

Aparece recurrentemente la crítica al sistema de salud, a las políticas en salud impulsadas por el Gobierno Nacional y a la lógica del aseguramiento fomentada por los organismos internacionales, abogando por la **transformación del sistema de salud actual**.

Como se mencionó en el capítulo de contextualización de esta tesis recuperando los planteos de Maceira (2011), el sistema de salud en Argentina se encuentra fragmentado tanto desde el punto de vista administrativo (descentralización a provincias y municipios) como por tipo de cobertura (público, seguridad social y prepagas); fragmentación que se acentuó fuertemente con la implementación de las políticas neoliberales. Lo que implica diferentes coberturas y accesos al sistema según la situación económica y laboral de la población. Esta situación conduce y refuerza las inequidades, por lo cual es tomada por las organizaciones como un eje a partir del cual impulsar cambios. Como se indicó, estos cambios no son sencillos y requieren ciertas condiciones.

“Ellos [refiriéndose al gobierno] mantienen el financiamiento del Banco Mundial en relación al Plan Nacer y al Plan Sumar, es aseguramiento, es política focalizada, no está asentado en la promoción y la prevención sino solo en la asistencia, y en una asistencia que no tiene que ver con el control de la salud, sino con la atención de la enfermedad. En

ese sentido particular nosotros como movimiento en algún punto no hemos logrado profundizar la denuncia del colapso de la salud pública, tenemos un déficit ahí, porque hay un tema que si hace agua por algún lado el kirchnerismo es en ese. La salud está absolutamente hecha mierda a nivel nacional” (Barrios de Pie - Referente Nacional).

“Nos pasa también, y es algo muy serio, que lo venimos discutiendo aunque aún es muy incipiente, con las lógicas de aseguramiento en salud, un poco tiene esta misma lógica, nos aseguramos todos, el derecho a la salud pasa a ser un seguro. De pronto la gente del barrio se puede sentir como “ahora tengo un seguro, tengo mi prepaga, tengo esto que quiero tener” y en realidad te están privatizando tu propio derecho, funciona de esa manera” (Integrante 1 del Espacio de Salud de la regional La Plata del FPDS).

En un material de promoción de la Cátedra Libre Ramón Carrillo, se expresa esta crítica al funcionamiento del sistema de salud y la manera en la que se puede empezar a modificar desde las organizaciones. *“Para el efectivo cumplimiento del derecho humano a la salud, se hace necesario construir una real estrategia de atención primaria sustentada en la prevención, que atienda los condicionamientos sociales y económicos que hacen a la calidad de vida de nuestro pueblo. Para ello, resulta indispensable una reforma del sistema actual; en manos de las corporaciones médicas y farmacéuticas, y caracterizado por la fragmentación y la mercantilización. Porque nada de esto será posible sin un pueblo organizado que lo impulse y garantice, y porque estamos convencidos de la indispensable participación popular en el diseño, gestión, evaluación y control de las políticas públicas, estudiantes de diversas disciplinas y trabajadorxs de la salud hemos visto la necesidad de conformar un espacio de debate, enseñanza y aprendizaje colectivo”¹³¹.*

Desde Barrios de Pie también se expresa la necesidad de transformación de la estructura del sistema de salud de manera contundente.

“El movimiento tiene que discutir fundamentalmente el tema de que acá hasta que no se modifique la estructura sobre la que está asentada el funcionamiento de la salud en la Argentina y en particular en la provincia de Buenos Aires, que es un modelo de

¹³¹ <http://fpds-lpberissoensenada.blogspot.com.ar/2011/08/258-catedra-libre-ramon-carrillo.html> (consultado en noviembre de 2013)

aseguramiento focalizado no hay solución para la salud. Eso es lo que hay que ir a discutir, un plan integral de salud colectiva no un plan focalizado de asistencia a la enfermedad” (Barrios de Pie - Referente Nacional).

7.2- Salud como eje de disputa política

A partir de entender a la salud como eje de lucha se intenta proyectar la construcción política en distintos espacios locales. Por ello la articulación con espacios afines tiene un lugar destacado. Sin embargo, se apunta a **fortalecer las herramientas internas y luego articular**. Es decir, primero se trabaja dentro de los comedores o espacios de la organización y a partir de allí se piensan instancias de articulación con otras organizaciones que tienen una mirada afín sobre la salud. Como se señaló anteriormente los procesos de formación de los/as integrantes tiene un lugar central.

“Primero arrancar con las herramientas que tenemos más a mano, que son las organizadas con Barrios de Pie y que eso nos sirva para despuntar otras cosas, si tenemos contacto con la salita . Por ejemplo ahí Berisso es un caso bastante particular, porque hay muy buena relación con la gente de la salita, las trabajadoras sociales, y ellas también nos tienen bien referenciados por el laburo que venimos haciendo siempre en el barrio” (Barrios de Pie - Referente Regional).

“Entonces el desafío pasa a ser, bueno, a partir de esas personas que se juntan y de ejes que son de Salud, como lográs una proyección política por ejemplo, hacia las distintas instituciones del barrio, una articulación con las distintas organizaciones. Pero es todo a pasito de tortuga. Lo que pasa es que todo se va dando a un paso muy chiquitito, porque primero necesitas lograr que la salud sea tomada como una herramienta, o como una posibilidad de lucha, y pararte como un sujeto que tiene reivindicaciones o tiene cosas para luchar a partir de la salud, y a partir de ahí si empezas a proyectarte hacia afuera”. (Integrante 3 del Espacio de Salud de la regional La Plata del FPDS).

“Capacitarnos, formarnos, hacer cosas que nos sirvan como lugares de organización, los puntos que tenemos armados ya desde Barrios de Pie, como pueden ser los comedores, apoyo escolar, pero siempre con la idea de contactar la mayor cantidad de cosas posible,

porque muchas veces en los barrios hay gente particular, individualidades, que no participan porque no conocen o porque no se sienten identificados o porque no se quieren meter o por lo que sea, pero vos haces una actividad equis y cayó por casualidad y se re engancha, y si vos no lo organizas queda boyando solo y nunca más vuelve a participar de nada” (Barrios de Pie - Referente Regional).

Desde ambas organizaciones se habla de un **sujeto político activo**, protagonista del cambio social. Por ello se trata de involucrar a los/as integrantes de los barrios en roles más protagónicos, aunque las formas de enunciarlo sean diferentes. Se habla de un sujeto con capacidad de acción y transformación. Un sujeto activo, que reflexiona, toma decisiones y tiene capacidad para transformar.

Desde ambas organizaciones se piensa, desde posicionamientos diferentes que responden a sus proyecciones políticas y a sus objetivos, en trascender la realización de talleres, incidir en los territorios, plantear las discusiones con otros actores. Por ello son fundamentales las instancias de formación en las que se discute sobre las prácticas, los contextos, la situación política y se refuerza la experiencia de construcción de la organización. Es en este sentido que se habla de *sujeto político*, con capacidad de incidir, de transformar.

“Bueno, entonces como proyectamos política y que empezamos a hacer entre todos, para que esas que son necesidades, poder saldarlas. Y además, como tomarlas, como ejes reivindicativos y de construcción, para entender a un sujeto que está participando ahí como un sujeto activo, que se mueve, que piensa, que puede salir a tomar decisiones y hacer política el mismo. No tiene que venir alguien a hacerlo por el, sino como lograr, de nosotros mismos, convertirnos en sujetos activos y que tienen herramientas y que pueden modificar lo que te rodea. El ejemplo concreto fue hacer el petitorio con todos los problemas que había en el barrio, y después utilizar la herramienta política, que es el Movimiento. Lo que se terminó haciendo es, bueno, en todos los barrios había problemas como estos. Entonces termino tomando una dimensión para todos los comedores que están en Berisso, a partir de esos 8 comedores decir, bueno, todos tenemos problemas similares, todos somos un asentamiento y la calle está rota, no tenemos iluminación, no tenemos espacios verdes. Armar un petitorio y nos movilizamos a la municipalidad concretamente y decir ‘bueno, señor intendente, esta es una necesidad que tenemos como barrio, por favor reconózanos porque somos personas y tenemos derecho a tener la calle en buenas

condiciones, como las que tiene alguien que vive en el centro. Y después lo de la otra pata que decía, que es la construcción, que no solamente queda ver en esto de ir y reclamar 'bueno, dame.' Sino también proponer, ¿no? Ir y proponer y construir política. Que no solamente sea lo reivindicativo sino ponerte activo en el tema de cómo construir". (Integrante 3 del Espacio de Salud de la regional La Plata del FPDS).

Así siempre se da ese **diálogo entre los procesos de reivindicación y los de construcción de propuestas alternativas**. Como resultado de las discusiones generadas en las actividades pueden constituirse una diversidad de demandas de recursos y acciones al Estado, pero también intervenciones concretas en los territorios, articulaciones, conformación de redes interorganizacionales, emprendimientos productivos, etc.

En este sentido se entiende con Martín Barbero (1987) que las relaciones de poder tal y como se configuran en cada formación social son producto de conflictos concretos y de batallas que se libran en el campo económico y en el terreno de lo simbólico, y es precisamente allí adonde se articulan las interpelaciones desde las que se constituyen los sujetos, las identidades colectivas. Identidades que adquieren gran relevancia al momento de pensar la relación nosotros-ellos y los procesos políticos.

El autor plantea, siguiendo a Lechner, que la cuestión de fondo entonces es que "no existe una 'solución objetiva' a las contradicciones de la sociedad capitalista, sino que se trata de elaborar las alternativas posibles, hay que elaborar y decidir continuamente los objetivos de la sociedad, y eso es hacer política" (Martín Barbero, 1987: 226). En este sentido, es que las prácticas en salud son entendidas como prácticas políticas, como se verá en el siguiente apartado.

Asumiendo que no todo es político, pero sí todo es politizable ¿de qué manera se politizan aquellas prácticas que pertenecen al orden de lo social sedimentado? Lo social sedimentado, las relaciones de poder y los sentidos cristalizados, pueden tornarse controvertidos, pueden politizarse, al mostrar la contingencia que las origina, al mostrar que hay otros sentidos que fueron excluidos. Para ello debe haber un trabajo de politización, de cuestionamiento, de disputa simbólica, de poner en circulación otros sentidos, y es justamente ese proceso es el que se realiza desde el área/espacio de salud de las organizaciones.

Más allá de todos los aspectos coincidentes que se han señalado entre las organizaciones (con las particularidades propias de los proyectos y estrategias políticas y los modos de construir relaciones de cada organización), es importante mencionar también algunos aspectos distintivos, propios de cada organización, y que se encuentran presentes en los relatos de los integrantes y en las prácticas en salud.

Así, en pos de la disputa política, para el EdS-FPDS la salud constituye una excusa para generar o fortalecer procesos de organización en distintos territorios; y para Barrios de Pie se encuentra más asociada a la salud nutricional y a la utilización y resignificación de herramientas de la biomedicina, puesto que los propósitos que se buscan no son coincidentes con los de esta última. En las páginas siguientes se desarrollan estos postulados en pos de recuperar los sentidos que construyen en torno a la salud en el marco de sus proyectos políticos y posicionamientos, no con el fin de establecer una comparación entre ambas organizaciones.

7.2.1 –La salud como excusa para generar/fortalecer procesos de organización colectiva

Desde el EdS-FPDS se entiende a **las prácticas en salud como prácticas políticas**. Los espacios de salud de los barrios se constituyen a partir de las necesidades, intereses y deseos que expresan los/as integrantes, y apunta a lograr una proyección política a partir de temas vinculados a la salud. Ese desafío requiere trabajo sostenido en los territorios.

“A lo que me refiero es a construir una perspectiva o una forma de entender la salud como una práctica política desde los movimientos sociales. ¿Los movimientos sociales cómo pensamos la salud, qué políticas empezamos a pensar en salud?, más concretamente la participación de los movimientos sociales y de sectores organizados dentro de los lineamientos y propuestas en salud. “Bueno, nosotros estamos organizados, estamos laburando salud, nos estamos proyectando en laburar salud con otras organizaciones cercanas, otras no tanto con las que nos estamos empezando a conocer, ¿cómo pensamos políticas en salud concretas?, ¿sí?, y como pensamos estrategias y cómo podemos participar dentro de los lineamientos de esas políticas”. No solamente ser meros recibidores de un sistema de salud o de un estado que da políticas o que se plantea

políticas públicas, sino también como nosotros las podemos pensar también y tener participación dentro de esas políticas, no se si una de las políticas de salud del gobierno es la Asignación a la embarazada a través del Ministerio de Desarrollo Social, bueno, como pensamos nosotros eso como una estrategia en salud. O si un centro de salud en un barrio está pensando salud para todo el barrio, bueno, como pensamos la participación, que al barrio no le llegue la política en salud desde el centro de salud, sino como el barrio empieza a participar también, tener participación y voz, y decisión, y empieza a ser un agente activo dentro de ese centro de salud también”. (Integrante 3 del Espacio de Salud de la regional La Plata del FPDS).

“La idea es participar en la asamblea y proyectar políticas desde la asamblea también. Por una cuestión de que muchas veces es difícil participar de un espacio de salud entendiéndolo escindido de lo que está pasando en el resto del comedor e incluso el resto del barrio. Porque puedes caer en esto del individualismo respecto de lo que están viviendo los compañeros. Esta bueno tener una mirada y un termómetro de lo que está pasando para el resto de las cosas que uno proyecte y no te hagan caer en una marcianada, que vos caes con una propuesta que no tiene nada que ver con lo que está pasando, o con el problema fundamental de la asamblea, y lo más seguro es que no tenga respuesta. (Integrante 3 del Espacio de Salud de la regional La Plata del FPDS).

Previo a pensar un trabajo en salud se realiza una **lectura del territorio** que implica conocer qué está pasando, que actores intervienen, qué temas preocupan o necesitan ser abordados para pensar una estrategia integral que articule a distintos actores y niveles, que combine la dimensión de lo territorial con un nivel más macro.

La salud aparece como un **punto de partida** para trabajar otros temas o para lograr objetivos más amplios como generar o reforzar los procesos de organización en los barrios. A través de temas de salud se ponen en agenda otros temas/problemas, y esto ocurre en distintos ámbitos.

“El tema de la “Carrillo” también estuvo bueno, como incidir así en poner en agenda otros temas que no son los académicos o hegemónicos de la facultad sino poder mostrar otra cosa poder formarnos desde otro lado... eso también yo creo que ha tenido bastante incidencia...” (Integrante 2 del Espacio de Salud de la regional La Plata del FPDS).

“Claro, es como un punto de partida, lo que nos interesa es generar organización, por eso también la participación en la asamblea, por eso también la participación en las mesas, por eso también la participación en la territorial, por eso también abrir un espacio de Jóvenes, por eso también participar en el plenario de Berisso, por eso también las reuniones con niñez, jóvenes y salud, por eso miles de reuniones que se van dando todos los días, porque si no es una mentira, es una mentira pensar que puedes laburar salud y solamente...” (Integrante 6 del Espacio de Salud de la regional La Plata del FPDS).

“O sea que modificas laburando solamente un taller de sexualidad dentro de cuatro paredes, que estas modificando si eso se queda ahí, nada, no estás modificando nada, estás problematizando cuatro compañeras que están participando ahí. Creo que el desafío es cómo problematizarte con esas cuatro compañeras, proyectar políticas hacia afuera de esas cuatro paredes, articulando con el barrio, logrando que el barrio también pueda participar de eso, articulando con otras instituciones, la salita, la escuela, otras organizaciones sociales y como fortaleciendo la organización en otra instancias, las mesas, las asambleas, la territorial, los plenarios, y pensando las cosas que piensa ya no el barrio, sino las cosas que piensa todo Berisso. Si en Berisso se está pensado que la problemática es jóvenes, la principal problemática, porque en todos los barrios pasa lo mismo porque los jóvenes se juntan en la esquina y la droga está ahí cerca, bueno, la salud es importante, pero tenés que darte estrategias en otras cosas también...” (Integrante 3 del Espacio de Salud de la regional La Plata del FPDS).

Aparece entonces fuertemente la salud como un **tema a partir del cual fortalecer la organización en el barrio**. Así, se expresa directamente que se apunta a generar organización a partir de trabajar temas de salud. El objetivo es, por un lado reforzar aspectos relativos a las relaciones entre los/as integrantes y las proyecciones colectivas, y por otro, trascender el espacio del comedor y de la organización en el barrio, articular con otros actores del barrio y de la localidad en general. Conformar redes, de modo de ampliar la incidencia y que las intervenciones tengan más fuerza en lo que refiere a la salud colectiva, pero también en lo que refiere a propiciar otras relaciones y prácticas en pos del cambio social.

“...bueno, nosotros, un sinónimo de Salud es organización. Que la gente esté organizada y que se pueda juntar, que puedan decidir, que pueda discutir. Eso para nosotros es

sinónimo de Salud. Organización. Entonces lo que hacemos es fortalecer la organización, que se junten los vecinos, pero bueno, eso te lleva todo un laburo. Que los vecinos se puedan juntar, que puedan tener una reunión semanal, que empiecen a ver qué se puede decidir, que se puede hacer desde ahí. Y ese en cierta forma es un laburo de Salud, no es un laburo de Salud que se entiende cuando pasas por la facultad. Pero después de muchas discusiones terminas entendiendo que es Salud que los vecinos se junten y se organicen. Por ahí es propio de Salud un taller de sexualidad, es propio de Salud algún taller de enfermedad respiratoria, pero para llegar a eso primero necesitas que los vecinos estén organizados. Entonces el laburo de Salud va tomando las características de las necesidades que tiene el propio comedor, que tiene el propio barrio. Entonces el desafío pasa a ser, bueno, a partir de esas personas que se juntan y de ejes que son de Salud, como logras una proyección política por ejemplo, hacia las distintas instituciones del barrio, una articulación con las distintas organizaciones. Pero es todo a pasito de tortuga” (Integrante 3 del Espacio de Salud de la regional La Plata del FPDS).

“entras a laburar salud en un comedor, en un lugar organizado y no podes pensar la salud aislado de otras cosas que se están pensando en el comedor. (...) La salud viene de la mano de eso, de la mano de lo que vos dijiste, que es organización. Hay un grupo de personas que se están juntando para pensar y para decidir, y para ver como seguir adelante y la salud viene de la mano de eso, viene de la mano de organización, de participación, viene de la mano de compromiso, no me imagino que puede funcionar un espacio de salud si los sábados se están matando las compañeras en la asamblea, hay que ver como seguimos laburando en salud, pero también ver como fortalecemos ese espacio para que esté mejor organizado. En verdad la salud... es una excusa si se quiere, es la excusa que sabemos laburar nosotros, es la excusa que queremos pensar nosotros porque muchos somos trabajadores o estudiantes de la salud, pero la idea fundamental es generar organización, es generar un barrio que se organice, que se junte, que se movilice, no un sujeto pasivo, sino alguien que está activo, decidiendo, pensando, eso es lo que queremos en verdad. La salud como sinónimo de organización, la salud como una práctica política” (Integrante 6 del Espacio de Salud de la regional La Plata del FPDS).

Para poder hacerlo desde el EdS-FPDS se plantearon distintas estrategias como reforzar la realización de actividades culturales, jornadas, juntadas de firmas para interpelar a vecinos

y vecinas de los distintos barrios, articular hacia adentro de la organización (con otros comedores, con otros espacios –salud y niñez, por ejemplo-, y con otros sectores (el estudiantil, las PINO, por ejemplo) y articular con instituciones¹³².

Para desatar o fortalecer los procesos de organización, en el marco del abordaje de determinados temas/problemas vinculados a la salud, se **propician instancias** para motorizar la asamblea, generar espacios de encuentro y reunión. Así, entender que los procesos de organización y disputa en el barrio también tienen que ver con la salud, se vincula con la concepción amplia de salud desde la que se posicionan y con concebirla como proceso de construcción colectiva.

“En general como objetivo general la idea es generar organización en torno al eje salud. (...) Generar organización implica que podamos por un lado, formarnos en cuestiones relativas a salud, formarnos en territorios determinados en relación a cómo entiende ese territorio determinado a la salud y que cuestiones cree la gente de ese territorio que debería laburarse de salud en ese territorio y, organizarse en torno a eso sería como poder a partir del proceso formativo, como articular estrategias y poder intervenir en esas cuestiones en el territorio determinado. Que ese territorio determinado podemos hablar de un barrio o podemos hablar de estar pensando un proyecto de salud para el país, digamos, sería como bueno hacer un mapeo si se quiere, de salud, mental o real, también tenemos ganas de hacerlo realmente pero bueno... o sea, poder tener una lectura desde la temática de salud de determinados territorios y poder intervenir en ellos con diferentes estrategias” (Integrante 2 del Espacio de Salud de la regional La Plata del FPDS).

“muchas veces terminábamos yendo a los barrios a veces por el simple hecho de generar organización, que por supuesto tiene todo que ver con la salud pero no era para trabajar problemáticas puntuales de salud, sino que a veces era para motorizar la asamblea, empezar a hacer lugares de reunión, a veces se empezó muy de abajo”(Integrante 3 del Espacio de Salud de la regional La Plata del FPDS).

¹³² Presentación realizada por integrantes del EdS-FPDS Regional La Plata en el marco del panel “Experiencias populares de salud en Nuestramérica” de la Cátedra Libre Ramón Carrillo en la Facultad de Medicina de la UNLP el 26 de octubre de 2012.

Desde la organización se apunta a **proyectar construcción política** a partir de los ejes de lucha, por ello se trabaja en los barrios en base a las demandas e intereses de los integrantes de las asambleas, desde demandas concretas, y cuestiones que preocupan en los barrios como las enfermedades respiratorias en los niños, las condiciones habitacionales, recuperando los saberes de los/as participantes y haciendo hincapié en por qué suceden estas cosas y qué se puede hacer para modificar esta situación. Aquí se visibiliza nuevamente la tensión entre lo individual y lo colectivo, y la relación entre lo macro y lo territorial. Esta **articulación entre lo individual y lo colectivo** siempre está presente en las prácticas vinculadas a la salud, de la misma manera que atraviesa la concepción de salud. El articular las soluciones individuales y colectivas plantea una ruptura con perspectivas liberales centradas en lo individual. No es una tarea sencilla romper con esas lógicas tan instaladas, donde prima lo individual, por ello es que la tarea de las organizaciones sociales es central en la construcción de formas de relacionarse, de trabajar y de construir centradas en lo colectivo. Y es en esta dimensión del accionar colectivo que se asienta lo político.

“Y trabajamos desde los puntos más concretos de demanda que pueden ser bronquiolitis en invierno, hasta que se yo, lo que son las condiciones habitacionales del lugar y demás, como esto influye en la salud y como esto muchas veces termina siendo un condicionante, pero con la vuelta justamente mas política del asunto, no? Por qué vivimos como vivimos, por qué la bronquiolitis que uno puede tener... tiene que ver también con rescatar los saberes de la gente de la comunidad, porque la gente está realmente muy acostumbrada a resolver situaciones de enfermedad con, ya sea con plantas medicinales, con alguna herramienta alternativa a lo que es la medicina tradicional. Entonces rescatando esto y pudiendo también hacerles ver lo importante y lo valioso de estos saberes, trabajamos pegándole la vuelta a, bueno que hace que tengamos la casa llena de humedad y que los chicos se enfermen de los bronquios, entonces empezar a tomar un poco de mayor participación en eso, y también después se empieza a ver en función de las interacciones que se producen ahí” (Integrante 1 del Espacio de Salud de la regional La Plata del FPDS).

“... pero siempre está el tema de la organización, siempre el eje del taller y demás se piensa bueno, pero por qué estar organizado frente a esto y las ventajas de tomarlo como comunidad y no como un problema aislado de cada uno” (Integrante 1 del Espacio de Salud de la regional La Plata del FPDS).

“Siempre las temáticas a laburar si bien, ciertos temas que surgen, tienden a ser medio biologicistas, siempre se trata de abordarlos también de manera integral. Así si la temática es enfermedades respiratorias tratamos de que el taller no se agote en una acumulación de información biologicista sobre enfermedades respiratorias o sobre estrategias concretas de intervención en el barrio sino que se trata de entender la problemática también a partir de todos los determinantes sociales que están implicados en esta temática o problemática. Y se intenta siempre darle el cierre a los talleres desde un, bueno, frente a esto qué podemos hacer nosotros y nosotras como espacio de salud, qué podemos hacer en concreto, digamos, como que se trata de laburar las temáticas, con miras a convertirlas en ejes de intervención concretos digamos. No a partir de la mera acumulación de conocimientos, sino usar esos conocimientos para intervenir en concreto en el barrio de manera concreta” (Integrante 2 del Espacio de Salud de la regional La Plata del FPDS).

Otro elemento que aparece con fuerza al hablar de salud es el **trazado de redes en salud**, que está relacionado con conformación de nodos de relaciones, con la articulación de actores ya sean sólo territoriales o con otros del nivel macro. Se apunta a que progresivamente las experiencias en salud sean menos aisladas y mas coordinadas. Esto implica fortalecer también la coordinación con otros sectores y con otros espacios. Esta práctica de conformación de redes también está presente en instituciones del Estado, aunque apuntando a los servicios de salud. Así, desde el Ministerio de Salud de la Nación, se impulsa el programa Redes, a través del cual se apunta al fortalecimiento de redes provinciales de servicios de salud¹³³.

“Hay muchas organizaciones que intentan dar una respuesta, poder lograr una asistencia mejor, que te da también un montón de aprendizaje y demás. Nosotros en nuestro caso construimos redes, redes con quienes lo tienen que hacer y nos parece que empezar a fluir en el contacto y demás, que se yo, acompañar a tal persona, empezar a tomar contacto con quienes deben y tienen la obligación de hacerlo y les pagan el sueldo para eso, y si les

¹³³ Redes promueve 3 líneas estratégicas de acción: el fortalecimiento de las redes de servicios de salud; el fortalecimiento de las competencias de los equipos de salud; y el acompañamiento y supervisión de los procesos de gestión clínica. <http://www.msal.gov.ar/redes>

pagan poco sumarlos a la lucha porque les paguen mejor. Me parece que es esa nuestra función, no sustituir al Estado en lo que es su deber” (Integrante 1 del Espacio de Salud de la regional La Plata del FPDS).

“Y como proyecciones esto, ¿no? Poder intervenir cada vez más ampliamente, si se quiere, o sea, por ahora venimos teniendo experiencias en tres barrios distintos, hemos tenido experiencias en los que esos barrios han articulado entre ellos o con otros sectores, pero bueno, fortalecer ese trazado de redes en salud, o sea, que cada vez las experiencias en salud sean menos aisladas y mas coordinadas; fortalecer también la coordinación con otros sectores con otros espacios, o sea formar cada vez redes más fuertes en salud. (...) Poder intervenir también, poder poner en la agenda de la organización el eje salud, que también hemos estado dando estrategias y cuestiones para que eso suceda y... pero la idea es potenciarlo, digamos. Poder tener una intervención también mas política macro en salud como poder discutir cuestiones de coyuntura y... no quedarnos meramente en la crítica de esas cuestiones coyunturales sino poder ir por la propositiva, poder decir bueno, este es el proyecto de salud que queremos para el país... claramente es una proyección muy a largo plazo, tenemos que formarnos demasiado todavía para eso, pero estamos dando mini pasitos en ese sentido...” (Integrante 2 del Espacio de Salud de la regional La Plata del FPDS).

“como pensamos salud, niñez, adolescencia, como pensamos cuales son las problemáticas que tenemos todos en común y empezamos a proyectarnos todos en común, porque sino estamos generando organización pero lo estamos pensando en forma separada, en forma fragmentada” (Integrante 2 del Espacio de Salud de la regional La Plata del FPDS).

Esta articulación se piensa también en relación a organizaciones con proyectos afines que abordan temáticas de salud con el fin de generar estructuras de mayor envergadura.

“y por ejemplo ahora, al último encuentro de la cátedra están invitados además de Pañuelos en Rebeldía, el Moviendo Popular la Dignidad, que con ellos también articulamos a partir del ENOB, el Foro Nacional de Educación. Estaban invitados Juventud Rebelde, que ellos también tienen un laburo como espacio de salud en un territorio. La articulación con el MOCASE y el espacio de salud del MNCI, que es lo que te contaba del nacimiento de viento de abajo que nace a partir de esa experiencia, y por

ahí son como las organizaciones mas cercanas y con las que hemos llegado a articular en salud. Porque por ahí lo que estamos haciendo ahora es intentar, intentar no, viendo la forma de armar un espacio de salud del Frente pero como instancia nacional, y a partir de eso si formar un espacio de salud de la COMPA, y articular con todas las organizaciones que laburan en salud en la COMPA, concretamente con Pañuelos, con Garabatos, Atrapa muros, que laburan con la educación popular, pero laburan en distintos ámbitos, como niñez, como cárceles, distintas experiencias. Por ahí es un poco esa la proyección, poder articular con otros espacios. También hemos articulado con Médicos del Mundo, que hemos invitado a la cátedra, o en el panel este que participamos hace poco de Salud y Sociedad, no se, la perspectiva es esa, poder articular y proyectar con otras organizaciones que laburen salud, que nosotros entendamos que son afines o que podemos llegar a entender la salud y a laburar salud desde una mirada similar en esa construcción” (Integrante 3 del Espacio de Salud de la regional La Plata del FPDS).

Es interesante pensar en la estructura de redes porque, tal como señala Elina Dabas (1998), la noción de red social implica un proceso de construcción permanente tanto individual como colectivo. Los intercambios que se generan entre los distintos actores posibilitan la potencialización de los recursos que poseen y la creación de alternativas novedosas para la resolución de problemas o la satisfacción de necesidades. Al ser una estructura abierta permite el ingreso y la salida de integrantes.

Asimismo, al pensar en redes en salud es preciso definir el sentido que se le dará a las articulaciones. Como apuntan Dabas y Perrone, se impone la necesidad de cambiar el sentido sobre las redes en salud, y alejarse de la idea de red establecimientos, de sistemas escalonados de complejidad creciente. Así, los autores proponen reconocer distintos niveles de redes en salud: personal, comunitaria, institucional, de servicios, intersectorial.

Desde la organización se puede apuntar, en principio a la creación de una red comunitaria en los territorios, para avanzar en la constitución de una red intersectorial, corriéndose de las redes vinculadas sólo a lo asistencial. Pero este es un proceso aún incipiente.

7.2.2- Salud Nutricional. Disputa a partir de la apropiación de herramientas de la biomedicina

Desde Barrios de Pie también está presente constantemente la idea de pensar a la salud como práctica política, aunque no se lo nombre de esa manera. Se entiende a la Salud como “la capacidad de lucha individual y colectiva para modificar las condiciones que limitan la vida”¹³⁴. Es decir que desde la organización apuntan a que las acciones que realizan generen cambios, transformaciones, y se destaca la importancia de que los integrantes de la organización en los barrios den un salto cualitativo, lo que implica posicionarse como *sujetos políticos en los territorios* y a partir de allí plantear un proceso de disputa con actores locales.

“En general el espacio de capacitación no es un espacio en el que vos pensás sólo en un espacio de transmisión de información o de contenidos, sino que tiene que ver con poder socializar la experiencia de construcción. Entonces nosotros este año fundamentalmente lo que intentamos es que las compañeras hagan una experiencia de disputa política en el territorio, que puedan dar un salto en eso. O sea no nos sirve que la compañera se la pase haciendo talleres, talleres, talleres, sino que va a disputar políticamente la situación de la salud en el barrio” (Barrios de Pie - Referente Nacional Área de salud).

“Bueno, eso es muy importante, me parece que es el salto más importante, cualitativo, porque nosotros en lo cuantitativo tenemos una fuerza extendida, pero ahora si a esa fuerza vos no le haces dar un salto cualitativo en constituirse como sujeto político en el barrio.... “Bueno, acá no pasa el basurero, ¿cómo hacemos para que pase el basurero? ¿Y qué organizamos para exigir que pase el basurero?, bueno, nos podemos morir haciendo talleres de salud ambiental”. Ahora si nosotros no logramos que el basurero pase por el barrio, por lugares donde la basura se acumula en las esquinas, no sirve para nada el taller de prevención de dengue o el taller de salud ambiental. Si nosotros no logramos, si nosotros sólo hacemos talla y peso y no logramos que esa criatura pase a ser un sujeto en la unidad sanitaria, diciendo “acá estoy quiero un análisis de sangre, quiero esto, quiero el otro”. Bueno, eso es lo que tenemos que lograr, eso es lo que discutimos en los espacios, en las reuniones, no discutimos como hacer el taller. Discutimos, discutimos

¹³⁴ Material presentado por el Area de salud de Barrios de Pie en el Foro Social de Salud.

como hacer el taller, pero a la vez discutimos como nos vamos a parar” (Barrios de Pie - Referente Nacional Área de salud).

Nuevamente aparece la idea de trascender el espacio del comedor, de los talleres, para pensar otras estrategias. En este marco, se utilizan distintas estrategias de disputa, como son la toma del municipio para obtener recursos, presentarse ante los efectores de salud para solicitar la incorporación de niños no atendidos, la gestión de los turnos colectivos en los centros de salud, la sistematización de lo relevado en las mediciones de talla y peso para gestionar alimentos. Las estrategias varían según los espacios locales.

“En Matanza este año las compañeras han disputado territorialidad y han disputado poder con el municipio. En el punto, a ver: inundados, movilizaron al barrio, tomaron el municipio porque había un depósito lleno de colchones, chapas y que no se los querían entregar. Bueno, Barrios de Pie logro arrancarle al municipio de la Matanza lo que se te ocurra y nosotros fuimos los que llevamos a las trabajadoras sociales y obligamos a que se les diera a la totalidad de la familia y no a los punteros políticos, la que los punteros políticos decían. Esa discusión la trasladamos a salud y las compañeras presentándose en la unidad sanitaria planteando que tenían 20 pibes bajo peso y que querían los turnos colectivos. Eso es disputa política. Ir a pelear como organización social que hay gente en el barrio que se queda por fuera de la asistencia y vos vas a exigir que a esa gente la incorporen, que acceda al turno. Bueno eso es disputa política. Y las han reconocido como promotoras y las han reconocido como organización y les han dado los turnos. Bueno, eso no es homogéneo. No lo hemos hecho en todo conurbano. En general se da en Matanza porque ahí nosotros estamos desde hace años disputando la posibilidad de la intendencia. Estamos dando la disputa política y plantándonos como un actor político ahí. Entonces eso ha dado un salto muy grande en la cabeza de las compañeras, y entonces hemos superado, no se, el tallercito como método, como única posibilidad de relacionarse con los vecinos, sino que hemos salido a discutir otras cosas” (Barrios de Pie - Referente Nacional Área de salud).

“Las compañeras han sido un actor político, no social solamente, o sea no es que han hecho el taller de bajo peso, han sostenido el comedor, no, han sido un actor político que se ha puesto a discutir que pasa con el recurso que no llega.(Barrios de Pie - Referente Nacional Área de salud).

Una cuestión que es importante mencionar es que cuando se habla de la proyección política se diferencia a actores sociales y políticos. ¿Pero qué implica ser un actor social y un actor político? Esta diferencia marcada por la coordinadora del área de salud puede ser pensada en relación a este diálogo mencionado entre reclamar y proponer, entre los procesos reivindicativos y los de construcción en los distintos territorios.

Desde el área de salud de Barrios de Pie se propone la disputa política a partir de la salud nutricional como herramienta central de construcción y transformación en los barrios.

En un primer momento de conformación de las organizaciones, vinculado al contexto de crisis y desocupación, la salud aparecía como un eje de lucha, y estaba **muy ligada a la alimentación** y al sostenimiento de los comedores, puesto que desde allí se brindaba una solución para paliar el hambre que muchas familias sufrían. Como indica Biagini (2009:3), en su análisis de distintas organizaciones de desocupados/as, “el hambre es señalado como motor de la respuesta organizativa”, lo que va de la mano del sostenimiento de comedores, merenderos.

Desde Barrios de Pie, al igual que desde otras organizaciones, se tomó como eje principal la salud vinculada a la alimentación y nutrición. Se comenzó a trabajar sobre salud nutricional a partir de los comedores y de una necesidad concreta que había en ese momento. Instalarse en los barrios a partir del trabajo en torno a la salud de los/as niños/as y además iniciar un proceso de disputa con instituciones del Estado desde esa actividad concreta. Aquí es importante señalar que muchas veces se toman temas que ya están en agenda, muchas veces abordándolos desde otros ángulos, y otras veces se instalan temas en la agenda pública.

“M: ¿por qué nutrición, por qué lo tomaron como eje principal?”

L: primero porque en general nosotros, pensá que el eje organizador de los movimientos eran los comedores. Y en ese momento había una situación de ausencia, de incapacidad de poder adquirir alimentos en calidad y cantidad suficiente, y eso afectaba directamente la salud de los pibes. Entonces fue un eje central del movimiento, poder pesar y medir a los nenes, capacitarnos para poder identificar... En ese momento había bolsones de desnutrición bastante importantes, entonces nosotros empezamos a trabajar eso, se hizo con los chicos que habíamos identificado en bajo peso, se hizo recurso de amparo en

varios tribunales en donde se planteó que la falta de alimentos estaba incidiendo en la salud de los chicos. Fue una movida bastante grande el tema de los recursos de amparo, planteando el tema de la necesidad de que se entregara alimentos a esa familia y bueno, el eje de la salud nutricional fue un eje principal siempre, siempre. (Barrios de Pie - Referente Nacional Área de salud).

Desde Barrios de Pie se tomó como eje la salud nutricional porque era una problemática sentida en los barrios y se reconocía la importancia de temáticas en la sociedad. Es importante destacar que en relación a las áreas de la organización, la que más se sostiene es el área de salud, y como se indicó trabaja en relación a la de educación.

“... hay distintas áreas. Lo que pasa es que el área de salud siempre alguien la fue sosteniendo, hemos tenido área de género... Tenemos en el movimiento área de salud, de género, de educación” (Barrios de Pie - Referente Regional Área de salud).

“[salud se constituyó como área] Porque vemos los problemas que generan en la sociedad, o sea tanto en salud como en educación y eso, se toman esos ejes porque sabemos que es una problemática en los barrios”. (Barrios de Pie - Referente Regional Área de salud).

“Siempre la talla y peso está en primer lugar porque eso no se pierde nunca, pero por ejemplo había compañeras que decían “en vez de talla y peso queremos hacer un relevamiento de porqué le salen tantos granitos en el cuerpo de los niños”, bueno, y vos podías trabajar ese tema” (Barrios de Pie - Referente Regional Área de salud).

En lo que refiere a Barrios de Pie, la salud nutricional sigue constituyendo el eje principal de las acciones que realiza el área de salud. La misma fue una de las primeras que se creó y a partir de allí fue creciendo el trabajo en salud. Si bien se abordan otras temáticas, y los objetivos se van reacomodando en función de los emergentes en los barrios, la salud nutricional de los niños sigue teniendo gran centralidad porque es una temática sensible y genera que siempre alguna mujer madre se acerque a la organización. Se entiende que desde la organización desplegaron un tipo de práctica que promueve el acercamiento de mujeres del barrio a la organización. Y tal como se señaló en el capítulo 6, se convierte en un espacio de encuentro y dialogo entre las participantes.

“Entonces aparece esta urgencia, de que las madres están planteando que no tienen plata

para comprar la comida y que están comiendo fideos y arroz todos los días, y bueno, entonces el tema de la salud nutricional pasa a ocupar un lugar prioritario” (Barrios de Pie - Referente Nacional).

“Es como que el área de salud del movimiento fue la primera actividad que se hizo y creció con eso la organización en salud. Porque vos vas a hacer una talla y peso en un barrio y siempre una persona, una mamá que no sea compañera del movimiento siempre aparece en el barrio. Porque vos decís, si haces una actividad, no se, de la gripe A, no van, o van a decir si ellos no son doctores a que vamos a ir, pero con la talla y peso a la mamá siempre le gusta saber si el niño crece, si está bien de peso, y eso, y viene”. (Barrios de Pie - Referente Regional Área de salud).

Si bien se posicionan desde una concepción integral de salud que contempla distintos aspectos que exceden a lo curativo, las prácticas que se realizan desde el área de salud muestran una relación estrecha con las **herramientas y saberes de la biomedicina**. Se apropian de instrumentos legitimados por la biomedicina, como es por ejemplo la antropometría que determina los percentilos de peso y altura. Esta herramienta se fue implementando con el acompañamiento de la organización Médicos del Mundo, que también se posiciona desde una concepción de salud entendida en su sentido amplio, aunque con fuerte peso en la atención de la salud¹³⁵. A su vez se toman las tablas propuestas por la Sociedad Argentina de Pediatría, que son normas que se utilizan desde la biomedicina para determinar el estado nutricional. Sin embargo, lo interesante aquí es ver de que manera son utilizadas y resignificadas estas herramientas y saberes, en pos de la disputa política que la organización pretende dar.

“Porque nosotros presentábamos listados, identificábamos a los chicos con el tema del percentilo, que es la forma... Nosotros utilizamos la antropometría como método para

¹³⁵ Médicos del Mundo se define como una organización no gubernamental humanitaria internacional del campo de la salud colectiva (...) que lucha por el derecho a la salud de los pueblos en más de 70 países. Sus 3 principios fundamentales son: **1- Acción directa:** brindar atención sanitaria a las poblaciones en situación de exclusión y víctimas de la inequidad social tanto desde el punto de vista de una *Emergencia/Urgencias* como intervenciones sobre condiciones estructurales de vida y los problemas de salud-enfermedad-atención-cuidado que generan. **2- Testimonio:** nuestra práctica cotidiana desde el paradigma de la medicina social latinoamericana testimoniamos y denunciemos las violaciones a los derechos sociales, económicos y culturales, haciendo principal hincapié sobre el derecho a la salud de los pueblos como derecho humano esencial como también el impacto de los determinantes socioambientales sobre la salud colectiva e individual. **3- Participación Social:** buscamos fortalecer procesos de organización y participación comunitaria en Salud en cada programa, proyecto, actividad u acción que llevamos adelante.” (http://www.mdm.org.ar/seccion/sobre_nosotros.html, consultada el 16/12/2014).

identificar riesgo nutricional. La antropometría mide muchas partes del cuerpo y determina bajo peso, sobrepeso o peso normal. Nosotros lo que medimos es la talla y el peso en relación a la edad. Podés medir perímetro encefálico, diámetro del brazo, nosotros tomamos esos dos indicadores. Y esos dos indicadores no nos daban en un percentilo, es la medida que determina por abajo o por encima, cantidad de pibes en bajo peso, en sobrepeso o en peso normal. Esa medida a nosotros nos daba que estaban en peso normal, disminuyeron sustancialmente la cantidad de pibes bajo peso y disminuyó también la cantidad de familias que venían a los comedores” (Barrios de Pie - Referente Nacional).

Desde el área de salud a nivel nacional se propone construir **“un dato duro” en relación a la salud nutricional** tomando como base el trabajo realizado durante estos años y se proyecta un nuevo trabajo a partir de su construcción. Para ello se mide la variación de precios con el Índice Barrial de Precios (IBP) y se toman mediciones de talla y peso, se sistematiza lo realizado y en base a eso se arma el Indicador Barrial de Salud Nutricional (IBSN)¹³⁶. Con los datos producidos con esos instrumentos, se plantea la disputa en otros términos, más vinculado a las prácticas y al vocabulario de la biomedicina. Ésto otorga seriedad y legitimidad al trabajo de la organización, puesto que se basa sobre un instrumento que tiene “validez científica”. Es decir se apoya en aquellos saberes y herramientas que son considerados como válidos en el campo de la salud, que gozan de aprobación del sector salud.

“¿Cuál es el tema? Nosotros tenemos un eje que durante los últimos dos años ha sido prioritario. Todos los compañeros de las áreas están abocadas a hacer el IBP, que es el índice barrial de precios, por lo tanto el eje de detectar la inflación como un problema que afecta el poder adquisitivo de la familia y el deterioro de la canasta básica nosotros lo tenemos muy instalado. Entonces nosotros que dijimos: “vamos a tomar un eje, le vamos a dar bollilla al tema de la salud nutricional porque nosotros estamos constatando que hay un deterioro en el poder adquisitivo de la familia”. Una forma, o sea nosotros medimos... tenemos una mirada subjetiva de análisis de la opinión de la madre, del padre, del vecino, de la vecina, a partir de que te transmiten el tema de que les está costando comprar las cosas. Objetivamente que hacemos: medimos variación de precios con el IBP y lo que intentamos es construir un dato duro en el tema de salud nutricional construyendo un

¹³⁶ Ambos se explicaron en los capítulos 4 y 6.

indicador epidemiológico de salud nutricional diciendo bueno, “¿cómo está la salud nutricional en el barrio?”. Estamos dando un salto cualitativo, en cuanto a la capacidad del movimiento de poder construir un indicador barrial de salud nutricional, como dato epidemiológico de salud. Entonces nosotros estamos diciendo “¿cómo está la salud nutricional?” constatamos bajo peso, constatamos sobrepeso...” (Barrios de Pie - Referente Nacional Área de salud).

Estas herramientas legitimadas sirven para justificar por qué se habla de riesgo de bajo peso, haciendo eje en la prevención. También se toman los resultados de dos herramientas construidas e implementadas desde el Estado, como por ejemplo la encuesta de salud nutricional y se da un nuevo sentido a lo surgido de ellas, se lo utiliza para mostrar lo que desde la organización se ve en los barrios. Del mismo modo, se toman términos legitimados, por ejemplo malnutrición e inseguridad alimentaria.

“O sea en el 2011 empezamos a sistematizar, a tener una mirada de nuevo bien intensiva, de hacer en todos los comedores la talla y peso, en todos los comedores tenía que haber por lo menos dos promotoras que tomaran el tema de la talla y peso, y bueno ahí volvemos a pesar, pesamos, armamos lo que es el Indicador Barrial de Salud Nutricional, cerramos junio con 1700 pibes pesados, nos daba un 17% de bajo peso y un 45% de malnutrición. Ahí nosotros lo que decimos es no vamos a ir solo a mirar bajo peso, sino que vamos a ir a mirar malnutrición y la malnutrición se presenta con bajo peso o con sobre peso. A partir de que la encuesta nutricional del Ministerio de Salud que se hace en el 2005 y se presenta en el 2006, plantea que hay un modelo establecido de malnutrición en argentina que no tiene que ver con la desnutrición, que la desnutrición ha desaparecido como indicador duro, que lo que se mantiene es baja talla para la edad y sobrepeso. A nosotros ¿que nos pasaba? Nos daba eso, pero a la vez nos daba un alto grado de chicos bajo peso, y nosotros aparte hacemos un corte en cuatro indicadores. Nosotros identificamos riesgo de bajo peso, en percentilo 10, bajo peso, presentillo 3, sobre peso y peso normal” (Barrios de Pie - Referente Nacional).

“El riesgo de bajo peso, los pediatras dicen que eso no es bajo peso, porque nosotros hacemos un corte en el percentilo 10. Para nosotros, como estamos trabajando en prevención, nosotros decimos que tenemos que tener una mirada activa de detección precoz, antes de que el chico caiga, o la nena caiga en bajo peso, entonces por eso

armamos este grupo de percentilo 10, que nosotros lo estamos mirando. Las compañeras han organizado la muestra por grupo etáreos, que pasa en la lactancia, que pasa en la primera infancia, en la segunda infancia y en la adolescencia. Estamos pesando de cero a 19 años”¹³⁷ (Barrios de Pie - Referente Nacional).

“O sea todo lo que hemos hecho con ellos, capacitaciones centralizadas, salud nutricional, reanimación cardio-pulmonar, primeros auxilios, todas cosas que tienen que ver para el sostenimiento de las postas sanitarias, toma de presión arterial. Las capacitaciones centralizadas tienen un poco el objetivo de poder construir algún tipo de conocimiento, de experiencia y de capacitación en ejes centrales. Por ejemplo, Salud sexual y procreación responsable fue capacitación centralizada, ahí nosotros hicimos eje en poder discutir el uso de métodos anticonceptivos y después el uso de la pastilla del día después y nosotros hemos discutido muy fuerte una capacitación con el tema de aborto y el uso del misoprostol”. (Barrios de Pie - Referente Nacional).

En muchos casos se certifica con parámetros de la biomedicina para avanzar en gestiones con el Estado Municipal, Provincial o Nacional. En este sentido, adquiere importancia poseer el certificado de Niño con bajo peso para que las madres puedan retirar el refuerzo alimentario y que en el centro de salud le hagan los estudios a los niños.

Se utilizan **figuras asociadas a la biomedicina**, como son las postas sanitarias gestionadas que se asemejan a las unidades sanitarias, pero son gestionadas por la organización y lo que allí se propone excede lo biomédico, puesto que son espacios en los que se prioriza la prevención y la promoción, es un espacio de reflexión y discusión, se hacen talleres de educación popular, se sistematiza el trabajo realizado. Se pone el acento en la diferencia con los centros de salud porque éstos están más abocados a la atención médica.

“[En 2009] Volvemos a retomar la organización en áreas y el tema de salud aparece fuerte, nosotros ahí lanzamos la necesidad de instalar postas sanitarias en cada uno de los comedores. Entonces [En 2010] lanzamos una campaña de 800 postas en todo el país, de las cuales 300 o 400 eran para conurbano y lanzamos el tema de ¿qué era una posta sanitaria? un espacio para discutir la salud del barrio, poner en discusión qué estaba pasando con la salud pública, qué pasaba con la unidad sanitaria, y de nuevo el eje

¹³⁷ Las tablas se encuentran en los anexos.

principal de la posta sanitaria, no era ni la asistencia, nosotros no entregábamos remedios, ni hacíamos asistencia, sino que hacíamos prevención y promoción, volvimos a instalar fuerte el tema de la talla y el peso, con las cuadrillas del Argentina Trabaja. Todas las cuadrillas del Argentina Trabaja en el 2010 salen a hacer talla y peso, volvemos y ahí encontramos como un rebrote del bajo peso, y en el 2011 empezamos a sistematizar” (Barrios de Pie - Referente Nacional).

Todo lo que se realiza desde el área se va sistematizando y reflexionando sobre ello en pos de establecer nuevas proyecciones, además se toma como un insumo central para elaborar las propuestas políticas de salud.

7.3- Recapitulando

En este capítulo se recuperaron los sentidos que los integrantes del área/espacio de salud de las organizaciones asignan a la salud y a las prácticas en torno a la salud que realizan, dando cuenta del entramado simbólico que constituye y atraviesa a las prácticas analizadas.

Se entiende, retomando a Melucci (1994), que desde las organizaciones se lucha por objetivos simbólicos y culturales, por una diferente orientación y significado de las relaciones sociales en general, y en este caso de la salud en particular. Desde las organizaciones se ponen en circulación sentidos alternativos a los dominantes, pero que están en constante relación con estos.

Asimismo, los procesos de producción de sentido son centrales en el análisis de las prácticas sobre temas de salud desarrolladas por ambas organizaciones sociales. Se entiende a las organizaciones como actores colectivos que dotan de sentido y certidumbre a la acción individual y colectiva (Revilla Blanco, 1996), siempre en la articulación de un proyecto social y político.

Por ello, en este capítulo se intentó establecer un abanico amplio con la multiplicidad de sentidos puestos en juego, a partir de la recuperación de las voces de los/as protagonistas del proceso, entendiendo que el lenguaje constituye la experiencia (Mc Laren, 1998) y sólo se pueden transformar las prácticas a partir de una previa modificación de los modos de nombrarlas.

En base a lo relevado y analizado, se agruparon, por un lado en aquellos sentidos que ambas organizaciones comparten, aunque con sus matices, que están vinculados a la salud como concepción integral (integradora de distintos aspectos: lo socio-ambiental, condiciones de vida, alimentación, vivienda, trabajo, etc.) y proceso de construcción colectiva. En ese marco aparecen el diálogo entre distintos saberes; la socialización de saberes médicos; la vinculación/desvinculación con las herramientas de la biomedicina; trascender lo físico-biológico; la tensión entre lo individual y lo colectivo; la transversalidad y la crítica al sistema de salud.

Por otra parte, se agruparon aquellos sentidos asociados a la salud como eje de disputa política. Aquí se presentan ciertos aspectos comunes, siempre señalando los matices, entre

los que se destacan el fortalecimiento de las herramientas internas en pos de la posterior articulación, la idea de sujeto político protagonista del cambio social y el dialogo entre procesos de reivindicación y construcción de alternativas posibles.

Asimismo, entendiendo a la salud como eje de disputa política, se avanzó en el análisis de aquellos aspectos diferenciales de cada una. Así, por un lado, desde el EdS- FPDS se propone a la salud como excusa o punto de partida para generar o fortalecer los procesos de organización colectiva en los distintos territorios; y por otro lado, desde el área de salud de Barrios de Pie se plantea la disputa a partir de la salud nutricional. Un elemento diferenciador está vinculado a la utilización y resignificación de las herramientas de la medicina científica.

REFLEXIONES FINALES

En este apartado se presentan las reflexiones finales del trabajo poniendo especial énfasis en el proceso de investigación, en la recuperación de los principales ejes del análisis y en las posibles líneas de indagación que surgen del trabajo.

Reflexiones sobre el proceso de investigación

En el recorrido realizado en esta tesis se han caracterizado y analizado de manera exhaustiva las prácticas en torno a la salud realizadas desde las dos organizaciones sociales seleccionadas y el modo en que se presenta la dimensión política, dando cuenta de los sentidos que construyen sobre sus prácticas y a partir de ellas.

Asimismo, esta investigación contribuye a la reflexión teórica sobre la articulación entre las prácticas en salud de organizaciones sociales y el campo de la comunicación, aprehendiendo los sentidos en las dimensiones de lo político y lo territorial.

La perspectiva de abordaje cualitativa, y en especial el método etnográfico ha posibilitado acceder al universo de significaciones de los sujetos, mediante la recuperación de sus prácticas y sus voces. Esto brindó una gran riqueza al análisis, puesto que permitió una articulación entre lo que hacen los sujetos, lo que dicen que hacen y los materiales que producen, a partir del conocimiento de sus prácticas cotidianas. Asimismo, las interacciones y vínculos establecidos con los/as integrantes de las organizaciones, han permitido enriquecer el proceso de investigación, puesto que se pusieron en diálogo los avances y capítulos de la tesis, generando nuevas reflexiones a partir de sus comentarios y devoluciones.

En torno al proceso de investigación, un punto que es importante resaltar y que atravesó este trabajo es el dinamismo de los procesos sociales estudiados. El desarrollo y accionar

de las organizaciones cuyas prácticas se recuperaron y analizaron en esta tesis ha estado en constante movimiento y modificándose en función de coyunturas políticas y las discusiones colectivas llevadas a cabo en los plenarios y mesas de dirección a partir de la reflexión/evaluación de sus prácticas.

Luego de finalizar el trabajo de campo se sucedieron varios cambios en las organizaciones, que si bien no forman parte del recorte realizado, es importante mencionarlos puesto que dan cuenta de la dimensión de lo político, de la capacidad de cambio y adaptación a las distintas coyunturas en pos de los objetivos que las guían.

Así, Barrios de Pie a partir de 2013 se concentró solo en el funcionamiento de las áreas de salud y educación (en 2012 había fusionado las áreas de salud y género). Asimismo, algunos referentes pasaron a ocupar cargos legislativos en el Estado (concejales, diputados, etc.), comenzaron a revisar algunos aspectos del estatuto de Libres del Sur y su modo de organización, y desde la herramienta política han realizado alianzas electorales con distintos partidos, es decir que han integrado distintos frentes políticos en función de integrar espacios más amplios y con mayor capacidad de acción, acordes a sus objetivos y proyecciones.

En lo que refiere al FPDS, en 2013 se produjo su primera división y se conformó el partido político Patria Grande (que en la regional La Plata presentó lista de candidatos en las elecciones legislativas de 2013 en la ciudad de La Plata), generando cambios en su modo de organización y funcionamiento. Luego, al avanzar en el proceso de fusión a nivel nacional con otra organización del campo popular, que también recibió el nombre: Patria Grande, se produce una segunda ruptura en la organización. Si bien la primera ruptura no afecta directamente a la Regional La Plata, puesto que ésta pasa completa a integrar el FPDS-Corriente Nacional, la segunda ruptura sí la afecta, pasando el sector estudiantil y algunos otros (gran parte del EdS) a integrar Patria Grande.

En este sentido se ha descripto el contexto sociopolítico actual, con el fin de destacar las particularidades y complejidades del momento histórico en el que se desarrolla esta tesis. Así se destaca que las prácticas en salud analizadas se desarrollaron en simultáneo al proceso de recomposición del rol social del Estado y sus instituciones, con las complejidades que esto conlleva y los cambios de estrategias que implicó para las

organizaciones. En muchos casos han reforzado la participación política, fortaleciendo el partido político (en el caso de Barrios de Pie), o realizando procesos de reacomodamiento, rupturas y fusiones en pos de la creación de una herramienta política (en el caso del FPDS).

Las reflexiones que aquí se presentan y las que se fueron presentando en los sucesivos capítulos, tienen la pretensión de dialogar con interpretaciones anteriores planteadas en otros estudios. Su progresiva elucidación queda abierta a futuras indagaciones. Resulta apropiado recuperar el planteo de Gadamer, citado por Alonso (2003), sobre la contradicción que representa hablar de interpretación definitiva, puesto que la interpretación está siempre en marcha, en proceso. En este caso, deben pensarse en el marco de las actividades de los espacios/áreas de salud de esas dos organizaciones en esos barrios particulares e incluso en ese momento particular.

Lo que se desea enunciar aquí es que a partir de ellas no se puede englobar a la totalidad de la organización, aunque como se precisó, dichas prácticas no pueden pensarse de manera aislada, ya que están enmarcadas en sus objetivos y proyecciones políticas, y también en estrecha vinculación con los territorios específicos. Así, en el caso del área de salud de Barrios de Pie, los lineamientos generales se adaptan a las particularidades de los espacios locales en los que se asienta la organización; y en el caso del EdS-FPDS, su trabajo está en función de los criterios establecidos en los plenarios generales pero adecuados a los intereses y demandas de los/as participantes, por ello, en cada barrio toma una forma distinta.

Tampoco son generalizables a otras organizaciones que aborden temas de salud, porque como se ha desarrollado ampliamente, cada organización tiene sus objetivos, postura política y modo de trabajo. Por ello es que se analizaron sus prácticas en contexto, situadas, y a partir de allí se identificaron los puntos de relación.

Esto de ninguna manera quiere decir que las reflexiones aquí desarrolladas sirvan sólo para pensar estas dos organizaciones concretas y se agoten en ellas. Por el contrario, se entiende que estas reflexiones sirven como punto de inicio para pensar prácticas de otras organizaciones y en otros territorios, es decir que son útiles para comprender las distintas construcciones que se hacen de la salud, cómo se construyen y ponen en circulación desde

distintos espacios otros sentidos, en este caso sobre la salud, que pugnan con los sentidos hegemónicos y están en relación con ellos. Aquí, cobra especial relevancia lo mencionado anteriormente sobre comprender a los territorios como entramados de sentidos pero también como espacios de disputa, intervención y transformación.

Esta tesis da cuenta de un proceso que es ilustrativo, que permite pensar otros casos y situaciones. La voluntad de este trabajo es sumar miradas que no se acaben en la experiencia concreta, es aportar y dialogar con los estudios que ya se han realizado en el campo y con los futuros estudios a realizarse.

Constituye un material de recuperación de experiencias, de sistematización, que permite conocer el desarrollo y/o fortalecimiento de procesos de organización en torno a la salud en distintos territorios. También, aportar algunas coordenadas a experiencias territoriales que estén en desarrollo, de modo de enriquecerlas en la medida de lo posible.

El análisis de los espacios/áreas de salud de las organizaciones abordadas permitió comprender cómo organizaciones que se distinguen en su posicionamiento político, desarrollan sus propuestas en territorios específicos; cuáles son los temas y las formas de abordaje, qué articulaciones mantienen con los distintos actores del Estado; y de qué manera la salud constituye un eje de reivindicación y de construcción de alternativas en los distintos territorios, y una práctica política.

Permitió reconocer y analizar los sentidos que circulan en torno a la salud, en los que se ponen de manifiesto su dimensión colectiva, su integralidad, su dimensión estratégica para articular con otros espacios y sectores y para la construcción de estrategias políticas más amplias y con perspectiva a largo plazo. Y comprender estos sentidos que se ponen en circulación en dialogo constante con los sentidos hegemónicos acerca de la salud.

En este trabajo se abordó a la salud como un eje articulador, como un puntapié para poder problematizar determinadas prácticas y situaciones que se ubican, en términos de Mouffe, en el ámbito de lo social sedimentado, y avanzar desde el ámbito de lo político, en tanto muestra del conflicto subyacente y posibilidad de transformación de determinadas realidades, hacia el ámbito de la política.

Esto está en estrecha relación con lo planteado desde el enfoque de la Salud Colectiva (y reafirmado por Testa, Almeida Filho y Paim, Rovere, Gollán, Basile) en relación a la necesaria complementación entre la acción del Estado y el compromiso de la sociedad para lograr ambientes y poblaciones saludables. Estos planteos no intentan minimizar la labor del Estado en el ámbito de la salud, sino resaltar que la salud es resultado de un proceso de construcción colectiva.

Principales ejes del análisis/reflexiones

Se ha caracterizado a las organizaciones, recuperando sus inicios, objetivos, modos de organización y toma de decisiones fundamentalmente porque ello permite comprender la conformación y funcionamiento del área/espacio de salud, siendo el marco desde el que se piensan, elaboran y realizan las actividades vinculadas a temas de salud.

Como se ha señalado en los distintos capítulos, el objetivo de esta tesis no fue hacer una comparación entre las dos organizaciones, sino ahondar en algunos elementos particulares de cada una y de algunos elementos comunes que permitieran profundizar en la comprensión de sus prácticas y los sentidos que construyen. Por ello se retoman constantemente los puntos de contacto y continuidades y las especificidades y particularidades de cada una en función de sus objetivos y proyectos políticos. Como se señaló anteriormente, la separación entre las prácticas y los sentidos se realizó sólo con fines analíticos, puesto que la dimensión simbólica es constitutiva de las prácticas. Se retoman aquí algunos de los puntos nodales de lo desarrollado, pero se recomienda la lectura de los capítulos anteriores, centrados fuertemente en el material empírico, para tener una mirada más completa.

Se ha expresado que el área/espacio de salud de las organizaciones varía según los objetivos, posicionamiento político, modos de organización y de toma de decisiones de cada una. En el caso del EdS-FPDS regional La Plata, el modo asambleario atraviesa el espacio y si bien no cuenta con un EdS nacional, ni lineamientos generales que seguir, se consideran los criterios que se acuerdan en los plenarios generales. El área de salud de

Barrios de Pie sigue lineamientos generales del área nacional y cuentan con coordinadoras según los niveles. Esto constituye un elemento distintivo central a partir del cual pensar los procesos desarrollados.

Del mismo modo, el **anclaje de las actividades** relevadas a un espacio específico se da de diferente manera en cada organización, según la disponibilidad de un espacio físico de referencia en el barrio. Así, también varían las **estrategias comunicacionales** utilizadas para dar a conocer sus actividades o convocar a los/as vecinos/as para que participen. Mayormente consisten en acciones de comunicación interpersonal, como el “boca en boca”, casa por casa o el contacto directo cuando van a buscar la comida al comedor.

Las **herramientas utilizadas** por las organizaciones varían según los objetivos puntuales y los contextos en los que se desarrollen las acciones. Sin embargo, los talleres de educación popular ocupan un lugar preponderante puesto que constituyen un espacio propicio para la reflexión crítica, la formación, facilitar la toma de la palabra de los participantes, y la definición de nuevas acciones. Para pensar las distintas acciones se parte de los **recursos disponibles**, por ejemplo, pensar estratégicamente la disposición de los integrantes organizados en el marco de programas sociales impulsados desde el Estado, especialmente de las cooperativas del Programa Argentina Trabaja.

La **formación** constituye una instancia central en el trabajo de ambas organizaciones, lo mismo que la reflexión y sistematización de lo trabajado. Estas instancias son centrales en las proyecciones que se realizan a partir del trabajo en el área/espacio, y su capitalización para elaborar sus propuestas políticas. Por ejemplo, la participación en Foro de debate sobre propuestas para la ciudad de La Plata, el diseño del proyecto de Consejos de Salud en el Municipio de La Plata, la participación en la Universidad a partir de la Cátedra Libre Ramón Carrillo, la participación en el Foro Nacional de Salud y Ambiente de Argentina.

La **heterogeneidad en la composición** de las organizaciones (vecinos/as de los barrios – muchos/as de ellos/as migrantes de Perú, Bolivia y Paraguay-, estudiantes universitarios y profesionales de distintas disciplinas, integrantes con muchos años de militancia) expresa una diversidad de saberes y experiencias sobre la salud que se ponen en juego en la realización de las actividades. La participación de los/as vecinos/as del barrio que no son parte de las organizaciones constituye un punto clave a atender.

El Estado aparece como garante de derechos, como articulador de intereses y demandas, pero a su vez como ámbito en el que se desarrollan procesos de disputa. Así, se da una tensión constante entre **los procesos de reivindicación y los de construcción de alternativas en los territorios**. Lo reivindicativo está vinculado al reclamo por aquello que falta o es necesario mejorar y lo constructivo está vinculado a generar nuevas instancias de encuentro, articulaciones, proyección política a partir de la salud.

En términos de lo político las organizaciones no apuntan a suplir la ausencia del Estado en determinados ámbitos, aunque muchas veces lo hagan en pos de cubrir ciertas necesidades o demandas concretas, sino que tienen una voluntad de intervención política para transformar la sociedad, de cambio social a partir de generar procesos de organización en los distintos territorios.

Aquí, cabe recordar que, tal como se desarrolló en el capítulo 6, un punto central de diferenciación entre las organizaciones está vinculado al **rol de las organizaciones sociales** en tanto creadoras y sostenedoras de estructuras paralelas a las gestionadas desde el Estado, como son los Centros o Postas de Salud. En el contexto de movilización muchas organizaciones se abocaron a la gestión de estas iniciativas (Grimberg 2005). Algunas de ellas continuaron con su sostenimiento, e incluso con nuevas aperturas, visibilizando sus modos de comprender la salud y el rol de las organizaciones sociales para garantizarla. También los modos de nombrar las funciones de aquellas personas que se encargan de replicar los contenidos que se trabajan desde el espacio o área (trabajador/a o promotor/a de salud), están en vinculación con los modos de concebir la salud y el rol de aquellos/as que llevan adelante las tareas vinculadas a la salud.

¿Hacia una transformación en las prácticas y sistema de salud?

Durante los últimos años desde el Gobierno Nacional se han realizado avances en distintas áreas de lo social, se ha ampliado el marco normativo desde una perspectiva de derechos y se han implementado distintas políticas de salud que contemplan las problemáticas de distintos sectores, incluyendo los mencionados programas Remediar/Redes y Nacer/Sumar, la ampliación del calendario de vacunación, la Ley de Educación Sexual, la Ley de Reproducción Asistida, etc. Sin embargo éstas no han sido acompañadas de cambios en la

estructura del sistema de salud, y es allí donde las organizaciones críticas al gobierno actual buscan disputar los espacios de poder. Es justamente este avance y la posibilidad de transformación, que se suma a los recorridos de las organizaciones en relación a los procesos de organización y el trabajo en torno a estas temáticas, lo que permite ejercer mayor presión para modificar la situación en salud. Del mismo modo que abogar para que las leyes impulsadas tengan una plena reglamentación y funcionamiento.

La discusión sobre la transformación en el sistema de salud permanece latente. Si bien como plantea Testa (2014) hoy no están dadas las condiciones para implementar un sistema único de salud en Argentina, la formulación de la propuesta constituye el primer paso para su transformación.

Desde hace algunos años y en distintos ámbitos se está discutiendo la necesidad de realizar una transformación del sistema de salud, aunque no desde instancias formales del Estado. Así, ambas organizaciones adhieren a la plataforma con los 22 Puntos por la Salud del Bicentenario del Foro Social de Salud y Ambiente de Argentina¹³⁸ (en el que participan organizaciones sociales y políticas de distinto tipo), en la que se propone entre otras cosas la implementación de un sistema único de salud, la participación popular, el rechazo a la injerencia de los organismos internacionales, la producción pública de medicamentos, la desmercantilización de la salud, etc.

Pero tal como señala Gollán (2014), no basta con modificar las estructuras formales del sistema de salud, con sancionar leyes o asignar más fondos. Sino que es necesario, además de realizar esas acciones, modificar las percepciones que asocian la salud a la curación de la enfermedad, a lo asistencial; la formación de los trabajadores de la salud; el marco legal y los intereses económicos que rodean la salud.

Precisamente en esta tarea se encuentran muchas organizaciones, entre ellas las que se relevaron aquí, puesto que en sus prácticas en torno de la salud se propone otro modo de concebirla, se ponen en circulación otros sentidos sobre la salud asociados a su integralidad, a la construcción colectiva, a la participación de toda la sociedad en la construcción de la salud, soslayando los aspectos biológicos y vinculados a la curación de la enfermedad.

¹³⁸ http://www.forosocialsaludargentina.org/es/template.php?file=prensa/2010/10_06_17_22_puntos_por_la_salud.html

Así, en este proceso, como plantea Menéndez (2005, 2009), se entiende que la salud y la enfermedad son parte de procesos históricos y sociales, y dependen de las condiciones de vida y laborales y de las trayectorias individuales y colectivas de los sujetos, que a su vez condicionan las significaciones y experiencias ante la enfermedad y el sufrimiento, y por tanto la salud.

Con relación al cambio en la formación de profesionales de salud, es apropiado retomar la creación y labor de la cátedra libre Ramón Carillo, que como ya se indicó, se desarrolla en principio en la Facultad de Ciencias Médicas de la Universidad Nacional de La Plata y en otras Facultades de la UNLP, pero por fuera de la propuesta curricular formal, disputando no sólo los sentidos dominantes sobre la salud, sino también aquellos sentidos arraigados vinculados a la formación centrada en lo biológico, propiciando otras miradas sobre la formación y desempeños de los profesionales vinculados a la salud.

Como se indicó anteriormente, el campo de la salud está atravesado por distintos factores que hacen muy dificultoso impulsar un cambio radical, como son la alta concentración de capital económico (la incidencia e intereses del sector privado y los laboratorios); los problemas de financiamiento; la persistencia de estructuras administrativas arcaicas en el Estado, que provocan una puja constante ante cualquier esbozo de nuevas institucionalidades (Spinelli, 2010).

Es por ello, que los cuatro aspectos a tener en cuenta al momento de pensar e implementar una posible transformación del sistema de salud, mencionados por Gollán adquieren gran relevancia, dadas las condiciones actuales. Así, a la hora de ejecutar los cambios se torna fundamental contar la decisión y respaldo político; con equipos político-técnico homogéneos con clara visión del proyecto, cuyos miembros decisores estén por fuera del negocio privado de la salud; con consensos institucionales; y con participación activa de la comunidad (Gollán, 2014). Y a esta tarea contribuyen las organizaciones sociales estudiadas.

Sin embargo, es importante enfatizar las discusiones sobre la propuesta de transformación del sistema de salud actual, tomando como principal insumo todo el recorrido que ya se viene realizando desde distintos espacios con un fuerte anclaje en lo territorial, que

entienden a la salud de manera integral, colectiva, alejada de la idea de mercancía; y los nuevos sentidos que se construyen en dialogo con los hegemónicos.

La salud como práctica política

Se ha mencionado que las prácticas en salud desarrolladas por las organizaciones parten de la **defensa del derecho a la salud** (que contempla el acceso a alimentación y vivienda adecuada, a servicios básicos y condiciones dignas de trabajo y ambiente, además del acceso a la atención médica, medicamentos y acciones de prevención/promoción), que son pensadas como un modo de **construcción política y de fortalecimiento de los procesos de organización y articulación con otros actores en los territorios** y que permiten fortalecer su capacidad de incidencia en la agenda pública y en el desarrollo de las políticas públicas.

Resulta de gran utilidad lo expresado por Grimberg (2005) en relación a la politización de las problemáticas de salud, en el contexto de movilización social posterior a la crisis del 2001, que se convirtieron en espacios de resistencia, demanda y protesta social, en eje organizador de nuevas prácticas y nuevos actores y en eje de movilización colectiva.

A lo planteado por la autora, se puede agregar que en el proceso de recomposición del rol social del Estado y su intervención de manera creciente en los problemas sociales, la salud aparece como **una excusa para poder problematizar** aquello que se ubica en lo social sedimentado, como una puerta de entrada para intervenir en otros temas, como un eje que se convierte en estratégico al posibilitar la articulación con otros actores y sectores. A partir de trabajar temas de salud se puede ver cómo se recorre el camino de lo político hacia la política. A partir de salud se va construyendo viabilidad política en los territorios en pos de la transformación de prácticas arraigadas.

Es apropiado aquí recuperar el planteo de Ferrara (1985) en relación a la vinculación de la salud con el continuo accionar de la sociedad para modificar, transformar aquello que se considere necesario cambiar. Es en este sentido que se desarrollan las prácticas analizadas.

Dentro del campo de la salud, como en todo campo (Bourdieu, 2007), coexisten distintas prácticas y sentidos que generan disputas entre los distintos actores que pugnan, en un espacio atravesado por relaciones de hegemonía/subalternidad, por el reconocimiento y legitimidad de sus acciones.

Las organizaciones se posicionan en el campo de la salud desde el lugar de la táctica (De Certeau, 1996), al realizar un proceso de disputa por otros sentidos y otras prácticas en torno a la salud, a partir de las reglas de juego propuestas y utilizando saberes y herramientas propios de la biomedicina. Sin embargo, lo hacen con otros objetivos, resignificándolos, dotándolos de otros sentidos más vinculados a la integralidad de salud como abarcadora de distintos aspectos, a la transversalidad, a la construcción colectiva y fundamentalmente a la disputa política.

Es precisamente desde allí desde donde construyen sus estrategias políticas más a largo plazo, sus estrategias de disputa por otras relaciones sociales, por instaurar otros sentidos, por una transformación en el orden social establecido y legitimado. Recordemos que todo orden social es la expresión de una estructura de relaciones de poder que excluye otras posibilidades que permanecen latentes y pueden reactivarse, y eventualmente pueden transformarlo (Mouffe, 2007b). Tal como menciona Giménez (1981), retomando a Foucault, toda correlación de fuerzas es resultado de luchas anteriores, y a su vez, condición de surgimiento de nuevas. Todo orden hegemónico puede ser desafiado por prácticas contrahegemónicas, es decir, prácticas que van a intentar desarticular el orden existente para instaurar otra forma de hegemonía, otra estructura de relaciones de poder, otras relaciones sociales.

Así, el poder es constitutivo de lo social, puesto que las relaciones de poder son las que le dan forma y es a partir de las prácticas políticas que se pueden transformar esas relaciones de poder (Mouffe, 2007). Y, tal como afirma Laclau (1990) ante una eventual transformación del orden no se elimina el poder, sino que se establecen un nuevo poder. Pero siempre el orden va a estar asentado sobre determinadas relaciones de poder.

Pero ¿qué implica construir un proyecto diferente al hegemónico? Se puede decir que no basta con realizar una lectura crítica de determinada realidad, sino que además es necesario

articular diferentes demandas, diferentes sectores y actores que luchan por objetivos afines, en pos de la construcción de otros sentidos. Por ello, “construir un proyecto contrahegemónico es un proceso de orden político, y no solamente ético, científico, profesional o elucubrativo, puesto que contiene un alcance en términos de práctica y lucha política colectiva” (Huergo, 2001:8).

Los sentidos que se construyen y ponen en circulación desde las organizaciones están en relación con los sentidos hegemónicos sobre la salud, aunque esto por supuesto no implica su mera reproducción. El proceso de producción de sentidos implica una serie de esquemas interpretativos que suelen operar sobre otras formas preexistentes o copresentes de nombrar y ordenar al mundo (González Sánchez, 1994), y tal como advierte Martín Barbero (1987), es indispensable prestar atención a la *trama*, puesto que “no toda asunción de lo hegemónico por lo subalterno es signo de sumisión como el mero rechazo no lo es de resistencia”. De allí la riqueza de pensarlos en relación.

Ambas organizaciones se posicionan y entienden a **la salud desde una concepción integral** (integradora de distintos aspectos: lo socio-ambiental, condiciones de vida, alimentación, vivienda, trabajo, etc.) y hacen fuerte hincapié en que constituye un **proceso de construcción colectiva**, en el que tanto el Estado como la sociedad tienen incidencia.

En ese marco, para ambas organizaciones ocupa un lugar destacado el diálogo entre distintos saberes (aquellos que provienen del ejercicio de determinadas profesiones y los que emergen de la propia práctica); la vinculación/desvinculación con las herramientas de la biomedicina; el trascender lo meramente físico-biológico; la tensión constante entre lo individual y lo colectivo; la transversalidad y posibilidad de articulación, con otros actores y espacios, que permite el eje salud, y la transformación del sistema de salud actual.

Así, en estrecha relación con lo enumerado previamente, la salud aparece como **eje de disputa política**. Aquí se encuentran ciertos aspectos comunes entre las organizaciones, entre los que se destacan: el fortalecimiento de las herramientas internas en pos de la posterior articulación, la idea de sujeto político protagonista del cambio social y el diálogo entre procesos de reivindicación y construcción de alternativas posibles. En estos aparecen los matices propios de la proyección política de cada organización. Para pensar lo político es central la distinción nosotros/as-ellos/as. Siguiendo a Mouffe (2011) el “nosotros/as”

sólo puede existir por la demarcación de un “ellos/as”, que es el exterior constitutivo del “nosotros/as”. Eso implica que el “nosotros/as” es constituido en función del “ellos/as” del cual se diferencia, puesto que las identidades son relacionales (Giménez, 2004). Por eso es que en la disputa política podemos concebir diferentes tipos de relación nosotros/as-ellos/as. Tal como indica Melucci (1994), las acciones colectivas contemplan actores colectivos dotados de identidad, puesto que de lo contrario, no podría explicarse cómo pueden dar sentido a su acción.

La disputa política en torno a salud se da reconociendo las fortalezas y recursos con los que se cuenta y fundamentalmente las particularidades de los contextos locales, y en base a ello se elaboran diferentes estrategias. Las acciones realizadas en los distintos territorios conforman un capital importante para la disputa en el terreno de la política y para las negociaciones con actores del Estado.

Las organizaciones apuntan a una mayor incidencia a partir del abordaje de temas de salud, a ampliar redes de capital social, por ello la articulación con distintas organizaciones y espacios, la participación en la multisectorial, en el Foro de salud y Ambiente de Argentina, en la Universidad a través de las cátedras libres, etc., e incursionando en el terreno tradicional de la política, que es el ámbito electoral, lo que implica disputar desde los marcos de acción propuestos, pero con objetivos distintos a los hegemónicos.

Y en esa disputa política, la salud se torna un punto de partida a partir del cual problematizar e intervenir en diferentes aspectos. A partir de la salud se construye viabilidad política en los territorios, se ponen en discusión otros aspectos que también la constituyen, como son las condiciones habitacionales, la alimentación los vínculos, la capacidad de acción y las responsabilidades individuales y colectivas. La salud constituye un puntapié inicial que permite abordar otras temáticas y desatar procesos en los territorios.

Por ello, tal como se indicó, desde el EdS- FPDS se propone a la salud como punto de partida o **excusa para generar/fortalecer los procesos de organización colectiva en los distintos territorios**; y por otro lado, desde el área de salud de Barrios de Pie se plantea **la disputa política a partir de la apropiación de herramientas de la biomedicina**.

La disputa política en la trama de comunicación y la cultura

Los procesos políticos y las relaciones de poder deben considerarse en la trama de los procesos y las prácticas culturales. Así, se entiende con Martín Barbero (1987) que la cultura es un espacio de hegemonía, que se crea y recrea constantemente, del mismo modo que lo hacen las identidades. “No *hay* hegemonía, sino que ella se hace y deshace, se rehace permanentemente en un "proceso vivido", hecho no sólo de fuerza sino también de sentido” (Martín-Barbero, 1987: 85).

Para comprender mejor como operan los procesos de hegemonía y la centralidad de la dimensión simbólica en ellos, es útil recuperar las reflexiones que realiza Huergo (s/f, 2001, 2009), retomando los aportes de Laclau y Mouffe (1987).

Huergo (s/f:2) señala que toda formación hegemónica produce “una oposición binaria como categoría analítica e interpretativa de lo sociocultural; por ejemplo salud/enfermedad, como oposición básica”. Es a partir de esa oposición básica que se producen sentidos elaborándose cadenas de oposiciones y equivalencias, que se naturalizan y estructuran las percepciones sobre el mundo y puntualmente en este caso, sobre la salud y las prácticas en torno a ella.

A esos componentes se le pueden agregar otros sentidos, que van configurando estatutos, es decir van naturalizando determinados sentidos, que son sociales e históricos.

Como se señaló anteriormente, todo es politizable, aunque no todo es político (Ema López, 2007). La frontera entre lo social y lo político es inestable y requiere renegociaciones constantes entre los actores sociales (Mouffe, 2007b). Así encontramos una frontera permeable entre las prácticas sedimentadas que aparecen como naturales, como si siempre hubieran sido así, y la capacidad de interrogarlas, de modificarlas, de mostrar el conflicto que hay detrás de ellas, de poner en escena otros sentidos y legitimarlos.

Por ello la puesta en circulación de otros sentidos altera la equivalencia poniendo en juego las diferencias, anudando a *salud* otros sentidos vinculados a un *proceso de construcción colectiva, integralidad, práctica política, aspectos sociales y culturales, condiciones de vida y de trabajo, eje estratégico y de articulación*.

Esos otros sentidos que se ponen en circulación pueden, en cierto lapso, ser integrados en los estatutos, en la serie de equivalencias del significante “salud”, pero esto dependerá del proceso de lucha que se vaya dando (Huergo, s/f).

Cuando se intenta comprender los modos en que opera la hegemonía, se perciben los modos en que los sujetos que se encuentran en posiciones distintas a las dominantes atraviesan esas fronteras imaginarias definidas y naturalizadas y luchan por instaurar otros sentidos posibles para sus prácticas y relaciones. Aquí resultan pertinentes las reflexiones de Huergo (2009:6), que propone a la hegemonía como *“la dimensión de la comunicación en la cual se juega el conformismo o la resistencia; donde se juega la posibilidad de ser más libres, más autónomos y más humanos; donde se juega la posibilidad de luchar por una sociedad y por unas condiciones de vida más justas, que superen los mandatos, las prescripciones y las interpelaciones dominantes”*. Es decir, como se indicó en los capítulos anteriores, en la lucha por la circulación y reconocimiento de otros sentidos distintos a los dominantes, también se lucha por ampliar los márgenes de autonomía e incidencia, la capacidad de acción en torno a determinados temas, pero también por la transformación de las relaciones sociales que se consideren más justas. Como se ha señalado, la educación popular es una herramienta central. El vínculo entre educación y salud, se estrecha aún más si se lo piensa en términos de transformación de determinadas prácticas.

Y en este proceso de lucha por el sentido de las prácticas y por las posibilidades de transformación, el lenguaje tiene un valor inestimable, puesto que produce *particulares* comprensiones del mundo, y puede ser usado para enmarcar y legitimar diferentes lecturas del mundo. Así, retomando los aportes de Volosinov, McLaren (1998) apunta que el lenguaje que empleamos para leer el mundo determina en alto grado la manera en que pensamos y actuamos en y sobre el mundo.

Lo que interesa remarcar aquí es que, en palabras de McLaren (1998), el lenguaje constituye la experiencia. Por medio del lenguaje *nombramos* la experiencia y *actuamos* como consecuencia de las maneras en que interpretamos esa experiencia.

Esto es central, porque sólo al nombrar aquellos procesos y prácticas vividas, se pueden constituir como experiencias, produciendo otros sentidos y disputando los sentidos hegemónicos. Es por ello que en esta tesis se le dio una centralidad indiscutida a los relatos

que construyen los sujetos sobre sus prácticas en torno a la salud, recuperando sus voces, sus palabras, sus modos de decir. Si se sigue hablando y pensando desde los sentidos dominantes, no será posible lograr ese margen de autonomía y la capacidad de incidir o transformar las prácticas, en pos de la construcción de proyectos o prácticas contrahegemónicas.

Aportes y líneas de indagación pendientes

Se ha desarrollado de qué manera las prácticas en salud de las organizaciones están ligadas a procesos de construcción política y a su fortalecimiento en los territorios, produciendo sentidos sobre la salud que dialogan con los sentidos hegemónicos.

Asimismo, como aporte que excede al campo académico, se espera que este trabajo constituya un insumo que propicie -en los/as integrantes de las organizaciones-, la reflexión y problematización sobre algunos aspectos de las prácticas.

No obstante, cabe reiterar que las distintas partes que lo componen han estado en diálogo con los/as integrantes de las organizaciones con los/as que se mantuvo contacto durante el trabajo de campo. El diálogo con ellos/as fue un objetivo delineado desde el inicio vinculado a la concepción asumida acerca de los modos en los que se produce conocimiento. Sus comentarios y observaciones estuvieron en la base de nuevas problematizaciones, enriqueciendo de esa manera este trabajo.

Esta tesis se concibe como un puntapié que contribuya a pensar sobre los procesos y prácticas de organizaciones sociales en torno a problemáticas de salud. Su actualidad y riqueza está dada por las discusiones acerca de la dimensión política de las prácticas en salud de sujetos o grupos dentro y fuera de la academia.

En tal sentido, se estima que sería pertinente profundizar el análisis recuperando la perspectiva de género, puesto que son las mujeres las que sostienen estos espacios en los territorios. Es interesante avanzar en la problematización de las concepciones de salud ligadas a las construcciones arraigadas en nuestra sociedad que vinculan a la mujer, con la figura de madre y cuidadora.

Asimismo, cabría avanzar en la indagación de la articulación entre educación, comunicación y salud en la elaboración de proyectos contrahegemónicos en salud, como así también en las acciones en salud de organizaciones que, con base en un fluido diálogo con el gobierno nacional, gestionan políticas en dependencias del Estado.

En un plano más concreto, se impone indagar en la mirada de los/as vecinos/as de los barrios que no participan de las acciones desarrolladas por las organizaciones.

Se espera que este trabajo constituya un insumo para pensar propuestas de articulación entre distintos sectores y actores en pos de la construcción de redes que posibiliten, no sin conflicto, transformar relaciones de poder que resultan injustas y tienen consecuencias en la salud de la población. También, y con base en lo anterior, que contribuya a delinear propuestas y acciones que devengan en políticas públicas en salud con centralidad en los territorios, que promuevan procesos de organización y transformación en los espacios territoriales a partir de la apropiación de una mirada comunicacional.

BIBLIOGRAFÍA

ALONSO, L; (2003) “La mirada cualitativa en sociología”. Fundamentos. España.

ARDITI, B; (1995) "Rastreado lo político". Revista de Estudios Políticos, N. 87: p.333-351.

ARISTEGUI, L., DONANTUENO, M., GONZALEZ TAVERNA, G., GORDILLO, E., PAULINO, F. (2009) “Un acercamiento al análisis institucional del Club Deportivo y Recreativo Villa Argüello”. Trabajo Final Cátedra de Trabajo Social Institucional, Facultad de Trabajo Social, UNLP

ARMUS, D “De la salud pública a la salud colectiva”. En Voces en el Fenix, Año 2 Número 7.

AUYERO, J. (2002) “La protesta. Retratos de la beligerancia popular en la Argentina Democrática”. Libros del Rojas-UBA, Buenos Aires.

BARRI, H. (2014) “¿Salud legítima?” En Voces en el fénix N° 41. <http://www.vocesenelfenix.com/>

BASILE, G. (2013) “Tensiones creativas del Post-neoliberalismo: *¿avances en Seguridad Social, retrocesos en Salud Colectiva?*”. En X Jornadas Nacionales de Debate Interdisciplinario en Salud y Población, Instituto de Investigaciones Gino Germani, UBA.

BELMARTINO, S. (2005) Una Década de Reforma de la Atención Médica en Argentina. Salud Colectiva, mayo-agosto. Año 1, volumen 1, numero 2. Universidad Nacional de Lanús. Buenos Aires. Argentina.

BELMARTINO, S. y BLOCH C.; (1984) “Reflexiones sobre participación popular en salud en Argentina”. Cuadernos Médicos Sociales, N° 27, CESS, Rosario.

BELTRAN, L. R; (1995) “Salud pública y comunicación social”. Revista Chasqui, vol. 51.

BELTRAN, L. R; (s/f) “La importancia de la comunicación en la promoción de la salud”. Conferencia Brasileña de Comunicación y Salud. Cátedra Unesco de Comunicación para el Desarrollo Regional de la Universidad Metodista de Sao Paulo. http://encipecom.metodista.br/mediawiki/images/c/c9/004_-_Luis_Ramiro_Beltran.pdf

BELTRAN, L. R; (2010) “Comunicación para la salud del pueblo. Una revisión de conceptos básicos”. Estudios sobre Culturas Contemporáneas. Época II. Vol 16. Núm 31, Colima, pp. 17/65.

<http://www.culturascontemporaneas.com/contenidos/2%20Ensayo%20Beltran%20pp%2017-65.pdf>

BIAGINI, G y SANCHEZ, M; (2009) “Demandas y reclamos por el derecho a la salud: el caso de las organizaciones de trabajadores desocupados”. Presentación en el Congreso ALAS.

BIAGINI, G. Sociedad civil y salud en Latinoamérica: aproximaciones al estado del arte de las investigaciones. Disponible en: http://lasociedadcivil.org/docs/ciberteca/g_biagini.pdf (visitado enero 2012)

BORRI, N., PREVOTEL, S (2014) “Organización Social + Estado = poder popular. Los desafíos políticos de las organizaciones sociales y el estado democrático”. Ministerio de Desarrollo Social de la Nación.

BOSI, M. L.; (1994) “Ciudadania, participacao popular e saúde na visao dos profissionais do setor: Um estudo do caso na rede pública de servicios”. Cad. Saúde publ. Río de Janeiro, 10 (4): 446-456, out/dez.

BOURDIEU, P; (1980) *El Sentido Práctico*. Siglo XXI, Buenos Aires 2007.

BOURDIEU, P; (2002) Campo de poder, campo intelectual. Itinerario de un concepto. Montresor.

BRONFMAN, M. y GLEIZER, M.; (1994) “Participación comunitaria: ¿necesidad, excusa o estrategia? O de qué hablamos cuando hablamos de participación comunitaria”. Cad. Saúde publ. Río de Janeiro, 10 N°1, pp: 111-122, jan/mar.

- CASTILLO, C y LIZARRAGUE, F, 2009. "Hacia el fin de un ciclo." *Lucha de clases*, 9.
- CENTRANGOLO, O. y DEVOTO, F. (2002): "Organización de la salud en argentina y equidad. Una reflexión sobre las reformas de los años noventa e impacto de la crisis actual.". www.cepal.org/publicaciones/xml/1/13041/SALUDEQYREF.pdf (Consultado enero de 2015)
- CERRUTTI, M y GRIMSON, A.; (2004) "Buenos Aires, neoliberalismo y después. Cambios socioeconómicos y respuestas populares". Cuadernos del IDES.
- CIEZA, G.; (2011) "Borradores sobre la lucha popular y la proyección política". El Colectivo, Buenos Aires.
- COE, G; (1998) "Comunicación y promoción de la salud". Revista Chasqui N° 63. Quito, Ecuador. www.comunica.org/chasqui/coe.htm
- COFFEY, A. y ATKINSON P.; (2003) "Encontrar el sentido a los datos cualitativos: estrategias complementarias de investigación" Facultad de Enfermería de la Universidad de Antioquía.
- CONSTITUCION ARGENTINA 1994. Consultada en: <http://infoleg.mecon.gov.ar/infolegInternet/anexos/0-4999/804/norma.htm>
- CUBERLI, M; (2008) "Perspectivas comunicacionales para pensar las prácticas en salud: pasado y presente de un campo en construcción". Revista Question N°18, FPyCS – UNLP.
- CUESTA CAMBRA, U; MENENDEZ HEVIA, T; UGARTE ITURRIZAGA, A (coordinadores); (2011) "Comunicación y salud: nuevos escenarios y tendencias". Editorial Complutense.
- CUESTA CAMBRA, U; MENENDEZ HEVIA, T; UGARTE ITURRIZAGA, A (coordinadores); (2008) "Comunicación y salud: Avances en modelos y estrategias de intervención. Editorial Complutense.
- CUESTA CAMBRA, U; MENENDEZ HEVIA, T; UGARTE ITURRIZAGA, A (coordinadores) (s/f) "Comunicación social y salud. Una introducción. Editorial Complutense.

D'AMICO, M.V., PINEDO, J.; (2009a) "Las organizaciones piqueteras del Gran Buenos Aires y sus diferentes abordajes. Aportes para el debate acerca del estudio de la acción colectiva en Argentina".

D'AMICO, MV y PINEDO J.; (2009b) "Debates y derivas en las investigaciones sobre los piqueteros. Una bitacora de lectura". En Memoria Académica FAHCE, N°25

DABAS, E. (2001) "Red de Redes. Las prácticas de la intervención en redes sociales". Paidós Grupos e Instituciones. Argentina.

DE CERTEAU, M.; (1996) "La invención de lo cotidiano. 1 Artes de Hacer", Universidad Iberoamericana, México.

DE PIERO, S (2003) "La sociedad civil frente a las políticas públicas: control, beneficencia, conflicto y articulación. Actores y visiones luego de la crisis del 2001". VI Congreso Nacional de Ciencia Política. Universidad Nacional de Rosario.

DE PIERO, S (2005) "Organizaciones de la sociedad civil", Buenos Aires, Paidós.

DEAMBROSI N. (2009) "Ni Berisso, ni La Plata: Villa Argüello. Territorio y Organización Social en un barrio del Gran La Plata 1958 – 2008". Tesis de Licenciatura, Carrera de Sociología, FHyCE, UNLP

DELAMATA, G.; (2004) "Los barrios desbordados. Las organizaciones de desocupados del Gran Buenos Aires", Eudeba.

DELFINO, S.; (1998). Desigualdad y diferencia: retóricas de identidad en la crítica de la cultura. Revista Estudios, CEA Universidad Nacional de Córdoba, Argentina, No. 7

DIAZ, H. y URANGA, W.; (2011). "Comunicación para la salud en clave cultural y comunitaria". Revista de Comunicación y Salud. Vol.1, n° 1, pp. 113-124

EGUIA, A. y ORTALE, S. (Comp.); (2007) "Programas sociales y participación en la provincia de Buenos Aires". Edulp, La Plata, Argentina.

EMA LOPEZ J. E.; (2007) "Lo político, la política y el acontecimiento". Foro interno: anuario de teoría política, Núm. 7, pp. 51-76

- ESCUADERO, J (2011) Sobre la salud colectiva. En Voces en el Fenix, año 2 número 7.
- ESCUADERO, J y MOYANO, G (2005) DERECHO A LA SALUD. Situación en países de América Latina. Asociación Latinoamericana de Medicina Social – ALAMES.
- FERRARA, F (1985) “Conceptualización del campo de la salud”, en “Teoría Social y Salud”. Editorial: Catálogos. Buenos Aires.
- FORNILLO, B.; GARCIA, A.; VAZQUEZ, M (2008) “Perfiles de la nueva izquierda en la Argentina reciente. Acerca de las transformaciones de los movimientos de trabajadores desocupados autónomos”. En Revista (Con)textos; p. 41 – 58, Barcelona.
- GARCIA CANCLINI, N. (1984) “*Gramsci con Bourdieu. Hegemonía, consumo y nuevas formas de organización popular*”. Nueva Sociedad Nro.71, Marzo- Abril. pp. 69-78
- GARCIA CANCLINI, N.; (1997) “Ideología, cultura y poder”. Cursos y conferencias, segunda época. Secretaría de Extensión Universitaria, Facultad de Filosofía y Letras, Universidad de Buenos Aires.
- GARCIA CANCLINI, N.; (2004) “Diferentes, desiguales y desconectados. Mapas de la interculturalidad”. Gedisa Editorial, España.
- GARCIA DELGADO, D.; (2011) “La relación Estado – Sociedad civil en la etapa actual”. Diplomatura en Organizaciones de la Sociedad Civil, módulo 1, FLACSO, Argentina.
- GIDDENS, A.; (1995) “La constitución de la sociedad. Bases para la teoría de la estructuración”. Amorrortu, Buenos Aires
- GIECO, A.; (2010) “Autogestión de la salud. Un estudio de casos”. En memorias de Jornadas de Sociología de la Universidad Nacional de La Plata.
- GIECO, A. y MEDINA, F.; (2009). “Del “piquete y cacerola, la lucha es una sola” a la acción política focalizada. Un estudio de casos”. En memorias del congreso ALAS.
- GIMENEZ, G.; (2004) “Culturas e identidades”. Revista mexicana de sociología. Vol. 66. Pp 77-99.

GIMÉNEZ, G. (1997). Materiales para una teoría de las identidades sociales. México. Mimeo. Instituto de Investigaciones Sociales, UNAM.

GIMENEZ, G., (1981) “Poder, Estado y Discurso. Perspectivas sociológicas y semiológicas del discurso jurídico-político”. Universidad Nacional Autónoma de México. México.

GOLBERT, L. (2012) Posibilidades y restricciones de las políticas públicas: el caso del sistema de salud argentino. En Carlos Fidel - Enrique Valencia Lomelí (Coordinadores) “(Des) encuentros entre reformas sociales, salud, pobreza y desigualdad en América Latina”. Tomo I, CLACSO, Bs. As. Argentina. <http://biblioteca.clacso.edu.ar/clacso/gt/20130219123514/DesEncuentrosEntreReformasSociales.pdf> (Consultado enero de 2015)

GOLLÁN, D (2014) “El camino hacia la transformación sanitaria. Una propuesta desde el campo nacional y popular”. Voces en el fénix, N° 41. <http://www.vocesenelfenix.com/>

GONZALEZ SANCHEZ, J.; (1994) “Mas (+) cultura (s). Ensayos sobre realidades plurales”. Pensar la Cultura, México.

GRIMBERG, M.; (2005) “En defensa de la salud y la vida”. Demandas e iniciativas de salud de agrupamientos sociales de la Ciudad de Buenos Aires y Conurbano Bonaerense - 2001 a 2003-. Revista Avá N° 7, Universidad de Misiones.

GRIMBERG, M.; (2009) “Poder, políticas y vida cotidiana. Un estudio antropológico sobre protesta y resistencia social en el área metropolitana de Buenos Aires. Rev. Sociología Política, Curitiba, Vol 17, N° 32, pp 83-94.

GRIMBERG, M. SCHAVALZON S., BARNA, A, PELUSO, M y GONZÁLEZ MARTÍN, M., (2004) “Identificaciones y disputas de sentido en Asambleas Barriales. Análisis de la construcción política de la categoría vecino”. En Intersecciones Antropol. n.5, Olavarría.

CERRUTTI, M.; GRIMSON, A. (2004) “Buenos Aires, neoliberalismo y después. Cambios socioeconómicos y respuestas populares. Instituto de Desarrollo Económico y Social. Buenos Aires.

GRADIN, A., y DE PIERO (2011) “Las OSC en el final de la década: balances y perspectivas. Diplomatura en Organizaciones de la Sociedad Civil, módulo 4, FLACSO, Argentina.

GRIMSON, A.; FERRAUDI CURTI, M. C.; SEGURA, R (comps.) (2009). La vida política en los barrios populares de Buenos Aires. Prometeo Libros, Buenos Aires

GUBER, R; DIAZ, R; SORTER, M y VISACOVSKY, S.; (1986) “La producción de sentido: un aspecto de la construcción de las relaciones sociales”. Nueva Antropología, Vol. 9, N°31.

GUBER, R.; (2004) “El salvaje metropolitano. Reconstrucción del conocimiento social en el trabajo de campo”. Paidós, Buenos Aires.

GUBER, R.; (2001) “La etnografía. Método, campo y reflexividad”. Norma. Bs As.

GUTIERREZ, M.; (2009) “Mo.Ca.SE- VC, la lucha por el derecho a la salud”. En memorias del congreso ALAS.

HALL. S. “Codificar y Decodificar”. En: CULTURE, MEDIA Y LENGUAJE, London, Hutchinson, 1980. Pág. 129-139. Disponible en:

<http://www.nombrefalso.com.ar/apunte.php?id=22>

HUERGO, J. (2001), “Del modelo hegemónico a la intervención contrahegemónica en salud”, II Jornadas Nacionales de Medicina Antropológica, La Plata, Sociedad Argentina de Medicina Antropológica.

HUERGO, J. (S/F) Los modos político-culturales en que trabaja el modelo hegemónico en salud. Disponible en:

http://www.ms.gba.gov.ar/ssps/residencias/biblio/pdf_Comun/hegemonia_salud_huergo1.pdf (consultado enero de 2015).

HUERGO, J. (2009) “Hegemonía: un concepto clave para comprender la comunicación”, Disponible en: <http://fordocsalud.blogspot.com.ar/2009/06/hegemonia-un-concepto-clave-para.html> (consultado en enero de 2015)

JOURNÉ, I.; (2009) “Nuevos Movimientos Sociales, estrategias de reclamo e instancias de organización autogestivas. El caso del Movimiento de Trabajadores Desocupados de Lanús”. En memorias del congreso ALAS.

KATZ, Claudio, 2010. "Los nuevos desequilibrios de la economía argentina". http://www.lahaine.org/b2-img10/katz_deseq.pdf

LACLAU, E.; (1990) “Nuevas Reflexiones sobre la revolución de nuestro tiempo”. Nueva Visión, Buenos Aires. Pp. 19-102

LACLAU, E.; (1993) “Discurso”. En Goodin Robert & Philip Pettit (Ed.). The Blackwell Companion to Contemporary Political Thought, The Australian National University, Philosophy Program.

LACLAU, E. y MOUFFE, Ch.; (1986) “Hegemonía y estrategia socialista. Hacia una radicalización de la democracia”. Siglo XXI, México.

LAURELL, Asa Cristina, “Revisando las políticas y discursos en salud en América Latina” Medicina Social (www.medicinasocial.info) volumen 5, número - 79 - 1, marzo de 2010

LINS RIBEIRO, G, (1989) “Descotidianizar. Extrañamiento y conciencia práctica, un ensayo sobre la perspectiva antropológica”. En Cuadernos de Antropología Social, Buenos Aires. Facultad de Filosofía y Letras-UBA, Vol. 2, N°. 1, pp. 65-69

LONGO, R; MOSCHELLA, R, PAWLOWICZ, M; ZALDÚA, G.; (2011) “Significaciones y prácticas de las y los trabajadores de la salud vinculadas al acceso a los derechos sexuales y reproductivos en la zona sur de la CABA”. Memorias del III Congreso Internacional de Investigación y Práctica Profesional en Psicología y XVIII Jornadas de Investigación. Séptimo Encuentro de Investigadores en Psicología del MERCOSUR.

MACEIRA, D (2008) “Evaluación del Programa de Seguro Público de Salud de la provincia de Buenos Aires”. Informe Final. CIPPEC, Bs. As. www.cippec.org/-/evaluacion-del-programa-de-seguro-publico-de-salud- (Consultado enero de 2015)

MACEIRA, D (2011) Desafíos del Sistema de Salud Argentino. En Voces en el Fenix, año 2 número 7.

MANZANAL, M (2007) “Territorio, poder e instituciones. Una perspectiva crítica sobre la producción del territorio”. En Manzanal, M; Arzeno, M y Nussbaumer, B (comp) *Territorios en construcción Actores, tramas y gobiernos: entre la cooperación y el conflicto*. Ediciones CICCUS, Argentina.

MANZANO, V.; (2004) *Movimientos sociales y protesta social: una perspectiva antropológica*.

MANZANO, V.; (2006) “Formación de dirigentes, jerarquía y disciplina en organizaciones de desocupados del Gran Buenos Aires: Un enfoque antropológico de los movimientos sociales”. *Revista Avá* N° 9. Universidad Nacional de Misiones-Argentina.

MANZANO, V.; (2004) “Tradiciones asociativas, políticas estatales y modalidades de acción colectiva: análisis de una organización piquetera”. *Revista Intersecciones en Antropología* N° 5, pp. 153-166. Facultad de Ciencias Sociales de la Universidad Nacional del Centro de la Provincia de Buenos Aires, Olavarría.

MARTIN BARBERO, J.; (1987) “De los medios a las mediaciones”. G. Gili. México.

MARTIN BARBERO, J.; (2002) “Oficio de Cartógrafo. Travesías latinoamericanas de la comunicación en la cultura”, Fondo de Cultura Económica. Chile.

MASSETTI, A.; (2004). *Piqueteros. Protesta social e identidad colectiva*. Editorial de las ciencias FLACSO, Buenos Aires.

McLAREN, P (1998) “Desde los márgenes: Geografía de la identidad, la pedagogía y el poder” en *Pedagogía, identidad y poder*, Santa Fe, Homo Sapiens.

MELUCCI, A. (1994) “¿Qué hay de nuevo en los movimientos sociales?” en E. Laraña y J. Gusfield (eds.), *Los nuevos movimientos sociales: de la ideología a la identidad*, Madrid, Centro de Investigaciones Sociológicas.

MENENDEZ, E.; (1988) “Modelo Médico Hegemónico y Atención Primaria”. *Segundas Jornadas de Atención Primaria de la Salud*, Buenos Aires. Pág. 451-464.

MENENDEZ, E. (1994) “La enfermedad y la curación ¿Qué es medicina tradicional?” en *Alteridades* 4 (7): Págs. 71-83.

MENENDEZ, E., (2009) De saberes, sujetos y estructuras. Introducción al enfoque relacional en el estudio de la salud colectiva. Lugar Editorial.

MERKLEN, D; (2005). *Pobres ciudadanos. Las clases populares en la era democrática (Argentina 1983-2003)*. Gorla, Bs. As.

MICHI, N.; (2010) “Movimientos campesinos y educación. El Movimiento de los Trabajadores Rurales Sin Tierra y el Movimiento Campesino de Santiago del Estero – VC”. El colectivo, Buenos Aires.

MOUFFE, CH.; (2007a) “En torno a lo político”. FCE. Buenos Aires.

MOUFFE, CH (2007b) " Alteridades y subjetividades en las ciudadanías contemporáneas", en Diálogos de la Comunicación, n° 75.

MUNCK, G.; (1995) “Algunos problemas conceptuales en el estudio de los movimientos sociales”. En revista Mexicana de Sociología.

Naishtat, F., Schuster, F., Nardacchione, G., y Pereyra, S., (comps.); (2005) Tomar la palabra: Estudios sobre protesta social y acción colectiva en Argentina contemporánea. Prometeo, Buenos Aires.

NATALUCCI, A.; (2009) “Aportes para la discusión sobre la autonomía o heteronomía de las organizaciones sociales. La experiencia del Movimiento de Barrios de Pie, 2002-2008”. Laboratorio, Revista de Estudios sobre Cambio Estructural y Desigualdad Social, N°23. IIGG

NATANSOHN, G.; (2009) “Planejamento da comunicação comunitária e institucional ao serviço da saúde”. Memorias del IX congreso de ALAIC. México. http://www.alaic.net/alaic30/ponencias/cartas/Comunicacion_y_salud/ponencias/GT7_5Natanshon.pdf

ORTIZ, R . (2004) “Taquigrafiando lo social”, Siglo XXI, Buenos Aires.

PEREYRA, J.; (2010) “Sociedad civil y salud: reflexiones en base a algunos estudios de caso”. Clase Modulo 2. Diplomatura Superior en Organizaciones de la sociedad civil. FLACSO Argentina

PEREIRA, S., (2011) “El presente y el futuro de los movimientos sociales y de protesta”. Diplomatura en Organizaciones de la Sociedad Civil, módulo 1, FLACSO, Argentina.

PETRACCI, M. Y WAISBORD, S. (Comps.); (2011) “Comunicación y salud en Argentina”. La Crujía, Buenos Aires.

PRIETO CASTILLO, D.; (2000) “Comunicar para la salud”. Comunicación, Universidad y Desarrollo, La Plata, Colección Investigaciones de la Plangesco Nro. 1, FPyCS, UNLP.

Programa de las Naciones Unidas para el Desarrollo (2011) “Aportes para el desarrollo humano en argentina / 2011. El sistema de salud argentino y su trayectoria de largo plazo: logros alcanzados y desafíos futuros”.

REGIS, S.M.; (2010) “Reflexiones sobre las prácticas de comunicación en el campo de la salud”. Question N°13, FPyCS – UNLP.

REGILLO CRUZ, R. (1996) “La construcción simbólica de la ciudad. Sociedad, desastre y comunicación”. Guadalajara, Universidad Iberoamericana/ITESO.

RESIDENCIAS PRIM Berisso (2009) “Diagnóstico situacional y evaluación del Programa Dieta Suplementaria” Unidad Sanitaria N° 35 Barrio El Carmen, Berisso

RETAMOZO, M.; (2009) “Lo político y la política: los sujetos políticos, conformación y disputa por el orden social”. Revista Mexicana de Ciencias Políticas y Sociales, Vol. 51, N° 206, pp. 69-91. Universidad Nacional Autónoma de México, DF México.

RETAMOZO, M.; (2010) Movimientos Sociales. Un mapa de la cuestión. En “(Pre) Textos para el Análisis Político. Disciplinas, Actores y Procesos”. FLACSO - México

REVILLA BLANCO, M.; (1996) “El concepto de movimiento social: acción, identidad y sentido”. Última Década, N° 5, pp. 1-18. Centro de Investigación y Difusión Poblacional de Achupallas. Viña del Mar, Chile.

ROCKWELL, ELSIE (2009) La experiencia etnográfica. Historia y cultura en los procesos educativos. Paidós, Buenos Aires.

ROCHE, A.M., NAVARRO, A., LEMBO, S. y TELLECHEA, A.; (2010) “Educar para la salud desde las percepciones del otro”. Revista Extensión en Red, FPYCS-UNLP, N° 1. www.perio.unlp.edu.ar/extensionenred

ROCHE, A.M., NAVARRO, A.; (2008) “Comunicar en Salud” 10° Congreso REDCOM, Universidad Católica de Salta. http://www.ucasal.net/unid-academicas/artes-y-ciencias/congresos/redcom10/archivos/redcom-ponencia/Ejes23y4/Eje4/Mesa4-4/Roche-Navarro_PN_.pdf

RODRÍGUEZ SABIOTE, C.; LORENZO QUILES, O. y HERRERA TORRES, L.; (2005) Teoría y práctica del análisis de datos cualitativos. Proceso general y criterios de calidad. Revista Internacional de Ciencias Sociales y Humanidades, SOCIOTAM. Vol. 15, N° 2, pp. 133-154. Universidad Autónoma de Tamaulipas, México.

ROVERE, M. (2004) La Salud en la Argentina: Alianzas y Conflictos en la Construcción de un Sistema Injusto. en revista electrónica La Esquina del Sur.

RUBIO GARCÍA, A.; (2004) “Perspectivas teóricas en el estudio de los movimientos sociales” Circunstancia: revista de ciencias sociales del Instituto Universitario de Investigación Ortega y Gasset, N° 3.

RUDNIK, I.; MENENDEZ, D. (coord) “¿Por qué no van a trabajar? Diez años de lucha por trabajo digno y contra la pobreza en Argentina”. ISEPCI.

SABINO, C.; (1992) “El proceso de investigación”. Caracas. Panapo.

SEOANE, J, TADDEI, E, ALGRANATI, C.; (2009) “El concepto “movimiento social” a la luz de los debates y la experiencia latinoamericana recientes”. Memorias del 27 Congreso ALAS.

SCHUSTER, F.; PEREYRA, S. (2001) “Las transformaciones de la protesta social en la Argentina democrática. Balance y perspectivas de una forma de acción política”. En Giarracca, Norma y Karina Bidaseca (editoras), La protesta social en Argentina. Transformaciones económicas y crisis social en el interior del país. Alianza Editorial, Buenos Aires.

SMEKE, E de L. M.; (1993) “Descubriendo percorsi para a pesquisa em saúde no trato com o movimento social”. Cad. Saúde publ. Vol 9, Nº1 pp: 39-47. Río de Janeiro.

SOLANA, P. (2011) “2001-2011: Las dimensiones de la rebelión al calor de la experiencia de los movimientos barriales y de trabajador@s desocupad@s” En revista Herramienta Nº 46, marzo.

SOPRANSI, B. y VELOSO, V.; (2005) “Trabajar en salud desde los movimientos sociales: cotidianeidad e integralidad hacia el cambio social”. Terceras Jornadas de Jóvenes Investigadores. UBA, Instituto Gino Germani

SPINELLI, H.; (2010) “Las dimensiones del campo de la salud en Argentina”. Salud colectiva Vol 6, Nº 3, pp- 275-293. Buenos Aires

STOTZ, E N.; (1994) “Movimentos sociais e saúde: notas para uma discussao”. Cad. Saúde publ. Vol 10 Nº 2 pp: 264-268. Río de Janeiro.

STRATTA, F. y BARRERA, M.; (2009) “El tizón encendido. Protesta social, conflicto y territorio en la Argentina de la posdictadura”, El Colectivo.

SVAMPA, M.; (2005). “La sociedad excluyente”. La Argentina baja el signo del neoliberalismo. Taurus, Buenos Aires.

SVAMPA, M.; (2006) “La Argentina: Movimientos Sociales e Izquierdas”. Entre voces, Revista del grupo Democracia y Desarrollo Local, Nº 5, Quito.

SVAMPA, Maristella, 2008. "Las fronteras del gobierno de Kirchner". En Svampa, M, *Cambio de época. Movimientos sociales y poder político*, Buenos Aires, Siglo XXI/CLACSO.

SVAMPA, M. y PEREYRA, S.; (2003). *Entre la ruta y el barrio. La experiencia de las organizaciones piqueteros*. Editorial Biblos, Buenos Aires.

TESTA, M (2014) Ejes articuladores en el campo de la salud. voces en el fénix Nº 41. <http://www.vocesenelfenix.com/>

TESTA, M; SILVA PAIM, J, (2010) “Memoria e Historia: diálogo entre Mario Testa y Jairnilson Silva Paim”. Salud colectiva vol.6 no.2 Lanús. mayo/ago.

UGALDE, A.; (1985) “Las dimensiones ideológicas de la participación comunitaria en los programas de salud en Latinoamérica”. *Social Science and Medicine*, Vol 21, N°1 pp 41-53.

URANGA, W., FEMIA, G., DIAZ, H.; (2002) “Acerca de la práctica social de los comunicadores. Consideraciones teóricas, metodológicas y políticas. Una mirada sobre comunicación y salud”. Bolivia

VALLES, M.; (1999) “Técnicas cualitativas de investigación social. Reflexión metodológica y práctica profesional”. Editorial Síntesis, España

VARESI, Gastón, 2010. "La Argentina posconvertibilidad: modelo de acumulación. *Problemas del Desarrollo. Revista latinoamericana de economía*, 161.

VIGUERA, A.; (2009) “Movimientos Sociales y Lucha de Clases”. *Revista Conflicto Social*, Año 2, N° 1.

VILLANUEVA, E. y MASSETTI, A. [compiladores]; (2007) “Movimientos sociales y acción colectiva en la Argentina de hoy”, Prometeo Libros, Buenos Aires.

ZALDÚA, G., SOPRANSI, B. y VELOSO, V.; (2005). “Praxis Psicosocial Comunitaria en Salud, los Movimientos Sociales y la Participación. Anuario de Investigaciones, UBA.

ZALDÚA, G; SOPRANSI, M.B.; LONGO, R.; (2007) “Vulnerabilidad, género y prácticas de autonomía en dos organizaciones de trabajadores desocupados en Gral. Mosconi y Conurbano Bonaerense”. *Anu. Investig (Fac. Psicol. UBA)*. Vol. 14 Ciudad de Bs.As.

ZALDÚA, G; SOPRANSI, M.B; ESTRADA MALDONADO, S; VELOSO, V.; (2008) “Psicología social, política y comunitaria. Políticas sociales, dispositivos autogestivos y enunciados subjetivantes”. *Anu. investig. (Fac. Psicol. Univ. B. Aires)*. Vol. 15 Ciudad Autónoma de Buenos Aires.

ZALDÚA, G; SOPRANSI, M.B.; (2005) “Dispositivo taller: modalidad de construcción de saberes y prácticas autogestivas en salud”. Facultad de Psicología, UBA. Secretaría de Investigaciones, Anuario de Investigaciones Vol. 13.

FUENTES:

Materiales comunicacionales y de formación; y comunicados producidos por las organizaciones

Páginas web:

Frente Popular Darío Santillán - Regional La Plata, Berisso y Ensenada:

<http://fpds-lpberissoensenada.blogspot.com.ar/>

<https://www.facebook.com/FPDS.CN.mtd.berisso>

Espacio de salud FPDS, <https://www.facebook.com/espaciodesalud.fpds>

Cátedra Libre Ramón Carrillo:

<https://www.facebook.com/catedralibre.ramoncarrillo?fref=ts>

Frente Popular Darío Santillán: http://frentedariosantillan.org/fpds_ant/fpds/

Frente Popular Darío Santillán (Corriente Nacional): <http://fpds-cn.com.ar/>

Barrios de Pie: <https://www.facebook.com/barriosdepie>

<http://www.barriosdepie.org.ar/> (visitada en 2010)

Barrios de Pie - Regional La Plata, Berisso y Ensenada:

<https://www.facebook.com/barriosdepie.laplataberissoensenada?fref=ts>

Organización Mundial de la Salud. <http://www.who.int/es/>

Organización Panamericana de la Salud. <http://www.paho.org/arg/>