

***Modalidades de la convocatoria a la participación comunitaria
Implicancias de una lectura del contexto social***

Por Grisel Adissi (Lic. en Sociología)

Introducción

En el presente trabajo me propongo presentar una parte de las discusiones suscitadas a partir del trabajo en la Residencia Interdisciplinaria de Educación para la Salud (RIEPS) en su sede del CeSAC 10 (Área Programática del Hospital Penna, Ciudad Autónoma de Buenos Aires), año 2005. Este proyecto llevaba en aquel entonces ya casi tres años de funcionamiento, y a lo largo de mi incorporación en él pude ir, de a poco, comprendiendo las contradicciones y dilemas que éste había suscitado entre quienes habían pasado por su coordinación.

Intentaré señalar un aspecto que no ha sido suficientemente tematizado y que intento aportar al equipo tanto como como compartir en un marco más amplio, planteando una pregunta en torno a las determinaciones que operan en la participación comunitaria a partir del modo de convocarla. Para esto, intentaré recalcar en las dos orillas de un puente que no logra aún construirse, comentando algunas de las dificultades de aquel proyecto del CeSAC a la luz de las dificultades que encuentran algunos actores colectivos que se organizan de modo autónomo para participar en la respuesta a sus necesidades de salud.

La experiencia de una convocatoria a la participación desde el Sector Salud: el proyecto "Promotores"

El proyecto "Promotores de Salud" funciona en el CeSAC 10 desde octubre del 2002, como resultado de una confluencia de inquietudes y circunstancias. Entre éstas, un convenio entre la entonces Secretaría de Salud del Gobierno de la Ciudad y el Ministerio de Trabajo de la Nación, por el cual se abrió la posibilidad de que personas beneficiarias del Plan Jefas y Jefes de Hogar pudieran formarse como promotores de Salud.

Siendo el CGP el que manejaba el listado de beneficiarios del plan y la asignación de contraprestaciones vacantes, se le solicitó que pusiera como requisito a quienes optaran por ser promotores de salud, el habitar en el Área de Responsabilidad del CeSAC.

El equipo coordinador, nucleado en torno a los dos profesionales que habían comenzado este proyecto, se conformó de modo estable por tres trabajadores sociales y una psicopedagoga de planta, junto con la Residencia Interdisciplinaria de Educación para la Salud (RIEPS). El proyecto fue tomando distintas modalidades a lo largo del tiempo como resultado de continuos debates que llevaban a la reformulación de las propuestas de abordaje en función de acercarse al logro de los objetivos inicialmente propuestos.

Estos objetivos podrían resumirse en dos: por un lado, la promoción del *"crecimiento de la comunidad en su capacidad para enfrentar los problemas de salud, elevando su nivel de autonomía y articulación con el sistema de salud"* y, por el otro, la ampliación de *"la cobertura del centro de salud difundiendo sus programas y servicios, e incrementando las actividades en terreno"*. Se partía de pensar al proyecto en relación con la participación comunitaria, entendiendo que ésta tiene la capacidad de *"operar cambios reales, intercambio de saberes y el desarrollo de una lectura crítica de la realidad (...) revertir los desequilibrios en la distribución social, modificar las situaciones de sobrevulneración de los sectores excluidos de los ámbitos de decisión y por ende la contribución a mejorar la calidad de vida de la población en general"*

Aquellas dos grandes líneas en las que fueron sintetizados los objetivos contribuyeron con la difusión del Centro de Salud en el Barrio. La otra parte de las intenciones fundantes presentó marcadas dificultades para llevarse a cabo. Fue esto último lo que motivó la mayoría de las discusiones en el seno del equipo coordinador, a medida que se iban evaluando los obstáculos que se presentaban, en función de afinar la propuesta.

Entre los ejes implicados en esos debates, el que preponderó fue el relativo al límite que representaba para la participación comunitaria el hecho de tratarse de una contraprestación, lo que motivaba inicialmente el acercamiento al Centro de Salud para incluirse en el proyecto.

Uno de los problemas fue el del encuadre. En este sentido, entraba en tensión el definirlo; partiendo de entender al espacio como un ámbito laboral, puesto que la idea para el equipo coordinador no era ésta sino más bien, como se dijo, la de la participación y el compromiso para con la tarea. Desprendido de esto, una dificultad importante para el desarrollo de los encuentros fue la relacionada con el reiterado ausentismo. Ante ello, las mismas promotoras solicitaban normas y sanciones al equipo coordinador, mientras este último intentaba “correrse” del lugar de autoridad, instando a la búsqueda de autoorganización de los grupos.

Pero el pedido de un encuadre laboral no era sólo en relación con las faltas, sino que las mismas situaciones conflictivas se daban en torno a la definición de las tareas: mientras el equipo coordinador pugnaba por estimular la autonomía en la elección de temas y modos de abordaje, un número importante de promotoras tendía a reclamar pautas prefijadas bajo las cuales se les indicara qué era lo que debían hacer.

Malestares y discusiones no faltaron en el desarrollo del proyecto, tanto en el interior del equipo coordinador, en el vínculo entre promotoras y coordinadores, como entre las promotoras mismas. Este último terreno de conflictividad estuvo marcado por el hecho de tratarse de un grupo heterogéneo en cuanto a intereses, expectativas, trayectorias, necesidades, bagaje cultural. Esta multiplicidad de perspectivas se replicaría en el modo de inserción que cada una fuera encontrando. Heterogeneidad y multiplicidad, dadas por la ausencia de pertenencias comunes, más allá de la de habitar un mismo barrio y ser beneficiarias del plan.

Sumado a lo anterior, existieron también algunos entredichos que tuvieron lugar con ocasión de sentir, algunos de los trabajadores del Centro, que las promotoras “no sabían ubicarse” en el hecho de que no eran personal del CeSAC. Esto puede pensarse desde dos aristas: por un lado, desde la poca flexibilidad de la institución para dar cuenta de lugares ambiguos y no convencionales; por el otro, de que la forma en que llegaron al Centro habilitaba, como se analizará más adelante, el entender algunas de ellas su inserción como la posibilidad de una prerrogativa en tanto no sólo promotoras, sino también usuarias del Centro de Salud.

La tensión entre obligatoriedad y elección de la función a desarrollar llevó a que se pusiera en juego, comenzando a tener eficacia significativa, un concepto como el de “compromiso”, que circulaba de modo corriente como acusación de su falta o como valoración de su presencia. En la heterogeneidad del grupo de promotores, había –y hay– quienes pretendían sólo “cumplir” y quienes fueron encontrando un cierto sabor en la tarea –sea por ella misma o por el desarrollo personal que algunas vieron que podían encontrar allí.

Así, lo que empezó a circular cada vez con mayor insistencia en de los debates del equipo coordinador, fue el cuestionamiento hacia lo que se interpretó como motivación de las promotoras, en relación con la participación o no que éstas iban logrando en el marco del proyecto. Partiendo de la consideración siempre presente de la contraprestación, y tratando de superar lo que fue entendido como limitación resultante de ella, se vio la tendencia a recurrir a la idea de que tendría que existir la posibilidad de encontrar un modo por el cual poder acompañar a las promotoras en ese “salto” hacia el compromiso con la tarea. Tras esta percepción de tener que seguir buscando un abordaje que permitiera transitar este camino, puede pensarse que subyace el intento de encontrar cómo interpelar a las promotoras en su pertenencia a un colectivo más amplio. Esto que comparten es su pertenencia, más antigua o más reciente, a un territorio. De tal modo, la “pertenencia” formal a un domicilio postal, se

supone que debería implicar un *sentido de pertenencia* a descubrir –el de la “vecindad” – en tanto se piensa al espacio barrial como anclaje colectivo, como lugar definitorio en las trayectorias personales y modos de vida en los que los sujetos pueden reconocerse.

En consecuencia, pese a la renovación de las dificultades implicadas para lo que en el equipo de coordinadores se entendió indistintamente como participación o autonomía, se perseveró en la idea de que, tratándose la tarea de algo que se planteaba como de importancia para el barrio, permitiría reencauzar la motivación inicial. Cabe aclarar que, si bien en estas discusiones aparecía reiteradamente la alusión a la “comunidad”, término que puede pensarse que trae aparejado todo un bagaje normativo y valorativo –y que redundaba en la suposición de un pertenencia que zanjaría las diferencias individuales- se elige simplemente mencionar esto sin ahondarlo puesto que no todo el equipo coordinador coincidía en la relevancia de este concepto.

La heterogeneidad entre las promotoras llevó a que algunas “se engancharan” con la tarea, operando esto en cierto sentido como confirmación del supuesto por el cual había un interés que ya algunas habían podido descubrir. En relación con quienes aparentemente no lograban hacerlo, el equipo coordinador discutió cada vez con más intensidad qué hacer frente al desgaste que esta apatía generaba en él, a partir de comentar la decepción hacia el rol que nunca pudieron terminar de delegar, de ser “motores” del proyecto. En este sentido, algunos plantearon la sensación de un corrimiento de los objetivos: mientras que la idea inicial sostenía formar movilizados de y en la comunidad, la práctica venía –y viene- siendo en muchos casos movilizar a los promotores, lo cual modifica al destinatario del proyecto, o bien lo posterga indefinidamente.

En torno a esto se replanteó el sentido del espacio, dado que las expectativas de un rol activo por parte de las promotoras pudieron cumplirse sólo en casos aislados, lo cual, como se dijo, fue visto continuamente como obstáculo para alcanzar las metas previstas. Al mismo tiempo, y siempre encontrando la causal principal en la modalidad de convocatoria basada en las contraprestaciones, se fue criticando la falta de predisposición de la mayoría de las promotoras para la reflexión crítica y, paralelamente, la tendencia a reproducir de modo rígido la ideología dominante –sobre todo, en lo relativo a culpabilizar a los individuos por sus problemas de salud. Más allá de esto que se problematizaba una y otra vez, era notoria la predisposición de un número importante de promotoras hacia las clases dictadas por médicos en las que recibían información de tipo biológica, contrariamente a su disponibilidad para los talleres donde algunas no dudaban en expresar que sentían que no aprendían, puesto que no había transmisión de conocimiento experto.

Volviendo a párrafos anteriores, para comenzar a redondear lo expuesto arriba, este proyecto tan debatido en su interior obtuvo también sus logros. Tal como se mencionó antes, el acercamiento que pudo hacerse del CeSAC hacia el barrio no es un punto desdeñable. Cabe sumar a esto lo que se aludió fragmentariamente: algunas promotoras pudieron apropiarse del espacio haciéndolo suyo; otras disfrutaron la posibilidad abierta de fortalecer el capital social con que cuentan así como de generar redes con algunos vecinos; muchas rescataron la experiencia de “sentirse útiles”; para no pocas fue también una posibilidad de salir de la falta de soportes relacionales implicada por la desocupación. Así, si las expectativas iniciales consistían en que “la gente” pueda ser partícipe del Centro de Salud para mejorar algo de su calidad de vida, esto fue en varios casos concretado –con la salvedad de que, al no haber actores colectivos implicados, los beneficios se capitalizaron de modo individual.

Sintetizando, el hecho de tratarse de una contraprestación fue tema de debate por parte del equipo coordinador. Sin descuidar esto, se intentará aquí profundizar este tema al desentrañar otro de los supuestos implicados por la convocatoria hecha a vecinos individuales en su carácter de habitantes de un territorio. Cabe aclarar que se parte de entender que la distinción entre esta modalidad de la convocatoria y el hecho de tratarse de contraprestaciones es, en el caso que nos ocupa, una distinción analítica, lo cual se pretende que no quite validez a su capacidad explicativa, sino por el contrario, que aporte mayor complejidad a la comprensión de los límites y las posibilidades de este proyecto.

Intentando una comparación a través del concepto de “actores sociales”

Tal como se describió arriba, quienes impulsaron el proyecto vieron la posibilidad de aprovechar la firma del citado convenio (entre Salud de Ciudad y Trabajo de Nación) para hacer nacer al grupo de promotores comunitarios. Cuando pensaron en la necesidad de que quienes se acercaran estuvieran interesadas en esta tarea, se dieron como primer mecanismo el seleccionar gente del barrio que pudiera sentirse parte de él. De tal manera, la modalidad de la convocatoria llevó implícito el hecho de interpelar a distintos individuos en tanto “vecinos”, dado que la propuesta se enmarcó en una iniciativa del nivel central que no tomaba en cuenta al escenario de actores colectivos presentes en el barrio.

Puede analizarse que la conformación de un “actor colectivo” implica la movilización de sus miembros, tras una serie de definiciones y sentidos compartidos, en pos de la búsqueda por dar satisfacción a sus necesidades e intereses de modo, justamente, colectivo. Muchas veces esto implica no exclusivamente necesidades e intereses del endogrupo, sino también la búsqueda de conquistas extensibles a otros sectores de la población, horizonte configurado a partir de una mira determinada. Estas características son precisamente las que no pudieron –aun- lograrse con las promotoras de salud.

Se postula, entonces, que sería problematizable el hecho de no convocar a actores sociales previamente constituidos en marcos que excedan al que realiza la convocatoria –en este caso, el sector público de salud. Se considera que este tipo de convocatorias pueden derivar en participaciones de baja conflictividad, es decir, que difícilmente logren un caudal crítico, limitación que quizás no se tuvo lo suficientemente en cuenta al momento de elaborar el proyecto que se mencionó arriba –proyecto que fue mostrando sus dificultades a este respecto -2- .

Más allá de este postulado, no obstante, es preciso aclarar que no son pocas las dificultades de pensar modelos de convocatoria a la participación barrial. En este sentido, debe considerarse que, planteando el mismo problema desde la perspectiva inversa, la decisión de no convocar a actores colectivos sino a individuos que no se conocen previamente trae aparejado como beneficio el evitar el enquistamiento de intereses sectoriales en el marco de instituciones públicas. Al respecto, cabría la advertencia hacia el deslizamiento que solemos tener quienes comprendemos que la participación de actores sociales incluye en primer lugar a aquellos con ideales de cambio social, dejando por fuera la posibilidad, por ejemplo, de lobbys empresarios (como arquetipo de aquel actor social cuya participación es fuertemente cuestionable). No obstante, habiendo ya hecho esta salvedad, cabe contemplar la posibilidad de que la evitación de todo tipo de “intereses creados” conlleve la obturación del potencial instituyente de la participación colectiva.

Al mismo tiempo, podría discutirse una creencia frecuente respecto de que la ventaja de no convocar a grupos organizados sería la inclusión de miradas no representadas por agrupaciones con intereses propios; esta afirmación se basa en el supuesto de que sería dable conseguir la representatividad barrial a través de una convocatoria atomizada, lo cual puede ponerse en cuestión. Frente a esto, bien podría plantearse, además, que el ideal de “barrio” que informa tal expectativa suele no condecirse con los barrios de las llamadas “megalópolis” (como la nuestra); quizás menos aun lo hagan con barrios que son tenidos –tanto en el imaginario como en las prácticas- como “de pasaje”. Constitución es casi un arquetipo de esto último, tanto como lo es el nombre de sus viviendas características (“hoteles”). De tal modo, habría que pensar qué se entiende por representatividad, y en qué sentido sería esta deseable.

Algunas preguntas que podrían surgir entonces serían: ¿cuáles son las posibilidades y los límites de convocar a ciudadanos en su calidad de “individuos-habitantes de un territorio delimitado”?, ¿existe la posibilidad de conformar actores colectivos a través de una convocatoria atomizada nacida desde el Estado?

Me interesaría postular, como hipótesis de este trabajo y haciendo un recorte desde la perspectiva del cambio social, el lugar central que tiene el momento de configuración de un colectivo en su potencial instituyente. En este sentido, se considera que un actor colectivo se

constituye a través de su misma agencia, al dirimir en ésta sentidos y posturas que van generando instancias de consenso. Así, esta hipótesis sugiere que en caso de no existir este pasaje encarado de modo autónomo, sino con posterioridad a la convocatoria en el marco de una institución que, como cualquier otra, conlleva aparejada una fuerte carga de significaciones sociales, se volvería difícil revertir el reforzamiento de las pautas y valores internalizadas por aquellos individuos que no se encontraban movilizados con anterioridad. Pautas y valores que orientan el modo de encarar sus prácticas.

Para intentar acercarnos a la comprensión de este proceso, el concepto de “definición de la situación”, central para la sociología interaccionista, puede resultar de utilidad. Aquel concepto adquiere especial importancia para entender los procesos de construcción de identidades colectivas mediante la atribución de sentido (Laraña, 1999). Con el término “sentido” se hace referencia a designaciones y caracterizaciones que demarcan los límites entre lo deseable y lo indeseable, lo permitido y lo prohibido, lo aceptable y lo reprochable, lo justo y lo injusto, etcétera. En consecuencia, se puede inferir que el modo en que sea procesualmente definida la situación de inserción en el CeSAC será determinante de las prácticas resultantes.

En esta línea, se plantea la centralidad de los procesos de interacción a partir de los cuales se construyen estos marcos de significados, con los cuales se identifican quienes van conformando su pertenencia a un colectivo, al tiempo que, de modo dialéctico, es la sensación de pertenencia al colectivo la que va llevando a los sujetos a identificarse con estos mismo sentidos. De tal modo, la conformación de un actor colectivo trae aparejada una configuración dinámica de nuevas modalidades de subjetivación para sus integrantes. Conjuntamente con la autopercepción de los sujetos en tanto miembros de una organización que los trasciende, la unidad de esta última no surge como un dato previo, sino como resultado de la interacción, la negociación y el conflicto entre las diferencias de quienes la van conformando (Melucci, 1989). Es decir que al tiempo que es la acción colectiva la que genera una perspectiva compartida, sería necesaria la búsqueda continua de consensos y la resolución de las divergencias al interior de un grupo la que posibilitaría tal emergencia.

En relación con esto, Miles y Snow (1986) entienden a los actores sociales como agencias de significaciones colectivas, lo cual traería aparejada la posibilidad no sólo de creación sino también de difusión de nuevos significados en la sociedad. La capacidad instituyente vendría así derivada de un esfuerzo colectivo por producir cambios en el sistema de normas y relaciones propio de alguna dimensión del orden social. Como conclusión, la capacidad de producir cambios en las definiciones de situación hegemónicas, estaría emparentada con la percepción de algún aspecto de estas como problemático o injusto, y con el consiguiente desafío a la lógica de significación prevaleciente.

Volviendo al caso comentado, podría pensarse que, al haberse conformado el grupo de promotoras en el marco de una institución oficial **-3-**, el “*régimen de verdad*” (Foucault, 1992) operante en las definiciones instituidas sería el que tendería a prevalecer. Así, los parámetros y criterios que cada una de ellas traería, conjugarían todo un conjunto de prenaciones dominantes, sedimentadas en el transcurso de su vida cotidiana y reforzadas por el imaginario social que el CeSAC en tanto lugar legítimo de saber/poder tiende a representar. De ser así, esto podría verse en el modelo de participación que solían demandar, el cual implicaba normas rígidas preestablecidas, a ser cumplidas mediante la autoridad de alguien que imponga sanciones.

Al mismo tiempo, esto podría relacionarse con una concepción que asimila el saber al conocimiento experto, lo cual tendría como correlato lógico la preferencia por actividades de difusión y propaganda –tanto como la negativa a otras propuestas que se desprendan de perspectivas donde se parte de concebir saberes que se construyen colectivamente. Por otra parte, podría pensarse que esta misma matriz subyace al recalcar algunas de las promotoras su sensación de importancia personal, al considerarse una suerte de representantes de la institución frente a sus vecinos –poseedores, en consecuencia, de un cierto caudal de saber/poder legitimados socialmente **-4-**.

Partiendo de lo expuesto, la hipótesis que se maneja en el presente trabajo es que la

modalidad de convocatoria que siguió este proyecto, presente también en otras esferas estatales, trae aparejado un bajo nivel de conflictividad instituyente. Se trata, cabe aclarar, de una hipótesis tentativa puesto que para corroborarla sería necesario realizar un rastreo de lo sucedido en otras experiencias similares, el cual aun resta hacerse.

No obstante, se sugiere la posibilidad de analizar este eje a partir de las preguntas despertadas por el caso analizado, en comparación con lo que proponían simultáneamente colectivos sociales autoorganizados en distintos lugares del AMBA. A este fin, se han seleccionado casos de lo que en el momento en que se conformaba el proyecto fueron los arquetipos de actores sociales con capacidad instituyente –movimientos de desocupados, asambleas barriales, fábricas recuperadas -5-. Se ha realizado, así, lo que la sociología inscripta en la corriente de “teoría fundamentada” (Glasser y Strauss, 1967) llama “muestreo teórico”, consistente en comparar grupos que a priori podrían parecer “no comparables” permitiendo así la visibilización de aspectos que de otro modo no emergerían, para a partir de esto poder elaborar teoría sustantiva (en este caso, acerca de la participación comunitaria).

La participación desde la experiencia de algunos actores sociales

Como se mencionó arriba, cuando se habla de participación comunitaria, muchas veces tiende a desestimarse la participación de sectores de la comunidad ya organizados. Intentando contrafacticamente hacer dialogar tales perspectivas, podríamos partir de algunas preguntas: ¿qué sucede cuando sectores de la propia “comunidad” son los que tienen la iniciativa de participar en asuntos de interés público o colectivo? ¿qué modalidades de participación son las concebidas desde estos “otros” espacios? ¿qué tipo de respuestas –si las hay- obtienen por parte de las instituciones estatales? ¿qué tipo de articulación permite sostener estos espacios participativos? ¿qué supuestos sustentan estas prácticas?

Para intentar la aproximación a algunas de estas preguntas, se decidió explorar algunas modalidades de participación recortándolas en torno al área de salud, considerando que la convocatoria a la participación en el marco del estado surgió en un contexto más amplio de movilización social.

La Salud en las propias manos: la participación desde la urgencia

En primer lugar, podemos comentar brevemente los sentidos que suele cobrar la definición de “participación en salud” en los movimientos de desocupados. Dada la diversidad existente entre estos últimos, cabe aclarar que se trata de un análisis que intenta mapear la lógica de estos actores al respecto, pero que seguramente deje afuera más de una modalidad de participación.

En este sentido, se encuentra que estos movimientos son conformados por sectores altamente vulnerados por la problemática social actual (desempleo y trabajo precarizado, ingresos insuficientes para un nivel de vida digno, dificultad creciente del acceso a servicios públicos, dificultad en la proyección a futuro, fragilización de los vínculos, etc.). Considerados casi como “prototipo” de estos sectores, en los movimientos de desocupados es frecuente que halla “comisiones” o “sectores” (llamados de diversos modos) abocados a la problemática de salud, que enfrentan situaciones similares a las de cualquier sector económicamente vulnerable.

En estas comisiones se realizan acciones cuyas características, en lo que respecta a la dimensión de la participación, podrían analizarse a partir de situarse en los dos polos de un continuo. En lo que se ha podido recabar, la participación mayormente implica distintas modalidades de ayuda mutua en función de hacer frente a la dificultad para la reproducción cotidiana que conlleva la enfermedad, lo cual abarca desde diferentes formas de conseguir medicamentos (cuotas solidarias para solventar la compra, donaciones) hasta otras estrategias más puntuales de resolución de esta situación. Partiendo de estas modalidades donde

“participar” equivale a la conformación de redes de vecinos que intentan prestarse ayuda mutuamente para afrontar los padecimientos, y dependiendo de la afiliación política del movimiento, pueden encontrarse estas redes integradas por otro tipo de contactos que exceden a los vecinos del barrio – esto es, contactos y redes que por lo general son generados merced a su trayectoria y/o pertenencia política. Así, el continuo iría desde la simple ayuda mutua hasta tipos de solidaridades más complejas. De tal modo, si bien se trata, como se mencionó, de lo que podría interpretarse como ayuda mutua, en estos casos esta iría comprendiendo también la obtención de ayuda profesional, por fuera de modalidades colectivas de autocuidado.

Así, mientras las organizaciones con apoyatura en partidos más amplios u otro tipo de vínculos político-institucionales encuentran una vía casi directa de este modo para contactar a distintos profesionales de la salud, otros movimientos que se plantean a sí mismos como autónomos se remiten a redes más polimorfas de solidaridades obtenidas por su lucha. A partir de estas redes es que pueden procurarse tanto la provisión de medicamentos como la eventual atención **-6-**, prevención **-7-** y el dictado de talleres varios en distintos aspectos de APS **-8-**.

En algunos casos, generalmente en el de los movimientos más pequeños, esta postura se encuentra sostenida de modo explícito por un análisis político desde el cual se define al modelo neoliberal y el consiguiente retiro del Estado de Bienestar como hechos irreversibles, a los cuales es necesario hacer frente de algún modo que no implique la “negociación” con el sistema de salud. Este último está definido como parte de un sistema más amplio de explotación y dominación, al cual en la actualidad le cabría el rótulo de “exclusión”, en respuesta a aquellos intereses. De tal modo, la participación en salud iría inherentemente ligada a la necesidad de ser por fuera de las instituciones del Estado.

En otros casos, la modalidad de redes no genera demasiadas preguntas, sino que se constituye en un modo, entre provisorio y definitivo, de resolver problemáticas mientras se reclama al Estado su lugar de garante del Derecho a la Salud. En cualquiera de los dos casos, la práctica y los dispositivos en que esta tiene lugar suelen ser muy similares, y no se logrado – al menos en lo relevado- un contacto orgánico o un trabajo que institucionalice el diálogo para canalizar la motivación participativa en medidas concretas de respuesta a las problemáticas de salud de la población. Así, la participación queda limitada a la “solidaridad” (tanto entendida como horizontal, entre pares, como vertical, esto es, desde aquellos que más recursos tienen hacia los mas carenciados).

La “participación en salud”. Asambleas Barriales e Intersalud.

A partir del surgimiento de las Asambleas Barriales, comenzó a funcionar una instancia de reunión llamada “Interbarrial” en la cual aquellas se reunían semanalmente. Este espacio posibilitó, a su vez, la coordinación de distintas temáticas que las Asambleas abordaban generalmente a través de comisiones; de este modo, surgió la instancia de Intersalud frente a la que fue planteada como “una de las temáticas privilegiadas por las deliberaciones del movimiento asambleario” **-9-**. Este espacio cobraría al poco tiempo vida propia, comenzando sus reuniones a ser un marco articulador para otros sectores no necesariamente ligados a las Asambleas.

Intersalud fue así funcionando principalmente como instancia donde confluyeron demandas de diversos tipos. Estas se fueron plasmando en una serie de “puntos” que eran continuamente solicitados al gobierno tanto a través de petitorios, elevación de informes y denuncias, como incluso de reuniones con funcionarios a las que se “apoyaba” siempre con “medidas de fuerzas” tales como actos, concentraciones, marchas, tomas de hospitales, etc. Los puntos, que llegaron a ser 30, eran considerados “un verdadero plan de gobierno para superar la emergencia” e incluían cuestiones que iban desde modificaciones legislativas y presupuestarias hasta el pedido de suministro de recursos de diversa índole **-10-**.

En una situación declarada por las autoridades como de emergencia sanitaria, una de las

singularidades que presentó este espacio fue nuclear, a partir de la pertenencia común de algunos miembros a las Asambleas Barriales, a lo que se denominó como “Comunidad Hospitalaria”, la cual incluía tanto trabajadores de la salud profesionales como no-profesionales, médicos como no-médicos, usuarios del sistema y vecinos en general. Inicialmente nucleados en pos de la defensa del hospital público y gratuito, esto signó el devenir de la Intersalud, que se dedicó principalmente a demandar al Estado. Eventualmente, este accionar era también acompañado de otro tipo de intervenciones heterogéneas, que fueron desde el impulsar, junto con otros actores, la “recuperación” y puesta en funcionamiento de una fábrica de pan abandonada en los sótanos de un Hospital, hasta gestionar frente a laboratorios privados grandes cantidades de medicamentos gratuitos para abastecer al sector público **-11-**. No obstante, más allá del abanico amplio de prácticas y debates que lo formaron, el foco de su interés estuvo en torno a la demanda hacia los funcionarios, sobre todo en relación con lo que era cuestionado calificándolo de “retiro del Estado”. En este sentido, la mayor parte de sus propuestas hacían, de uno u otro modo, alusión a lo que era planteado como la necesidad de que los vecinos participaran como contralor de las autoridades, sobre todo en lo referente a asuntos legales y presupuestarios.

El nuclear a la “comunidad hospitalaria” implicó un abordaje novedoso donde las movilizaciones respondían indistintamente a intereses de usuarios o sectores de usuarios particulares **-12-** como a intereses de distintos grupos de trabajadores **-13-**, llegando a tener intervención incluso dentro de algunas listas internas **-14-**. Esto les permitía, según sostenían sus miembros en los informes semanales que se realizaban luego de las reuniones de Intersalud, la realización de un diagnóstico amplio sobre la situación real del sistema de salud – lo cual incluía los incumplimientos por parte de los niveles centrales en lo que respecta a insumos, nombramientos, aparatología y reformas edilicias. Muchas de las reuniones tuvieron lugar en los mismos hospitales que se encontraban en lucha por algún motivo, con lo cual las reuniones eran consideradas a su vez como una “medida de fuerza”.

Más allá de abogar por el derecho a la información, estudiar distintas problemáticas y realizar constantes denuncias frente a las autoridades, las veces que las acciones con lógica de ciudadanía dependían del diálogo con el autoridades del nivel central, fueron obstaculizadas de manera sistemática. Pese a esto, el capital social y cultural que tuvo la capacidad de movilizar este sector hizo que apelara a abogados y organismos de derechos humanos y que gracias a esto, pudiera en algunas oportunidades “peticionar a las autoridades” de modo formal y en una ocasión, hasta concurrir a una audiencia pública **-15-**. Cabe aclarar que incluso fue consultada la propia Defensoría de la Ciudad. Así, pese a seguir los mismos canales que el Estado plantea que se encuentran a disposición de la participación ciudadana, no obtuvieron respuesta. En este sentido, cuestiones como la demanda de la implementación de los Concejos de Salud y otros espacios de control y ejecución de las políticas de salud así como la defensa de la vigencia de la Ley Básica de Salud N°153 **-16-** (llegando a hacer señalamientos de proyectos que entraban en contradicción con aquella **-17-**) han sido arquetípicos. En los últimos años, el espacio de Intersalud fue confluyendo con el del Foro Social de Salud y Medio Ambiente, con modalidades similares a las presentadas arriba.

Como conclusión, puede resaltarse la importancia del recurso al capital social y cultural poseído por los miembros de las Asambleas Barriales y de Intersalud. Las estrategias dentro de las cuales se apelaba a este recurso eran puestas en funcionamiento con el fin de obtener lo que las propias leyes planteaban; no obstante, la participación en hacer cumplir con lo proclamado, a la cual no podría acusarse de representar intereses sectoriales, no dejaba de resultar disruptiva –o al menos, es lo que puede deducirse de la falta de recepción que encontraron sus demandas.

Entre Asambleas Barriales y Fábricas Recuperadas: los casos de Clínica Medrano y Clínica Portuguesa

Ha habido dos experiencias **-18-** a través de las cuales puede analizarse el contexto histórico dado que, con similitudes y diferencias, han constituido de algún modo un cuadro indicativo de

la situación general en cuanto a problemáticas económico-sociales tanto como en cuanto a modalidades de movilización y participación social en los años seleccionados. Se trata de dos clínicas privadas, abandonadas por sus dueños en el curso de especulaciones financieras varias, que intentaron ser “recuperadas” y puestas al servicio de vecinos y trabajadores de Fábricas Recuperadas.

En primer lugar, la Clínica Medrano, vaciada por maniobras fraudulentas llevadas a cabo entre otros por un ministro de salud. Esta clínica fue tomada en octubre del 2002 por parte de sus trabajadores menos calificados, en el momento en que la deuda contraída con estos fue juzgada como incobrable. Luego de una larga toma y de unos cuantos contactos que este hecho suscitó entre distintos sectores movilizados (principalmente, Asambleas Barriales y Fábricas Recuperadas), la discusión política tanto como la disponibilidad voluntaria de médicos y abogados surgidos de estos intercambios llevaron a delinear el proyecto de constituir una cooperativa de salud que, a cambio de una cuota mínima, brindara cuidados de APS y de mediana complejidad a quienes se asociaran espontáneamente tanto como a trabajadores de fábricas recuperadas bajo la modalidad de Obra Social –con la intención de solventar de este modo la atención gratuita a quienes estuvieran desocupados.

De tal modo, quienes inicialmente tomaron la clínica conformaron legalmente una cooperativa que contrató a 45 profesionales de la salud de distintas especialidades para comenzar a poner en funcionamiento el proyecto. Este logró corporizarse de modo incipiente, y se fue desarrollando con distintos devenires que iban permitiendo la puesta en práctica de los objetivos iniciales **-19-**.

Los miembros de la cooperativa definían su propuesta como basada en la APS, estrategia que según planteaban implica lo contrario de la comercialización de la atención médica al revertir la fragmentación y encarecimiento que aquella implica, al tiempo que humaniza la relación médico-paciente. De tal forma, mientras denunciaban hechos protagonizados anteriormente cuando el edificio funcionaba como clínica privada, se proponían la participación y el compromiso de los propios trabajadores en la definición de la estrategia: las decisiones sobre cualquier aspecto que hiciera a la gestión eran tomadas por asamblea general y teniendo en consideración la opinión de los distintos afectados. Esta situación duró hasta fines de noviembre del 2003, momento en que se decide la expropiación y estatización de la clínica por parte del Gobierno de la Ciudad para construir un Centro de la Tercera Edad –esta iniciativa luego se frenaría hasta hace algunos meses, cuando fue inaugurado en este espacio el CeSAC 38.

En aquel momento, las aguas se encontraron divididas entre quienes participaron de esta iniciativa: mientras los cooperativistas festejaban que a partir de aquel momento sus fuentes de trabajo se encontraban definitivamente aseguradas, el resto de los involucrados entendió que no podía alegrarse demasiado, dado que esto implicaba al mismo tiempo que un logro, la pérdida de un proyecto basado en la decisión de la población acerca de los modos de atención de la salud: al pasar al Estado, dependiendo de las definiciones del Sistema de Salud, se entendía que terminaba la posibilidad de un proyecto colectivo.

El proyecto sobre la Clínica Portuguesa no surgió a partir de un reclamo de sus trabajadores, sino por haber sido sorpresivamente descubierta por tres Asambleas Barriales, en agosto del 2002, en el acto de tomar un predio abandonado **-20-**. Esta mutual llevaba en ese entonces ya seis años abandonada con todos sus equipos de alta complejidad incluidos. A través de los asambleístas se acercó también en este caso el MNER dado que en esos momentos una idea convocante para los profesionales de la salud movilizados era el trabajar para este nuevo actor, frente al cual como hecho inédito se hacía pensable el mejorar la salud a partir de la modificación real de las condiciones de trabajo. Por otra parte, asambleístas médicos contactaron otros colegas con los cuales se armó una red de profesionales dispuestos a donar voluntariamente horas de trabajo en función de diseñar y ejecutar un proyecto para esta clínica, al mismo tiempo que una red de derivaciones con hospitales públicos (principalmente el Alvarez y el Durand **-21-**) y de disponibilidad de recursos materiales basadas en el capital social y los consiguientes contactos informales que los asambleístas pudieron realizar –gracias tanto a su

pertenencia social como a la simbología política que por esos momentos encarnaban. Esta base de sostenimiento por voluntades individuales con el recurso a la espontaneidad que esto implicaba, no logró la institucionalización suficiente como para sostenerse en el tiempo, pero durante los meses que logró hacerlo, se conformó una experiencia basada en la participación de todos los involucrados.

Así, la organización estaba planteada de modo tal que intentaba articular las decisiones tomadas en asamblea general con las decisiones consideradas por expertos; las propuestas que de aquí salían debían ser aprobadas por los usuarios (por ejemplo, leídas en las fábricas para ser aprobadas o modificadas por los obreros), al mismo tiempo que se incentivaba la participación de las comisiones de salud de Asambleas Barriales como órgano de contralor de gestión. No obstante, esta propuesta no encontró eco que le posibilitara inscribirse en una transformación de la administración estatal en función de recepcionar esta modalidad de participación, con lo cual no perduró más que algunos meses.

Consideraciones finales

Tal como se mencionó en la introducción, se trata aquí de un pequeño racconto de experiencias en sectores de la población que se han movilizado en función de dar respuesta a distintos tipos de necesidades en salud. Esto implica, desde el inicio, ubicar la agencia en sectores que a través de su misma acción son conformados como sujetos colectivos (Navarro Stotz, 1995) lo cual, si al principio parece una redundancia, quizás podría sugerir un posible eje de análisis en cuanto al origen y devenir de estas participaciones: su carácter de dinamizar efectivamente la historia -de la salud pública, en este caso. En este sentido, podría pensarse que estas iniciativas, más allá de la dificultad de institucionalización que encontraron por distintos motivos, contenían una potencialidad disruptiva en lo que hace al modo de dar respuestas colectivas a las que aparecen como problemáticas compartidas; de tal modo, sus definiciones reconfiguran el horizonte de lo pensable y, por tanto, de lo posible.

En palabras de Vargas Valente (1988) *“los movimientos sociales, a través de la práctica social de los sujetos involucrados, amplían el espacio de lo tradicionalmente asumido como político, cuestionando en los hechos el monopolio del “hacer política” [...] lo que lleva a considerarlos como portadores de un nuevo orden social, no en función de un modelo predeterminado de sociedad sino en función de una alternativa gestada en la base misma de la sociedad a partir de las prácticas cotidianas de esa multiplicidad de sujetos sociales [...] una de las características de los movimientos sociales es justamente el no presentarse como fenómenos acabados, con características definidas, sino más bien expresando un proceso temporal en el cual las dinámicas van modificándose en su interacción cotidiana y en su confrontación con lo público-estatal”*.

Es decir que, de algún modo, podría plantearse que mientras desde algunos espacios se habla de incentivar la participación comunitaria, desde otros esta tiene lugar de hecho: algo hay en los polos que hace que no pueda producirse el diálogo que sería lógico sucediera entre dos partes que dicen tener intenciones de comunicarse (o, al menos, una de ser escuchada y otra de escuchar, una de movilizar su accionar en pos de la salud y otra de disponer de recursos para cuando esto así sucediera) **-22-**. La influencia de los movimientos sociales en la configuración de la política pública, en tanto actores colectivos emergentes en escenarios contemporáneos, al menos en lo que a Salud respecta, se encuentra lejos de tener lugar por canales aceptados e impulsados desde las instancias centrales del gobierno, contrariamente a lo proclamado respecto de la participación. En este sentido, se plantearía la necesidad de hacer inteligibles estos márgenes constitutivos, en función de comprender algunas de las limitaciones de los proyectos locales de participación social.

Por un lado, pareciera ser que no es sólo retórica la referencia a un proceso de creciente pérdida de legitimidad de las instituciones políticas de la sociedad. Con distintas justificaciones, podría pensarse que en definitiva las instituciones que dicen convocar la participación no resultan del todo confiables. Desde la búsqueda de inclusión en un bienestar social mínimo

hasta la reivindicación de derechos vulnerados, distintos movimientos sociales toman como parte fundamental de su agenda la problemática de salud. Sea cual fuere el caso, pareciera que se parte de un diagnóstico implícito según el cual no existirían canales efectivos que garanticen el acceso hacia los espacios donde las decisiones son tomadas –y menos aun, el acceso hacia los servicios básicos de salud.

Diversos hechos van confluyendo en el sentido de ahondar el desprestigio de las distintas instancias estatales, con lo cual parecieran no existir estas como referencia a la hora de pensar en dirimir conflictos o garantizar derechos: bien pareciera no haber interlocutores válidos dentro del Estado, o bien ser necesario desplegar un sinnúmero de “medidas de fuerza” para hacer escuchar los reclamos; en los otros casos –distintos a la protesta- que se ha logrado acceder a sus recursos esto ha sido gracias a redes informales de contactos. Más allá de la explicitación mayor o menor de las posturas defendidas, las experiencias suelen confirmar a los actores su escasa capacidad para llegar a los espacios donde las decisiones están siendo tomadas (Lopez Maya, 2002).

Lo arriba enumerado pareciera mostrar cierta incapacidad, por parte de las instituciones centrales del Estado, de recepcionar demandas emergidas de sectores organizados de la sociedad. El quiebre entre esta realidad y lo proclamado desde sus diversos ámbitos podría analizarse, tal como lo plantea Navarro Stotz (op.cit) como resultante de la pérdida, en los argumentos emanados oficialmente, de la *“dimensión relacional entre economía y política [que] inviabiliza un análisis de las relaciones de fuerza, al negar el momento económico-corporativo, que define la factibilidad de las ideologías y de los proyectos políticos”*; se produciría así una concepción idealista según la cual *“el Estado pasa a ser visto como un sujeto o un actor delante del cual otros sujetos (y aquí entrarían en escena los movimientos sociales) se sitúan –despojados de las encarnaciones sociales y de poder fundaos en las relaciones sociales de producción –para producir la política pública”*.

Así, este autor plantea que cualquier análisis y propuesta de política pública debería remitir en última instancia al carácter de las relaciones entre el Estado y la Sociedad Civil, lo cual incluiría en el caso que nos convoca las particularidades de los estados latinoamericanos (los cuales se discute si alguna vez pudieron clasificarse como “de bienestar”), el pacto de dominio que sustenta a cada gobierno y la composición de las fuerzas que van imprimiendo cierta direccionalidad a las políticas. Lo que probablemente se deduciría –continúa el autor- de este análisis es que actualmente en el continente –neoliberalismo, segmentación social y democratización meramente formal mediante- se encuentra en crisis el poder instituyente del Estado. Poder instituyente que, para ser tal, debería encontrar el modo de articular al menos algunos aspectos con las demandas postuladas por actores que portan significaciones divergentes.

En este sentido es que se considera que las convocatorias a la participación propuestas desde el Estado, al reservarse a ciudadanos en tanto individuos-habitantes de un determinado área, recortándola del escenario de actores que excede al sector público, tiende a reproducir modalidades de participación que implican un escaso nivel de conflictividad.

De tal modo, podríamos concluir, retomando los planteos que Tarrés Barraza (1994) sugiere en otros casos, que o bien no existen intenciones serias o bien estas aun no han podido ser materializadas, respecto de encauzar de manera fluida la participación de nuevos actores –de actores movilizados y con intención de participar- ni tampoco integrar sus demandas y aspiraciones en políticas públicas. En este sentido, no existiría al menos por el momento una convergencia entre el escenario institucional –en el cual las reglas están legitimadas por el Estado- y el social –donde la dinámica del debate depende de la interacción socio-política de agentes provenientes de distintos ámbitos.

Más bien, considerando las convocatorias institucionales en pos de la participación, habría un denodado esfuerzo por convocar a quienes no tienen deseos o posibilidades de participar –tal como Jelin (1990) bien lo analiza- a la vez que una desatención hacia quienes sí reclaman

hacerlo, aunque en sus propios términos, es decir, abriendo el juego más allá del encauzamiento propuesto por el Estado. En este sentido es que pareciera fundamental considerar no sólo la polisemia que el concepto de “participación” admite, sino también tener presente las posibilidades y limitaciones que la dinámica implicada por la convocatoria presenta, para así proporcionar mayor coherencia entre los fines mentados y la modalidad propiciada por los proyectos. Es decir que podría hipotetizarse que toda convocatoria implica una determinada lectura del contexto la cual, en función del juego entre lo que es visibilizado y lo que no, habilita algunos modos de participación, mientras que obtura la posibilidad de que otros irrumpen.

Si una investigación más exhaustiva que la aquí iniciada continuara mostrando situaciones similares a las arriba expuestas, podría plantearse que cuando un tema moviliza realmente a sectores de la sociedad civil es desviado hacia otros asuntos o cancelado, porque produce problemas en lo instituido, lo cual haría suponer que la enunciación de algunos conceptos responde más a estrategias coyunturales o de “corrección política” que a un compromiso sincero con tales temas. Traspolando palabras de Tarrés Barraza (op.cit.): *“los actores políticos, partidos, diputados, altos jefes de la salud, etc, que son los que finalmente toman las decisiones respecto a la ley, están fácilmente dispuestos a negociar el asunto por cuestiones consideradas de mayor importancia o por alianzas y oposiciones ligadas a la correlación de fuerzas coyuntural”*, tras lo cual la autora concluye que los escenarios institucionales pueden mostrar ser desfavorables en cuanto a la posibilidad de incidir en las decisiones respecto de políticas públicas, mientras que las demandas formuladas desde los escenarios sociales, donde existe la creatividad inherente a una participación real de la sociedad civil, suelen ser los que facilitan que el juego se transforme.

Quizás podamos concluir, tal como lo hace Ugalde (en Menéndez, 1999) en que los gobiernos deberían *“estimular el espíritu crítico y dar espacio a los movimientos sociales, que son la forma más genuina de expresión popular”*. No obstante, para esto habría que concluir al mismo tiempo con una definición de Estado (¿neoliberal?) que resultara afín a tal posibilidad de inclusión. El debate en torno a esto -bastante complejo, por cierto- queda abierto para las futuras prácticas.

Bibliografía consultada

- Baltar da Rocha, María Isabel “El parlamento y el debate sobre el aborto en Brasil” – ponencia presentada en el Encuentro de investigadores sobre aborto inducido en América Latina y el Caribe, en “Representaciones sociales y movimientos sociales”, Universidad Externado de Colombia, Bogotá, 1994
- Bolos, Silvia “Actores sociales y demandas urbanas” Editorial Plaza y Valdés, Mexico, 1995
- Bourdieu, Pierre “Espacio social y poder simbólico” en “Cosas dichas”, Editorial Gedisa, Barcelona, 1988
- De Certeau, Michel “Prácticas cotidianas”, tomado de De Certeau, Michel “Les cultures populaires”, Paris, 1979, traducción de la Cátedra Margulis de Sociología de la Cultura, Unidad IV, Facultad de Ciencias Sociales, Universidad de Buenos Aires (U.B.A.), Buenos Aires, 2002
- Fassin, Didier (1999) “Entre ideología y pragmatismo. Ambigüedades y contradicciones de la participación comunitaria en salud”. En Menéndez (coord.) “Participación social: metodología, problemas y expectativas. El caso Nicaragua 1978-1989. Instituto Mora, México.
- Foucault, Michel “Microfísica del poder”, Editorial La Piqueta, Madrid, 1992
- Glasser y Strauss “The discovering of Ground Theory: strategies of qualitative research”, Editorial Aladine de Gruyter, Nueva Cork, 1967

- Jelin Elizabeth “Ciudadanía e identidad: las mujeres en los movimientos sociales latinoamericanos”, UNRISD, Ginebra, 1987 – Cap. 7
- Jelin, Elizabeth; Pereyra, Brenda “Los microproyectos: una mirada desde los actores” en Martínez Nogueira, Roberto (comp.) “La trama solidaria – pobreza y microproyectos de desarrollo social”, Gads, Edit Imago Mundo, Buenos Aires, 1990
- Laraña, Enrique “La construcción de los movimientos sociales”, Editorial Alianza, Madrid, 1999
- Lopez Maya, Margarita (coord.) “Protesta y cultura en Venezuela: los marcos de la acción colectiva en 1999” Ed. Clacso, Buenos Aires, 2002 – Preámbulo y caps. 1 y 2
- Melucci, Alberto, “La acción colectiva como construcción social”. en Estudios Sociológicos, IX. México, 1989
- Menéndez, Eduardo Luis (1990) “Autoatención y automedicación. Un sistema de transacciones sociales permanentes” en Menéndez “Antropología Médica. Orientaciones, desigualdades y transacciones”, cuaderno 179 del CIESAS- UNAM (Centro de Investigaciones y Estudios Superiores en Antropología Social – Universidad Nacional Autónoma de México) pags. 165-204.
- Menéndez, Eduardo Luis (1998) “Participación social en salud como realidad técnica y como imaginario social” en Cuadernos Médico- Sociales (Rosario) N°73
- Miles, Raymond y Snow, Charles “Organizations: New Concepts for New Forms.” California Management Review. Volumen XXVIII, N° 3, 1986.
- Navarro Stotz, Eduardo “Movimentos sociais e saúde: das dificuldades em incorporar a temática às inflexões teórico-metodológicas das ciências sociais” en Canesqui, Ana Maria “Dilemas e desafios das Ciências Sociais na Saúde Coletiva”, Ed. Hucitec-Abrasco, Rio de Janeiro, 1995
- Quintar, Aída; Calello, Tomás, Adissi, Grisel “Informe de trabajo – año 2003/4” Presentado ante el ICO (Instituto del Conurbano) – UNGS (Universidad Nacional de General Sarmiento – Material inédito)
- Ramírez, Socorro “Las mujeres resisten la crisis económica y reclaman participación” en “Mujeres, crisis y movimiento: América Latina y el Caribe”, Isis Internacional, Ediciones de las mujeres, Santiago, 1988
- Rosero, Rocío “Balance y perspectivas del movimiento de mujeres” en “Mujeres, crisis y movimiento: América Latina y el Caribe”, Isis Internacional, Ediciones de las mujeres, Santiago, 1988
- Tarrés Barraza “Desde el movimiento feminista hacia el sistema político: Estrategias y representaciones de los actores que participan en el debate sobre el aborto en la prensa mexicana, 1974-1990” – ponencia presentada en el Encuentro de investigadores sobre aborto inducido en América Latina y el Caribe, en “Representaciones sociales y movimientos sociales”, Universidad Externado de Colombia, Bogotá, 1994
- Ugalde, Antonio (1999) “Un acercamiento teórico a la participación comunitaria en la atención de la salud” en Menéndez (coord.) “Participación social: metodología, problemas y expectativas. El caso Nicaragua 1978-1989. Instituto Mora, México.
- Vargas Valente, Virginia “Movimiento de mujeres en América Latina: un reto para el análisis y la acción” en “Mujeres, crisis y movimiento: América Latina y el Caribe”, Isis Internacional, Ediciones de las mujeres, Santiago, 1988

Fuentes

Asamblea Bajo Belgrano – boletines varios, año 2002

Asamblea Barrial de Las Cañitas – boletines varios, año 2002

Asamblea “20 de Diciembre” (Flores) – boletines varios, año 2002

Asamblea de Almagro – boletines varios, año 2002

Asamblea de Ciudadela Norte – boletines varios, año 2002

Asamblea de Colegiales – boletines varios, año 2002

Asamblea de Congreso – boletines varios, año 2002

Asamblea de Córdoba y Anchorena – boletines varios, año 2002

Asamblea de Córdoba y Mario Bravo – boletines varios, año 2002

Asamblea de Palermo Viejo – boletines varios, año 2002

Asamblea de Parque Chacabuco – boletines varios, año 2002

Asamblea de Paternal “Diego “Nano” Lamagna” – boletines varios, año 2002

Asamblea de Plaza Irlanda – boletines varios, año 2002

Asamblea de Plaza Rodríguez Peña – boletines varios, año 2002

Asamblea de Saavedra – boletines varios, año 2002

Asamblea Popular de Floresta – boletines varios, año 2002

Asamblea Popular de Liniers – boletines varios, año 2002

“ Detrás del piquete” –publicación de los MTDs (Movimientos de Trabajadores Desocupados) de Zona sur- año 1 N°1

Informes semanales de Intersalud – desde el 21/03/02 al 19/02/03

Observación participante en el Foro Social de Salud y Medio Ambiente, realizado en el Hotel Bauen, año 2005

“ Proyecto Promotores de Salud. Una experiencia de participación comunitaria”. Trabajo presentado por el equipo responsable del proyecto en el 2do Congreso de Atención Primaria de la Ciudad de Buenos Aires “La Atención Primaria y los Nuevos Escenarios Sociales”, 20 al 22 de Septiembre de 2004.

Sistematización del Proyecto “Promotores de Salud”, a cargo de la Lic. Sarce, Karina y la Lic. Monti, María Cecilia (documento en proceso de elaboración)

NOTAS

-1- “Proyecto Promotores de Salud. Una experiencia de participación comunitaria”. Trabajo presentado por el equipo responsable del proyecto en el 2do Congreso de Atención Primaria de la Ciudad de Buenos Aires “La Atención Primaria y los Nuevos Escenarios Sociales”, 20 al 22 de Septiembre de 2004.

-2- Este postulado parte de entender al conflicto como inherente a todo potencial crítico, lo cual quizás no sea deseado o deseable al interior de instituciones públicas.

-3- En el sentido de legitimada por el Estado e instituida por este, y no por la cultura popular (Bourdieu, 1998 y De Certeau, 2002)

-4- Por otra parte, debe ser mencionado, las veces que desde el equipo coordinador intentó

vincularse con organizaciones de la zona a través del proyecto “Promotores”, el vínculo se redujo a contactos ocasionales puesto que aquellos tenían sus propias temporalidades, prioridades y, también, conflictos. Simultáneamente, desde la perspectiva de estos, las promotoras no se constituían como interlocutor válido, tomando como referentes a los coordinadores, puesto que parte de sus definiciones tienden a valorar a aquellos que encarnan un compromiso para con la acción colectiva.

-5- Esta selección implica dejar de lado, a los fines de este trabajo, la posibilidad implicada por la articulación intersectorial, que podría tener similares potencialidades –o no- tratándose asimismo de actores sociales.

-6- Por ejemplo, ha sido frecuente según lo comenta el material obtenido el que acudan médicos y/o enfermeros a comedores y merenderos en función de que quienes acuden puedan consultar por distintas problemáticas, focalizándose más estas intervenciones hacia la problemática nutricional

-7- Campañas de vacunación han sido muy comunes

-8- Como ser prevención de VIH e ITS, promoción de lactancia materna, nutrición, etc

-9- Informe de Intersalud, 21/03/02

-10- Estos puntos, que se fueron sumando a medida que distintos actores se acercaban a Intersalud con sus demandas, dan cuenta de la modalidad quizás un tanto asistemática de funcionamiento –surgida en momentos de euforia colectiva-, tanto como de la perspectiva de la demanda. Por considerarse de ese modo, pueden consultarse en el Anexo.

-11- Lo cual incluyó la propuesta de constituirse en nexo entre los pacientes y los bancos de drogas

-12- Como discapacitados o pacientes con necesidad urgente de medicamentos o intervenciones quirúrgicas

-13- Desde trabajadores del PAMI hasta médicos de áreas de hemoterapia, por dar un ejemplo

-14- La Lista Alternativa de AMM o la Lista Granate de ATE, por ejemplo

-15- Véase en el anexo la carta que debió ser elaborada a este respecto, elocuente en cuanto a la accesibilidad de la participación ciudadana.

-16- En el caso anteriormente citado, a través de la reglamentación de los Concejos de Salud establecidos por esta, si bien esto fue debatido en su centralidad dado que se lo planteaba como “un espacio más de participación”

-17- Tales como el de regionalización, que se sostenía que entraba en contradicción sus artículos 2, 12 y 14, o el de centralización de bancos de sangre –que además se decía que violaba la ordenanza 41.455 de la Carrera Profesional

-18- En rigor de verdad, ha habido tres, dado que una situación similar fue la que tuvo lugar en torno a la Clínica Junín, en la Ciudad de Córdoba, durante fines del 2002 y comienzos del 2003, pero hasta el momento no se han conseguido suficientes datos al respecto.

-19- Como por ejemplo, atender a desocupados de modo gratuito con el trabajo semanal voluntario de un médico que se presentaba por parte de la CICOP -asociación sindical de profesionales de la salud

-20- En sus palabras, “recuperarlo”, dado que estas tomas eran hechas bajo el precepto de dar a los espacios un destino que fuera relativo al bien público

-21- Se presume que a partir de este contacto entre el Hospital y el MNER es que se genera la propuesta de instalar un CeSAC en la Fábrica IMPA. Algunas otras vinculaciones similares dieron origen a esta misma iniciativa por parte del Gobierno de la Ciudad, como en el caso de

la próxima instalación de un CeSAC en el espacio ocupado otrora por la Asamblea Vecinal Plaza Palermo Viejo.

-22- Esta aserción elige no tematizar en particular la actual escisión que pareciera tener lugar entre “activistas” y “vecinos” por no resultar central al presente trabajo; no obstante, queda pendiente analizar un posible paralelismo entre aquel quiebre y el que ocurre desde las distintas instancias público-estatales.