

margen N° 66 - setiembre 2012

La salud en conflicto. Derechos, hegemonía y vida cotidiana en el marco de un movimiento social

Por Lorena Pratto y Dolores Riqué

Lorena Pratto y Dolores Riqué. Licenciadas en Trabajo Social, UBA

Introducción

El presente trabajo se orienta a abordar las tensiones en torno al derecho a la salud a partir de la reflexión acerca de la experiencia llevada a cabo en dos organizaciones sociales¹ de la provincia de Buenos Aires que integran el Frente Popular Darío Santillán (FPDS), en el marco de la rotación electiva de la Residencia en Salud realizada por las autoras en el Hospital General de Agudos P. Piñero, durante el año 2009.

Partimos de considerar los procesos de reforma neoliberal consolidados durante la década del 90, marcados por el empobrecimiento de amplios sectores de la sociedad y la profundización de la desigualdad social, para abordar las transformaciones en el campo de la salud, donde se implementaron medidas tendientes a la mercantilización de la misma. Los efectos y algunos lineamientos de dichas políticas permanecen hasta la actualidad. Sin embargo, teniendo en cuenta que los procesos sociales hegemónicos son históricos y por lo tanto están sujetos a cambios, los mismos se ven cuestionados y disputados por organizaciones sociales que desarrollan acciones y prácticas en las cuales la cuestión de la salud es puesta en juego de modos diversos.

En este sentido, nos interesa profundizar en las relaciones de hegemonía como una experiencia cotidiana de los sujetos, resaltando el carácter activo de las clases subalternas en la conformación, transformación, resistencia, apropiación o resignificación de los procesos de salud hegemónicos. Por tal motivo, se hará una breve descripción del contexto de surgimiento y caracterización de las organizaciones en estudio para adentrarnos luego en las estrategias que éstas despliegan en pos del ejercicio del derecho a la salud. Para ello, se analizarán las prácticas y sentidos que emergen en el movimiento social en relación a dicho tema y cómo se hacen presentes éstos en la vida cotidiana de sus integrantes.

Por último, se pondrán en consideración los aportes, límites y contradicciones del trabajo social en el acompañamiento de procesos colectivos de construcción contrahegemónica tendientes a la efectivización del derecho a la salud.

A modo de síntesis, a lo largo del trabajo intentaremos responder a los siguientes interrogantes que guiarán la reflexión propuesta: *¿cuáles son las tensiones en torno al derecho a la salud que se ponen en juego en el marco de las organizaciones sociales?; ¿cuáles son los sentidos y prácticas que despliegan los sujetos?; ¿cómo se expresan contradictoriamente la salud como bien social y la*

1 Los nombres de los Movimientos de Trabajadores Desocupados (M.T.Ds.) así como su localización territorial serán mantenidos en reserva a los fines de garantizar la confidencialidad de las personas con las que hemos trabajado.

salud como mercancía?; ¿qué procesos contrahegemónicos tienen lugar en la trama de la cotidianeidad?; ¿cómo acompañarlos desde el trabajo social?

Mercantilización de la salud y procesos contrahegemónicos

A partir de la dictadura militar del '76 se inicia en nuestro país un proceso de implantación de medidas neoliberales que produjeron transformaciones a nivel económico, político y social y que se van a consolidar durante los noventa, profundizando políticas de apertura comercial y reestructuración del Estado, así como medidas de flexibilización laboral. Algunas de sus consecuencias más visibles fueron la desocupación, la precarización laboral, el aumento de hogares bajo la línea de pobreza y el aumento de la desigualdad social. En este contexto, se inicia un proceso de debilitamiento de la organización de la clase trabajadora con la consecuente pérdida de las conquistas que ésta había logrado en relación al acceso a los derechos sociales.

En el campo de la salud, los principales cambios que se desarrollaron estuvieron influenciados por los organismos internacionales de crédito, principalmente el Banco Mundial, desde los cuales se establecieron los lineamientos que debían seguir los gobiernos para la implementación de las reformas de este sector, destinados a los países de bajos ingresos. (LAURELL, 1994) Estas reformas neoliberales han tenido como eje la *mercantilización* de la salud, provocando que la misma deje de ser un bien público y por lo tanto de carácter universal del cual el Estado es responsable, para convertirse en un bien privado que los individuos deben adquirir en el mercado (FARAONE, 2006). En este sentido, Faraone afirma que la reforma de la salud acaecida durante y pos dictadura produjo un desmantelamiento del campo de la salud colectiva, situación que aún hoy tiene impacto logrando transformar el *sentido común* en la aceptación, muchas veces acrítica, de la pérdida de un derecho social inalienable: el derecho a la salud (FARAONE, 2006).

Sin embargo, no puede hablarse de la implantación de este modelo sin hacer referencia al conflicto social y las tensiones que se originan en torno al derecho a la salud. Es decir, estos procesos hegemónicos comienzan a ser resistidos y problematizados desde la experiencia cotidiana de los sujetos y en la propia conformación de nuevas formas de organización social, que surgen desde los sectores más empobrecidos a partir de la conformación de lazos solidarios originados en el territorio para hacer frente a las necesidades de subsistencia, desde las cuales aparecen también reivindicaciones y demandas al Estado ligadas al acceso a la salud. Ya que en forma simultánea a la consolidación de las lógicas de *individualización* de la protección social persiste en la sociedad una apropiación del carácter universal de los derechos a la salud y a la educación, en tanto ambos están históricamente ligados a la conformación de la identidad de la ciudadanía argentina.

Considerar el carácter histórico –y por ende cambiante- de los procesos sociales dominantes implica tener en cuenta las diversas formas en que son confrontados por los sujetos, lo cual se sustenta en el concepto de *hegemonía*. Grimberg afirma que las relaciones de hegemonía constituyen una experiencia cotidiana, diaria de los sujetos. Un proceso en el que los sujetos tanto dominantes como subalternos, son activos. Pensar en relaciones de hegemonía significa que el proceso de subordinación/ dominación no está sostenido en la iniciativa exclusiva de los dominantes y en la pasividad de los subalternos. Está conformado por resistencias, iniciativas, creaciones, apropiaciones, reelaboraciones y resignificaciones, por parte de ambos (GRIMBERG, 2004).

Pensar la organización social en la que nos insertamos en la trama de estas relaciones de hegemonía y contrahegemonía, nos lleva a reflexionar acerca de las prácticas y sentidos que los

sujetos llevan a cabo en la vida cotidiana², en la que convergen simultánea y contradictoriamente contenidos tendientes tanto a la reproducción, naturalización, apropiación de las relaciones de dominación, como al cuestionamiento, la resistencia, creación, autonomía de dichas relaciones.

Caracterización de las organizaciones sociales piqueteras

Los Movimiento de Trabajadores Desocupados (M.T.Ds.) donde hemos llevado adelante nuestra experiencia constituyen dos organizaciones sociales de base territorial, autodefinidas como autónomas respecto a los partidos y aparatos políticos tradicionales. Ambas forman parte del Frente Popular Darío Santillán, donde convergen y articulan sus acciones diversos M.T.Ds. y organizaciones sociales de distintos puntos de la Argentina. Los M.T.Ds. pueden inscribirse en lo que se conoce como “movimientos piqueteros” surgidos a mediados y finales de los años noventa, en el marco de la profunda crisis social, política y económica que tuvo lugar en nuestro país y que se cristalizó en el estallido de diciembre de 2001. El principal elemento de visibilidad de las acciones de dichos movimientos lo constituyeron los cortes de ruta.

En la definición de sus objetivos como organización, los M.T.Ds. se plantean explícitamente la lucha por *el trabajo, la dignidad y el cambio social*. Están conformados por trabajadores y trabajadoras ocupados/as y desocupados/as, quienes se organizan en base a la realización de asambleas barriales y diversas instancias locales y nacionales. Uno de los elementos centrales de estas modalidades de organización es la enunciación por parte de los referentes políticos de búsqueda de horizontalidad y de democratización.

En el contexto de surgimiento de estas organizaciones, las prácticas y acciones tomaron como principal problemática a abordar la cuestión de la desocupación. Sin embargo, desde allí, los caminos recorridos no han sido lineales e incluyen desde la gestión de planes gubernamentales asistenciales y el desarrollo de diferentes emprendimientos productivos (panadería, carpintería, etc.), hasta espacios que buscan dar respuesta a las necesidades educativas (bachilleratos populares, espacios de formación política), de alimentación, de violencia y desigualdad de género, entre otros.

Salud y cotidianeidad en la organización

A través del relato de referentes territoriales y miembros de la organización, surgía que *la salud* había constituido un espacio relegado de participación dentro del movimiento³. Si bien era mencionada como un aspecto central de la vida de las personas y una preocupación importante, la posibilidad de involucramiento en actividades colectivas vinculadas a esta temática no aparecía como prioritaria. Sin embargo, sí aparecía problematizada en los discursos de muchos miembros como reclamo hacia el Estado vinculado a la falta de insumos y turnos en hospitales y centros de

2 Entendemos la vida cotidiana como “el conjunto de actividades que caracterizan la reproducción de los hombres particulares, los cuales, a su vez, crean la posibilidad de la reproducción social” (HELLER; 1977) Desde este enfoque, se destaca la heterogeneidad, la ausencia de una homogeneidad entre las actividades de los diversos sujetos al entender la reproducción el particular como “reproducción del hombre concreto, es decir, el hombre que en una determinada sociedad ocupa un lugar determinado en la división social del trabajo”(HELLER, 1977).

3 A lo largo de estos años, han existido en ambos M.T.Ds. diferentes experiencias de trabajo en torno a la salud: controles de peso y talla de los niños y niñas desarrollados en los centros comunitarios, talleres de formación de promotores/as comunitarios de salud, actividades de formación en diversas temáticas (como salud sexual), etc. Estas experiencias, por diferentes motivos, no sostuvieron su continuidad a lo largo del tiempo.

salud, a la precariedad de las instalaciones de dichas instituciones, y al maltrato recibido por parte del personal que allí se desempeña. En este sentido, parece ponerse en juego una noción de derecho adquirido reconocido como legítimo.

Aunque al momento de nuestra inserción la organización no estaba llevando adelante acciones de defensa del derecho a la salud como parte de un programa de actividades políticas explícitas, diversas prácticas cotidianas enmarcadas en el ámbito de la organización parecían aproximarnos a estrategias y modalidades desplegadas por las personas como formas de atender sus necesidades y padecimientos. Generalmente, estas prácticas no aparecían definidas como *de salud*, sino que se enlazaban en la experiencia cotidiana de participación en el movimiento. En este sentido, la organización popular se configura como una estrategia política que actúa movilizándolo y nucleando a los participantes en torno a diferentes demandas y necesidades. Así, *formar parte* de la organización posibilita el acceso a un entramado de vínculos con vecinos/as, resituados como compañeros/as⁴, que articulan una importante red de relaciones a la que es posible acudir para la atención de la salud. Dada la participación en el movimiento, los problemas individuales comienzan a hacerse colectivos, tanto en el reconocimiento de su existencia (al tratarse de cuestiones padecidas por muchos/as) como en la construcción de sus alternativas de solución.

La apelación a estas redes posibilita el despliegue de estrategias de atención-autoatención (MENÉNDEZ; 2003), que para muchos/as de ellos/as sería difícil construir en el ámbito familiar más restringido. Dentro de estas prácticas de autoatención es posible mencionar el cuidado de miembros enfermos, la gestión de turnos para la atención en el efector de salud, el acceso a medicamentos, etc. *“Hay un nebulizador que es de una compañera, pero ella lo presta para que lo usemos los que lo necesitamos... acá el tema de la bronquitis es tremendo, los chicos siempre están necesitando nebulizadores”* (Marcela, 57 años). *“El bebé de Gisela estaba con mucha fiebre, nos asustamos... ella había venido al comedor y de ahí salimos para el hospital, la acompañamos 3 compañeras... ella no puede contar con su familia así que estamos nosotros”* (Claudia, 21 años).

Otro aspecto relevante en el que la organización aparece como referente en el marco del proceso salud-enfermedad es el de la violencia contra las mujeres. En este sentido, dentro del Frente Popular Darío Santillán existe un *Espacio de mujeres* que lleva adelante tareas de formación y acción respecto a la temática de género en general y de la problemática de la violencia en particular. Si bien en este espacio participan mujeres de los barrios del M.T.D, su incidencia territorial es relativa: en algunos barrios se desarrollan acciones vinculadas a la temática y en otros no. Sin embargo, más allá de los vínculos establecidos con el Espacio de Mujeres, ha sido posible visualizar que la cuestión de la violencia recibe especial atención. En algunos casos, la organización aparece como espacio de contención para las mujeres que atraviesan situaciones de violencia doméstica, aunque no exista un encuadre definido para ello. Muchas de ellas han planteado su situación en la organización, y ello abrió el camino a distintas estrategias: acompañamiento para realizar la denuncia y abandonar la vivienda, posibilidad de ser recibidas transitoria o establemente en casa de compañeros/as al no contar con otro lugar donde vivir, ayudas económicas o materiales provenientes de la organización o de otros compañeros/as, etc.

En otros casos, han sido compañeros/as del movimiento quienes ofrecieron ayuda a mujeres víctimas de violencia, aún cuando éstas ni siquiera habían develado la situación en el marco de la organización: *“Sabemos que a Laura la pareja le pega... le pega a ella y a la nena... ella no lo dice porque le da vergüenza, se debe sentir mal. Le dije a mi hermana que hable con ella y le ofrezca venir a nuestra casa...”* (Gabriel, 22 años).

El M.T.D. aparece como espacio de referencia y contención frente a los padecimientos cotidianos en un marco de profunda desigualdad, más allá de que esto sea buscado o no de manera

4 En muchos casos, las relaciones de vecindad son previas a las relaciones dentro de la organización.

explícita desde la organización: *“A mi hijo lo perdí, lo mataron... andaba en la droga, con el paco. Es terrible lo que me pasó, pero si estoy acá (trabajando en el comedor) es por mis compañeros, ellos son mi sostén...”* (Rosa, 46 años) *“Yo estoy muy mal, muy deprimida, pero nunca le fallé un 26 de junio a Darío (Santillán), y no le iba a fallar hoy, por eso vine a la lucha”* (Rosa, en la marcha al Puente Pueyrredón en el aniversario del asesinato de Darío Santillán y Maximiliano Kosteki en la represión del año 2002).

Los lazos de reciprocidad entre miembros de la organización permiten el despliegue de estrategias y respuestas concretas frente a los padecimientos: *“Vino una compañera a plantear a la cooperativa que su marido andaba muy mal desde que había perdido el trabajo, deprimido, tenía miedo ella por él... Así que nos pidió si él podía venir a trabajar a la cooperativa aunque sea sin cobrar, pero para que se distrajera y se sintiera mejor. En la cooperativa no podíamos ingresar a nadie más, estaba cerrada, pero lo trajimos a trabajar igual, cada uno puso una parte de su sueldo para pagarle al compañero.”* (César, 57 años). Los /as otros/as son *compañeros y compañeras*, y esta definición en el marco del M.T.D. parece indicar una relación de reciprocidad: da cuenta del mutuo sostenimiento y de la responsabilidad colectiva frente a las problemáticas individuales. Como se señaló anteriormente, a través de la organización los problemas “individuales” se vuelven problemas colectivos, y las respuestas construidas aparecen también como colectivas.

Por lo tanto, ya sea como espacio de contención o como herramienta de transformación, la participación en el movimiento posibilita una apropiación de la salud en lo cotidiano, dando lugar a prácticas que día a día tienen que ver con atender los padecimientos y generar recursos colectivos. Estos procesos no se dan sin contradicciones: conflictos entre vecinos/compañeros, ambigüedades en torno a los sentidos y necesidades de acción entre “referentes” y “participantes”, disputas sobre el uso de recursos, etc. Por eso no es posible afirmar, a modo lineal y acrítico, que todas las acciones desplegadas en el marco del movimiento puedan caracterizarse como “contrahegemónicas”, en el sentido de oposición y transformación del orden dado. Sin embargo, la organización social brinda a sus participantes un marco de referencia donde los sentidos y las prácticas pueden ser definidos y redefinidos desde una lógica atenta a las situaciones de desigualdad y posibilidad de cambio social. Por eso, la organización no puede ser entendida sólo como movimiento de demanda, sino como lugar de constitución de nuevas subjetividades y experiencias.

Experiencias en salud colectiva y Trabajo Social

Si tenemos en cuenta que la participación en el movimiento, tal como describimos previamente, favorece la constitución de lazos de solidaridad, de cooperación y facilita la elaboración de estrategias colectivas frente a las problemáticas de salud, la organización social como tal se constituye en un espacio propicio para la inserción desde el trabajo social.

En este sentido, nos interesa abocarnos a la descripción de dos experiencias grupales que se han acompañado como trabajadoras sociales en el marco de la organización, realizadas desde la perspectiva de la educación popular, atendiendo a sus dos dimensiones principales, la pedagógica y la política. En ambas nuestro objetivo estuvo orientado a contribuir al develamiento de la desigualdad social presente en el proceso de salud- enfermedad- atención (PSEA), producida en el marco del sistema capitalista. Consideramos que estos espacios de reflexión grupal se tornan una herramienta indispensable para la profesión en tanto permiten el despliegue de procesos de debate, discusión y resignificación de las prácticas cotidianas y posibilitan la visualización de las estructuras sociales que las determinan/condicionan.

La tarea desarrollada estuvo relacionada con dos ejes principales: 1) fortalecer y acompañar procesos desplegados en el marco de la cotidianidad, construyendo encuadres concretos para abordar temas específicos que la organización ya venía trabajando con mayor o menor nivel de articulación y 2) generar nuevos ámbitos a abordar como movimiento en relación a la salud integral y la promoción de derechos.

Espacio de formación de promotores y promotoras comunitarios en salud. Este proyecto se llevó adelante en el primero de los MTDs donde nos insertamos. Había comenzado a funcionar en el año 2008, desarrollándose en el 2009 la segunda parte del mismo, en la cual participamos. Nuestra inserción se llevó a cabo integrándonos al equipo coordinador, el cual estaba conformado por una psicóloga, un médico y estudiantes de medicina, psicología, enfermería y comunicación social. El espacio estuvo destinado a referentes y militantes y sus objetivos principales eran: fortalecer tareas de reconocimiento de situaciones que comprometen la salud de las personas, aportar herramientas de prevención y promoción de la salud y, brindar elementos básicos de coordinación de talleres. En los talleres se proponía la horizontalidad en la participación, fomentando la circulación y distribución equitativa de la palabra entre los integrantes y se promovía que los participantes pudieran intercambiar sus saberes y experiencias en torno a las prácticas que implementan para hacer frente a sus problemas de salud.

A lo largo de los sucesivos talleres fue posible visualizar una constante tensión entre dos concepciones de salud: por una parte, la salud como parte integral de la vida, como espacio cotidiano de reproducción, como presencia continuada y sostenida en el día a día... *“la salud la hacemos nosotros”*. Por el otro, la salud entendida sólo como bien institucional, como *“algo que está en los hospitales”*. Estas concepciones remiten precisamente a las conceptualizaciones que se debaten también en el ámbito político, y están en estrecha relación con los sentidos otorgados a la salud en sus aspectos hegemónicos, como señalábamos en párrafos anteriores. Pero además, lo que entra en debate remite a otros interrogantes: ¿Quién debe garantizar el acceso a la salud? ¿Deben las organizaciones sociales tomar la salud en sus manos, desarrollando autogestivamente prácticas vinculadas a la prevención y a la atención de los padecimientos? ¿O es el Estado el encargado de dar respuesta a estas cuestiones, y por lo tanto las organizaciones sólo deben luchar para que esto se cumpla? Estas preguntas se tornan puntos importantes para nuestro quehacer disciplinar. En las reuniones de planificación del equipo coordinador se ponían en juego distintos saberes, expresándose distintas concepciones de la salud que aludían a estas mismas tensiones. Desde el trabajo social se intentó aportar en la discusión acerca de los determinantes sociales del PSEA en las problemáticas abordadas para que sean tenidos en cuenta en el armado de las actividades y la reflexión grupal.

Entre estas tensiones, el espacio de formación de promotores/as posibilitó por un lado la reflexión y construcción de respuestas ligadas a la lucha por el reconocimiento y efectivización de la salud como derecho inalienable que debe ser garantizada por el Estado, así como también brindó la posibilidad de incorporar *la salud* como espacio de trabajo en los barrios, a través de instalar temáticas o generar recursos. En este sentido, se trata de *“luchar para que la salita atienda bien, reclamar para que el hospital funcione, para que lleguen los medicamentos”* y por otra parte *“construir nuestras propias herramientas en salud, hacer nuestra la salud en nuestros barrios”* (Lucía, referente). Se trata de articular las acciones y prácticas de *resistencia* en tanto defensa de los derechos que deben ser garantizados desde el Estado, como de ensayar formas de *transformación* de aquello establecido e instituido como modo “único” de atención de la salud.

Encuentros de género. El espacio se conforma por la motivación de las mujeres de uno de los

barrios integrantes del segundo M.T.D.⁵ donde nos insertamos, a partir de la propuesta que les hacemos de llevar adelante una experiencia en salud desde la organización. Para esto se habían realizado previamente talleres de sensibilización desde una mirada integral de la salud en cada uno de los cuatro barrios de dicho M.T.D.

El nombre del espacio y los temas a tratar se definieron en conjunto con las participantes. Los encuentros se realizaron con la modalidad de taller grupal, desde una perspectiva de educación popular, género y derechos. Las principales temáticas trabajadas fueron salud sexual y reproductiva (sexualidad, métodos anticonceptivos, aborto, abuso sexual infantil); relaciones de género (concepto, estereotipos, patriarcado); y violencia hacia las mujeres.

Se buscó generar un espacio de referencia en relación a la temática de la desigualdad de género en el ámbito territorial, potenciando vínculos previos entre estas mujeres (muchas se conocían desde hacía muchos años) y fortaleciendo acciones que venían dándose de manera informal a través de un encuadre de trabajo concreto. Como se mencionó anteriormente, si bien el Frente Popular Darío Santillán cuenta con un *Espacio de mujeres*, la participación de las mujeres de este barrio particular en el mismo se había dado sólo en algunas actividades puntuales, de manera circunstancial y transitoria. Por lo tanto, otro de los ejes de trabajo estuvo dado por el estrechamiento de vínculos y la articulación con el Espacio de Mujeres, pero priorizando la construcción en el ámbito barrial-territorial.

En la evaluación del taller, las mujeres valoraban que el espacio les había permitido reflexionar sobre sus situaciones individuales, pero recolocándolas en el espacio colectivo: *“pude hablar, expresar lo que me pasaba, y darme cuenta que como mujeres nos pasan cosas parecidas”* (Delia, 22 años). Asimismo, muchas expresaban la importancia de lo grupal para abordar la cuestión de la violencia, ya que incluso algunas de ellas habían podido expresar en el grupo las situaciones que venían padeciendo: *“te sentís sola y pensás que nadie te va a entender”* (Soledad, 19 años) *“lo mejor fue lo que surgió como grupo entre todas”* (Fabiana, 20 años). *“Acá sabés que podés contar con tus compañeras, que no te van a juzgar, que te van a tratar de ayudar para que estés mejor”* (Soledad, 19 años)

En ocasiones, fue posible trabajar la cuestión de la desigualdad en torno a la asunción de roles y tareas al interior de la organización (las mujeres ocupan principalmente los roles ligados al sostenimiento cotidiano de los centros comunitarios-cocina, limpieza, etc.-). Esta visualización abrió la problematización de ciertas cuestiones muy naturalizadas.

En términos generales, el espacio posibilitó el fortalecimiento de los vínculos previos entre las mujeres, desde una perspectiva de compañerismo y solidaridad en la situación de desigualdad basada en género que padecen. El espacio funcionó de hecho como ámbito de contención frente a situaciones de violencia y como herramienta para intentar la visualización y proyección de relaciones diferentes entre varones y mujeres.

Reflexiones finales

El profundo deterioro de las condiciones de vida y acceso a la salud de amplios sectores de la población se instala en el marco de la vida cotidiana de los sujetos como una experiencia concreta, situada, que implica sentidos y prácticas contradictorios. Como se dijo antes, las organizaciones sociales disputan estos procesos hegemónicos, pero nunca de manera lineal, ya que la trama de relaciones que se establece implica transacciones, negociaciones, transformaciones y reproducciones del orden social, a veces condensadas en una misma acción.

⁵ Ellas habían tenido una experiencia de participación en talleres de género en el año 2008 y, aunque la misma no se había podido continuar, la referían como altamente satisfactoria.

La salud al interior del movimiento encuentra, como vemos, diferentes sentidos y prácticas entrelazadas: desde los discursos explícitamente políticos de reclamo hacia el Estado y sus instituciones sanitarias basados en el reconocimiento del legítimo derecho a la salud -muchos de ellos enunciados en los documentos de la organización-, pasando por la posición de referentes definiendo la participación en las actividades de salud como tarea difícil de sostener, hasta el desarrollo de prácticas concretas de los sujetos no definidas necesariamente como *de salud* pero que pueden pensarse como modalidades cotidianas de acción y atención de los padecimientos. Además, se ponen en juego sentidos que aproximan la salud a lo que hegemónicamente se comprende como tal en términos biomédicos y prácticas que dejan ver una construcción que forma parte integral de la vida cotidiana.

Las tensiones en torno al derecho a la salud permiten visualizar el carácter inacabado de estos procesos de hegemonía-subalternidad. ¿Cómo se posicionan los sujetos frente a las limitaciones concretas para acceder a la atención de sus padecimientos? ¿Qué implicancias tiene el “*tomar la salud en sus propias manos*”? ¿Hasta qué punto no materializa esto una transferencia de responsabilidades y por lo tanto de explotación hacia los sectores subalternos? Sin embargo ¿Qué procesos pueden desencadenarse a partir de las disputas por los sentidos y acciones en el ámbito de lo colectivo? ¿Cómo se profundizan y amplían algunas de estas experiencias contrahegemónicas? Como posibilidad siempre abierta y en lucha, los procesos históricos nos enfrentan a estos interrogantes en el seno mismo de nuestro desarrollo disciplinar.

Toda intervención en lo social es política. Esto se debe a que al intervenir se pretende algún tipo de transformación, desde un imaginario de cómo debe concebirse un orden social, aún sin que esto sea explicitado, o directamente sea negado en los discursos (CAZZANIGA, 2006). La intervención del trabajo social no puede pensarse aislada del sistema social en el que se inserta, tanto desde las determinaciones que éste produce en la misma, condicionando límites y posibilidades de la intervención, así como por la producción de sentidos, formas de percibir y representar la sociedad que el/la trabajador/a social tiene. La decisión de problematizar y desnaturalizar desigualdades estructurales que se cristalizan en las inequidades del proceso de salud-enfermedad-atención de la población, surge a partir de considerar a la lucha por la efectivización de los derechos humanos y el fortalecimiento de las construcciones colectivas como partes constitutivas del trabajo social. Creemos que el trabajo social debe acompañar la búsqueda de una direccionalidad política, ética e ideológica, en el compromiso por llevar a cabo prácticas contra-hegemónicas junto a los sectores subalternos.

BIBLIOGRAFÍA

- CAZZANIGA, S., *Reflexiones sobre la ideología, la ética y la política en Trabajo Social*, Documento presentado para la discusión en la reunión de mesa nacional de la FAAPSS, Posadas, Misiones, año 2006.
- FARAONE, Silvia. *A treinta años del golpe militar. Recuperando la lucha por la defensa del derecho a la salud*. Presentación realizada en las Jornadas: “A 30 años: El impacto del proceso militar en el campo de la salud”, Hospital E. Tornú, Ciudad de Buenos Aires, 16 y 17 de marzo de 2006.
- GRIMBERG, M. *Relaciones de hegemonía*. Ficha de cátedra de Antropología social II, Carrera de Trabajo Social, Universidad de Buenos Aires, 2004.
- GRIMBERG, M. *En defensa de la salud y de la vida. Demandas e iniciativas de salud de agrupamientos sociales de la Ciudad de Buenos Aires y Conurbano Bonaerense -2001 a 2003-*. Avá, Revista de Antropología, núm. 7. Universidad Nacional de Misiones, Argentina, 2005

- HELLER, Agnes. *Sociología de la vida cotidiana*. Ediciones Península, Barcelona, 1977.
- LAURELL, Asa C. *La salud: De derecho social a mercancía*. En: Nuevas Tendencias y Alternativas en el Sector Salud. UAM, XOCHIMILCO – Fund. F. Ebert, Mexico, 1994.
- MANZANO, Virginia. *Movimiento social y protesta social desde una perspectiva antropológica*. Sin datos de edición.
- MENÉNDEZ, Eduardo. *Modelos de atención de los padecimientos: de exclusiones teóricas y articulaciones prácticas*. En: Spinelli, Hugo (comp.) *Salud colectiva*. Editorial Lugar, Buenos Aires, 2003.