

Salud en movimiento: movimientos sociales y salud popular en La Plata, Argentina

Health on the move: social movements and popular health in La Plata, Argentina

Sol Logroño (<https://orcid.org/0000-0002-5807-5748>)¹

Abstract *This article investigates the popular participation in health in neighborhoods of the periphery of La Plata (Argentina) in a context of emptying of social policies according to the neo-liberal regulations that govern with increasing force in the country and in the continent. In this framework of economic crisis that especially affects public health, social movements are organized to defend, while resisting daily impoverishment and building popular and collective health alternatives. The work, sustained in an ethnographic investigation, aims to reconstruct the ways in which the subjects reconfigure the ways of thinking about health and political participation in the daily life of the territories through different tactics and strategies of care and community-political construction.*

Key words *Popular Health, Participation, Agency, Crisis.*

Resumen *El presente artículo indaga sobre la participación popular en salud en barrios de la periferia de La Plata (Argentina) en un contexto de vaciamiento de las políticas sociales de acuerdo a las normativas neoliberales que rigen con fuerza creciente en el país y en el continente. En este marco de crisis económica que afecta particularmente a la salud pública, los movimientos sociales se organizan para defenderla, al mismo tiempo que resisten el empobrecimiento cotidiano y construyen alternativas de salud popular y colectiva. El trabajo, sostenido en una investigación etnográfica, se propone reconstruir los modos en que los sujetos reconfiguran los modos de pensar la salud y la participación política en la vida cotidiana de los territorios a través de distintas tácticas y estrategias de cuidado y construcción político-comunitarias.*

Palabras clave *Salud Popular, Participación, Agencia, Crisis.*

¹ Comisión de Investigaciones Científicas de la Provincia de Buenos Aires (CIC). Calle 526 entre 10 e 11, B1900. La Plata Buenos Aires Argentina.
sol12lgr@gmail.com

Introducción

La salud constituye un campo de disputa social y política en el que convergen distintos discursos enfrentados tanto por construir e instalar determinados sentidos como por definir los modos de intervención y de regulación mediante políticas públicas. Una primera cuestión para introducir nuestra perspectiva, está en el modo en que la definimos, como un concepto complejo, histórica y culturalmente construido que involucra procesos biológicos así como también sociales, políticos y morales. Si bien tradicionalmente se la ha definido desde una concepción biologicista, ahistórica y ubicada dentro de la disciplina médica, en la actualidad inciden otras dimensiones y campos de saber, asumiendo que lo biológico está presente pero que cada configuración cultural ha creado y disputado sentidos y valores respecto de qué significa lo saludable. En este sentido, la antropología médica crítica ha distinguido tres dimensiones que convergen en la salud de las personas y las comunidades: las del *disease* - la enfermedad biológica -, el *illness* - la experiencia del padecer - y *sickness* - los procesos sociales, económicos y políticos¹⁻³.

La Organización Mundial de la Salud (OMS) define a lo saludable como “un estado de completo bienestar físico, mental y social y no solamente la ausencia de afecciones o enfermedades”. Por otro lado, los estudios antropológicos nos enseñan que los conceptos se encuentran definidos por un marco histórico determinado que los expone en contexto y los relaciona con otros significantes y significados⁴. Desde esta perspectiva, las categorías que ordenan la vida social son siempre etnográficas, en el sentido de que se construyen situacionalmente en las interacciones sociales. La salud es una categoría en disputa en la que convergen múltiples discursos para incidir en la orientación de las políticas públicas y en la resolución práctica de la vida cotidiana en relación a los procesos de salud, enfermedad y atención.

El Movimiento Social en el que inscribimos nuestra indagación, es una organización de la sociedad civil surgida en la crisis del 2001 en Argentina. Los estudios sobre movimientos sociales (MS) cuentan con una vasta bibliografía de la cual recuperamos el concepto que propone Manzano⁵ desde la antropología de la política y el poder. Para Manzano⁵, la noción de MS supone formas de movilización social que desafían el marco de acción establecido por la “política convencional”; es decir, que se desarrollan fuera de los espacios de acción política y social institucionalizados en las democracias liberales. En este sentido, la auto-

ra señala el potencial de la reflexión sobre los movimientos para tensionar las nociones de política como dominio diferenciado, institucionalizado y como arena de profesionales; y, al mismo tiempo, la separación entre Estado y Sociedad Civil.

A su vez, Manzano⁵ reconoce la heterogeneidad de los MS que han proliferado desde los años sesenta, identificando movimientos feministas, ecologistas, piqueteros y procesos de acción que se reúnen articulados en múltiples demandas. Una de ellas es la del derecho a la salud, que se ha consolidado desde mediados de siglo XX dentro de la llamada “cuestión social”. En los años noventa, en Argentina, se radicalizaron los cambios en el modelo de acumulación, generando un aumento del desempleo y de la pobreza, el desmantelamiento del Estado y el deterioro de las condiciones vitales de las personas, que desembocó en la crisis del 2001⁶. Grimberg da cuenta del modo en el, en dicho contexto, la salud ingresa en la agenda de problemas de la mano de los MS piqueteros. La politización del conflicto en salud se advierte en estrategias como censos colectivos, cortes de ruta, toma de hospitales, ollas populares y asambleas⁷. Estos primeros eventos políticos de movilización en torno al derecho a la salud y a la vida son fundamentales para pensar la politización actual de la salud como eje movilizador de la protesta en los barrios, ya que constituyen un hito en la memoria histórica de la organización popular.

En este artículo, se abordarán los modos en los que se construye salud colectiva en la cotidianidad de los barrios de sectores populares, a partir del análisis de las prácticas de resistencia de un Movimiento Social (MLJ) inscripto en la Confederación de Trabajadores de la Economía Popular (CTEP). En primer lugar, se detallará la metodología utilizada. A continuación, repondremos algunas particularidades del sistema de salud en la Argentina para luego reconstruir, en los siguientes apartados, las diferentes modalidades de organización que desarrollan los actores del MLJ para *resistir, luchar y conquistar derechos* en los barrios. En primer lugar, recorreremos el rol de las promotoras de salud formadas por el propio MLJ “para construir salud popular en los barrios” y la agencia política de las mujeres que asumen ese rol con sus vecinas y compañeras de cooperativa. En segundo lugar, analizaremos la participación de dicho movimiento en una organización denominada “Movimiento por el Derecho a la Salud” (MDS), una confluencia de actores organizados contra la Cobertura Universal en Salud (CUS) Finalmente, analizaremos el proyecto de salud autogestiva de la Mutual Sen-

deros, “la Mutual de Los Trabajadores de la Economía Popular”.

Método

Para la presente indagación usamos una metodología cualitativa con enfoque etnográfico para interpretar las perspectivas de las mujeres que habitan y militan en barrios de la periferia platense y participan en el MLJ, lo que Geertz denomina “la perspectiva del actor”⁸. Para el presente artículo, se enfatizó sobre los datos recabados en uno de los barrios estudiados, para lograr mayor profundidad en su descripción. En el período 2016-2017, realizamos observaciones en talleres de formación en promoción de la salud, talleres de salud con vecinos, jornadas de trabajo cooperativo, movilizaciones, cortes de calle y reuniones. Al mismo tiempo, establecimos conversaciones informales y entrevistas en el campo con 10 mujeres entre 25 y 40 años. Finalmente, la selección del corpus se realizó a partir del primer contacto con informantes clave y la técnica de “bola de nieve” para poder multiplicar las conversaciones. Los nombres de los actores entrevistados fueron modificados para el resguardo de la identidad, respetando los requerimientos éticos en el trabajo con las interlocutoras.

La salud en Argentina

El sistema de salud argentino está constituido por tres sectores: el sector público que se financia a través de las rentas generales y se rige por los principios de universalidad y equidad de la atención; el sector de las obras sociales, que es un sistema de protección de la salud obligatorio para los y las trabajadoras en relación de dependencia; y el sector privado cuyas prestaciones son solventadas a través de la contratación de sistemas prepagos o mediante pagos directamente de los usuarios.

La Plata pertenece a la Región Sanitaria XI de la Provincia de Buenos Aires. La relación entre centro y periferia en una ciudad moderna planificada geoméricamente⁹, constituye una asimetría de poder en el que lo que queda afuera del casco urbano a su vez queda afuera, o integrado de modo desigual, del acceso a servicios básicos como la salud, la educación, el transporte y el ambiente, entre otros derechos. El barrio en el que hicimos hincapié para este artículo, denominado “Futuro”, no cuenta con Unidad Sanitaria propia. Para el acceso a intervenciones en el sistema oficial de salud es necesario recorrer grandes

distancias. El colectivo ingresa sólo en los horarios “pico”, esto es, en los de ingreso y egreso de la escuela, ya que la pavimentación es irregular para el tránsito, al igual que las ambulancias, que en ocasiones no ingresan o demoran la atención a estos espacios por ser considerados “peligrosos”.

El sistema de salud público, en los últimos años, ha disminuido su capacidad de atención por irregularidad en la ejecución de presupuesto, la falta de circulación de insumos necesarios como medicamentos y métodos anticonceptivos (MAC) y el desmantelamiento de programas básicos para la garantía del derecho a una vida saludable. Según un informe de la Fundación Soberanía Sanitaria, las políticas económicas actuales empujaron a grandes sectores a la pobreza y empeoraron las condiciones de vida de la población en su conjunto. El aumento en el precio de los medicamentos, de las prepagas y la inclusión de bonos y copagos en las obras sociales, impactó negativamente en la salud de la población aumentando el gasto de bolsillo y generando barreras de acceso¹⁰. El informe señala que la pérdida de poder adquisitivo del salario y el aumento de los precios dificultan el acceso a alimentos de calidad y en cantidad suficiente, lo cual impacta en los indicadores sanitarios de la población, favoreciendo el desarrollo de sobrepeso, obesidad y desnutrición.

Frente a estas reconfiguraciones en las condiciones de vida el derecho a la salud se ha debilitado, agudizando la necesidad de participación para la defensa de los derechos. A continuación, abordaremos las tácticas y estrategias llevadas adelante por el MLJ para sortear las injusticias relativas a la salud y construir nuevas formas de pensar y vivir la salud en los barrios.

Las promotoras de salud

Entendemos que las prácticas que en adelante se describen deben estar inscriptas en una reflexión sobre el poder y la agencia. Para empezar, retomamos la noción de tácticas de De Certeau¹¹, quien considera que la táctica es el recurso de los débiles para contrarrestar la estrategia de los fuertes. La táctica actúa a partir de la imposición de una fuerza externa, frente a la cual opone resistencia. A su vez, sostenemos, junto a Ortner que “la agencia es un elemento necesario para entender cómo las personas obran (o tratan) en el mundo hasta cuando son el objeto de forma de deseos o intenciones específicos dentro de una matriz de subjetividad, pensamientos y significados (culturalmente instituidos)”¹². Según Sewell¹³ “por desigual que sea la distribución de recursos, en cierta

medida los recursos humanos y no humanos son controlados por todos los miembros de la sociedad, independientemente de cuán desposeídos u oprimidos sean estos”. Para Ortner¹², en la medida en que comprendemos que los sujetos “tienen agencia”, examinaremos su construcción como un tipo de empoderamiento y como base para la realización de distintos “proyectos” en un mundo donde imperan la dominación y la desigualdad. Veremos en este apartado, una de las tácticas desarrolladas por los actores que protagonizan el MLJ y la resistencia en los barrios: la creación de la figura de *la promotora de salud popular*.

Frente al estado de situación económica y las múltiples barreras en el acceso al sistema sanitario, en el año 2016, el MLJ creó un área específica para abordar la salud en los territorios. Antes de la creación de este espacio, el Movimiento se había establecido como un mediador y un gestor en materia de salubridad de los trabajadores de la economía popular bajo su administración. *La oficina* (sede central del Movimiento) recibe a diario llamadas telefónicas, visitas y consultas de las cooperativistas para conseguir turnos médicos, además de recurrir a los referentes de la organización para resolver urgencias. A raíz de esta demanda creciente y de las irregularidades de un sistema de salud cada vez más desfinanciado, se decidió, como primer medida del área, formar a un grupo de cooperativistas de distintos barrios de la ciudad para convertirse en Promotoras de Salud, como “el primer paso para que las compañeras puedan salir a la calle y contribuir con la prevención y cuidado de la salud de todo los vecinos y vecinas, en los barrios donde el acceso a los servicios de salud no llega o son de más difícil acceso” (Referente del área de salud). Las promotoras de salud reciben su pago como contraprestación por los diversos planes sociales que gestiona el MLJ. Una de las maneras de construir salud popular consiste en la creatividad para el uso de recursos, de modo que aquello “que baja” de Desarrollo Social luego sea repensado en los términos y necesidades de su propio proyecto territorial.

La figura de la promotora de salud como tal se comienza a pensar, sobre todo, a finales del siglo XX, cuando la concepción mundial de la salud y la regulación de su ejercicio se re-orientó generando cambios profundos en las políticas de salud. Este movimiento que fue transversal a toda América Latina, puede sintetizarse en las Conferencias realizadas bajo el patrocinio de la OMS: la Declaración de Alma-Ata (Rusia, 1978) y la Carta de Ottawa para la Promoción de la Salud (Canadá, 1986). En ellas se establece a la salud como

derecho humano fundamental y se define como un estado de completo bienestar físico, mental y social y no sólo la ausencia de enfermedad, a la vez que se promueve la participación individual y colectiva en la atención sanitaria.

Las promotoras de salud del barrio se encuentran en un espacio de entrecruzamientos convocadas a vincular el sistema de salud con el territorio. El MLJ incorporó en sus estrategias la figura del Promotor de Salud en un marco de relaciones y significaciones particular, que si bien retoma elementos centrales de los lineamientos internacionales, los apropia de modos diferentes. Las promotoras formadas en el marco de MS, además de los lineamientos sugeridos por los organismos internacionales y nacionales, tienen el rol de asumir una posición de lucha por la salud para sus barrios y promover la organización y concientización de que “cada conquista es el resultado de la lucha en la calle y en la ruta”. Un día de lucha en un corte de ruta o acampe frente a la Secretaría de Salud del Municipio es, también, un día de trabajo. A la vez que la limpieza de arroyos, zanjas y calles y la conversación con los vecinos y vecinas sobre la importancia del cuidado de la salud y la vinculación con las vías de acceso a la salud del MLJ son parte fundamental de su rol.

De este modo, las promotoras organizadas en el MLJ no sólo vinculan a sus compañeras y compañeros con el Sistema de Salud sino que se organizan junto a ellas para resistir y demandar responsabilidades al mismo frente a la crisis de salud. En este marco, las mujeres elaboran tácticas de resistencia y astucia para construir modos de vida saludables. Por ejemplo, cuando las promotoras sugieren a sus compañeras de la cooperativa presentarse en las salitas “lo más informadas posible” y, en caso de ser rechazados sus pedidos de consulta, solicitar un “certificado de negatividad”, ya que “ahí se achican”. En estos talleres, a su vez, ellas negocian y ponen en tensión las expectativas del sistema de salud que establece recomendaciones “alejadas de la vida en los barrios”. Fue en el marco de un taller sobre “Hipertensión y problemas respiratorios” que el ítem “asistencia al gimnasio” y “consumo de frutas y verduras” de los folletos elaborados habilitaron un debate sobre las dificultades de adecuar sus condiciones de vida a las prácticas saludables sugeridas por el gobierno; ya que el costo de ese tipo de alimentos es elevado y el barrio no cuenta con gimnasios ni plazas, ni parques para la recreación corporal. En ese desfase se introduce “la necesidad de luchar por todo lo que falta”.

En estas fotografías de las relaciones que las mujeres establecen entre ellas y con las institucio-

nes sanitarias, es posible observar la politicidad de sus experiencias y sus sentidos en relación a la salud. La construcción de la salud en el barrio se produce en el espacio de las relaciones de dominación, resistencia, lucha y conflicto. La salud, en este marco, constituye uno de los ejes (transversales) de la lucha por mejores condiciones de vida movilizadas por la organización.

Algunas escenas cotidianas de transformación en salud

Los anteojos

Son las seis de la tarde y la hora de la *escuela* comienza. La profesora pidió en la clase anterior que las estudiantes investigaran sobre una serie de hechos históricos ligados a la lucha de las mujeres. A María le tocó “El Primer Encuentro de Mujeres en 1986”. Escribió en su cuaderno algunas anotaciones y va leyendo en voz alta. Cuando baja la vista para leer lo escrito, se coloca los anteojos y sus compañeras atienden particularmente a ese objeto: “¡Qué lindos anteojos!”, “¿Dónde los conseguiste?” María les agradece y agradece particularmente a la promotora de salud que hizo el nexo. Los anteojos se consiguen por medio del MLJ y un programa de la UNLP que se llama Salud Visual. Esa misma tarde, el grupo se organizó junto con la promotora de salud para armar en los próximos días una lista de quienes necesitaban usar lentes. Ante la interpelación de la pregunta, muchas se preguntaron por primera vez si veían bien. Varios meses después, cuando la Mutual Senderos había profundizado su afiliación en La Plata, las cooperativistas pudieron acceder a un par de anteojos por año. Para la mayoría ese constituía el primer par de anteojos de su vida. Esta adquisición constituyó un cambio significativo en su vida cotidiana, porque les permitió realizar con mayor eficacia sus tareas, leer en el pizarrón, mirar los carteles en la calle con precisión y ayudar a sus hijos en las tareas.

La afiliación

En junio de 2017, un grupo de estudiantes y cooperativistas del MLJ fue invitado a la biblioteca provincial a participar de la lectura de cuentos y poesías. En el viaje de regreso, en un clima de intimidad bajo la emoción del paseo al centro entre amigas, Adela nos cuenta que está embarazada. Dice que cree que van a ser mellizos, porque su panza está muy grande y ya tuvo gemelas. Está de seis meses y todavía no se hizo ninguna ecografía. La profesora le dice que tiene que hacerse la obra social, así le dan los turnos rápido. Valeria la pone en contacto con María, que

es la promotora del barrio. Cuando le pregunta si tiene obra social, Adela le dice que le “dio fiaca”. Sus compañeras le reprochan que había jugado al fútbol casi todo el embarazo. Enseguida se ponen en marcha para hacer la afiliación en el transcurso de la semana. Luego todas se ríen recordando que una de las tareas que la profesora les pidió fue que escribieran las actividades que realizan en un día de su vida y Rosana con humor dice que Adela no contó todo lo que hacía en el día. Este es uno de los casos en los que la figura confiable de la promotora de salud salvó algunas de las barreras de salud más comunes en el barrio. Adela no había tenido buenas experiencias en sus diez anteriores embarazos y partos, sufrió maltratos y trámites difíciles de sortear. Una de las preocupaciones de su onceavo embarazo fue que los médicos dejaran que se hiciera la ligadura de trompas, ya que cuando lo solicitó en su anterior gestación le dijeron que era demasiado joven. Con la seguridad de la compañía y la información sobre sus derechos sexuales y reproductivos, junto a la promotora lograron hacer de su embarazo un proceso de decisiones y autonomía.

La traducción popular

Es sábado a la mañana y en la sede central del MLJ comienza un Encuentro de Género y Lenguas Originarias. La actividad se realiza en una casilla en la que funcionan otras actividades como la escuela primaria y secundaria, la copa de leche y el grupo de tejedoras. Se trata de una casa de unos 7 por 3 metros, con un pequeño patio de cemento con horno de barro desde el cual se accede a una huerta. La idea original del Encuentro la tuvo Felicia, una cooperativista boliviana que habla quechua como primera lengua. La preocupación de Felicia es que “para llegar a las compañeras del barrio” hay que saber hablar su lengua porque “hay cosas que se dicen mejor en la lengua madre”. En el correr de la mañana me daría cuenta de que hablaba fundamentalmente de experiencias dolorosas que se enuncian mejor en su idioma natal. Esta idea surgió, asimismo, en diferentes instancias de conversación en relación a la atención médica ya que “la violencia en el parto es un problema que tiene este barrio”, como dijo una de las coordinadoras del taller. A lo que agregó Felicia que “A las mujeres nos maltratan y no podemos comunicarnos bien”. La habitación está decorada con carteles rojos y blancos que dicen la palabra “mujer” en diferentes idiomas. Pronto comienza el taller con 20 mujeres sentadas en círculo y se realiza una dinámica de presentación. La jornada fue extensa y tuvo diferentes momentos. Para este articu-

lo, nos interesa reponer uno de ellos. Una de las actividades propuestas por las coordinadoras fue recrear la relación médico-paciente en una consulta en el Hospital. Las actrices de la tarea fueron Felicia y Noelia. Felicia con una bata blanca era la médica y Noelia la paciente. En la dramatización la paciente se acerca con un fuerte dolor estomacal y la médica amablemente le contesta en quechua haciendo señas y gestos para orientar la comprensión mutua. Le sugiere tomar hierbas medicinales y en ocasiones habla español. En el análisis de la escena, las mujeres reunidas hicieron una comparación con el modo en el que son tratadas por los médicos y la manera en la que el lenguaje se convierte en una barrera cuando se suma al maltrato. Luego el debate se deslizó hacia las estrategias para sortear esta problemática y la necesidad de contar con promotoras de salud que conozcan las lenguas que se hablan en el barrio.

En todas estas capturas de la vida cotidiana, es posible advertir cómo la formación en salud de las promotoras se articula con las conversaciones del cotidiano, las dinámicas del encuentro y consejos que constituyen la reproducción de la sociedad en la trinchera barrial, aquellas que, desestimadas desde ciertas perspectivas de lo social como mera reproducción son, como vimos, relaciones que favorecen la garantía del derecho a la salud en la periferia urbana.

Lucha CUS y la crisis económica

Como señalamos inicialmente, uno de los aspectos fundamentales para estudiar la salud es el modo en el que la definen los actores situados en configuraciones específicas. Mariana, una de las referentes del MLJ y del área de salud la definió de la siguiente manera:

La idea de la salud popular arrancó hace mucho tiempo cuando nos dimos cuenta de que la salud es algo mucho más amplio que estar enfermo, que la salud tiene que ver con las condiciones de vida de cada uno de nosotros y no sólo con la instancia de enfermarnos. Así que ahí empezamos a gestar esta idea más amplia de salud y empezar a buscar definiciones sobre la salud que sean un poco más amplias, más abarcativas, que el “estar enfermo”. Eso nos llevó a encontrar lo que se llama la “Salud Popular” que tiene como característica que plantea que la salud es algo colectivo, que no es un proceso de enfermedad individual de una persona, sino que es una construcción social colectiva.

Además de las anteriores prácticas descritas, las mujeres del MJL que se formaron para ser promotoras de salud participan de una Mesa Provincial del Movimiento por el derecho a la Sa-

lud (MDS). Este espacio de confluencia política convoca a “personas, instituciones u organizaciones que sostengan en sus prácticas la defensa de la salud como derecho” a través de asambleas e intervenciones en el espacio público para presionar a las autoridades y visibilizar la crisis del sistema sanitario. Se conformó en el año 2017 por sindicatos de salud, organizaciones sociales y políticas y universidades para luchar contra la CUS. Entre profesionales de la salud, estudiantes de medicina de la Universidad y trabajadoras sociales, las promotoras de salud eran “las únicas representantes del territorio” (de este modo fueron presentadas por quienes encabezaban la mesa). Cuando fueron interpeladas para compartir su percepción de lo que “veían en el día a día de los barrios” y a pensar los modos de difundir la campaña contra la CUS, una de las promotoras marcó la dificultad de prevenir acerca del empeoramiento de las condiciones del sistema público de salud cuando en la actualidad su funcionamiento es precario: “¿Cómo les decimos a las compañeras de los barrios que no a la CUS si tampoco está bien lo que está ahora?”

La CUS es, según el MDS, “una política que estratifica a la población según capacidad de aporte y define mejores prestaciones para quienes cuentan con posibilidades de pago”. Según sus organizadores, “el MDS conforma una nueva experiencia en defensa del derecho a la salud en tiempos de democracia en la República Argentina. Se nutre de la batalla de trabajadores y usuarios en defensa de sus derechos y del sistema público en la renovación conceptual del proceso de cuidado que expresa la salud colectiva”.

El derecho a la salud se presenta el MDS y en conjunción con la noción de lucha y conquista de derechos del Área de Salud del MJL como una noción legitimadora de la protesta. Siguiendo a Manzano¹⁴ quien retoma a Thompson¹⁵, esta movilización en torno a la salud apela a normas y costumbres generadas en modalidades previas de relación entre los grupos subalternos y el Estado. Particularmente, remiten a la memoria de la creación del Ministerio de Salud (hoy reducido a Secretaría) y las políticas sanitarias del Estado de Bienestar. Thompson¹⁵ invirtió el enfoque de la visión espasmódica de la historia popular para preguntarse por las nociones legitimadoras en las que enraizaban los motines de subsistencia y enfatizó que esas nociones anclaban en la defensa de derechos y costumbres tradicionales, y apelaban a normas y expectativas sociales. En la definición de la salud como un derecho y la defensa de la salud pública se inscriben procesos de memoria y movilización capaces de legitimar

la organización contra la situación sanitaria actual y construir nuevos modos de pensar y vivir la salud.

Según Mariana, una de las referentes del Área de Salud “Para nosotros los que creemos que la salud es un derecho, pasar el Ministerio a una Secretaría nos están planteando que lo están recortando, o sea que va a haber menos plata para garantizar ese derecho, y también que están instalando esta idea de que va a ser un servicio la salud y no un derecho” (Entrevista a Mariana).

La defensa por la salud pública constituye un nodo articulador de experiencias disímiles y compartidas entre actores múltiples (médicos, enfermeros, trabajadores sociales, políticos, promotoras de salud, vecinos). Esta articulación no es necesaria, sino contingente e inestable, y se encuentra con definiciones y re-definiciones constantes entre disputas y negociaciones. Tanto CUS como la reducción del Ministerio a Secretaría bajo la órbita del Ministerio de Desarrollo constituyeron una interpelación para actores diversos identificados en la noción legitimadora del derecho a la salud.

La Mutual Senderos

A pesar de que la defensa a la salud pública constituye uno de los pilares fundamentales del Área de Salud y del MLJ en su conjunto, “es necesario generar estrategias para sobrevivir al día a día de los barrios hoy” (Promotora). Al mismo tiempo, las organizaciones de la Economía Social elaboraron una estrategia para garantizar el acceso a la salud durante la ausencia del Estado. Fue en este marco que la CTEP en 2013 se creó la Asociación Mutual de Salud Senderos y en los últimos años el MLJ comenzó a articular con dicha obra social para mejorar la calidad de vida de sus trabajadores. Esta Mutual, desde el 2013, cuenta con un Plan de Salud Familiar y Comunitario basado en la atención y prevención de enfermedades, en la promoción y educación para la salud. En La Plata, comenzó con un consultorio constituido por un médico generalista en las afueras de la ciudad y en julio de 2018 se inauguraron los consultorios propios de la Mutual. El Centro de Salud cuenta con los servicios de Pediatría, Clínico, Ginecología, Obstetricia y Odontología. A su vez, la cartilla cuenta con sanatorios, farmacias, especialistas y consultorios para la atención de los/as afiliados.

Los trabajadores agremiados en la CTEP son mayoritariamente cartoneros, vendedores ambulantes, feriantes, trabajadores domésticos y del cuidado, costureros, limpiavidrios y “trapitos”,

trabajadores de fábricas recuperadas y trabajadores de cooperativas dedicadas a tareas de mejoramiento barrial (cordón cuneta, “zanjeo” y desagües) o cuidado del hábitat (limpieza de arroyos, recolección de residuos)¹⁶.

La Mutual Senderos funda su razón de ser en los trabajadores de la economía popular. En su declaración de identidad definen a los destinatarios del Plan de Salud como “los postergados de nuestra sociedad”, “esos que se inventaron un laburo y lo defendieron a muerte”, “esos que pelean día a día por nuestra tierra contra el avance indiscriminado”, “los que no tenemos derechos laborales”.

La coordinadora del espacio de Salud del MLJ en el marco de la inauguración del consultorio de La Plata dijo que aquel hecho fundante constituía “un logro de todos y todas, que tenemos que informar en todos los barrios de este nuevo lugar para atendernos” y que “la apertura de esta nueva sede debe darnos un empujón para conseguir las ambulancias propias para poder hacer los traslados desde los barrios que muchas veces necesitamos”. Desde entonces, uno de los roles fundamentales de las promotoras de salud, fue la afiliación de sus compañeros de cooperativa, a la vez que facilitar el vínculo con el sistema de salud abierto por la creación de la mutual.

En el marco de dicha inauguración, uno de los líderes sindicales de la CTEP definió su postura sobre la salud pública y sobre la creación de una mutual dentro del sector de las obras sociales, el sistema de protección obligatorio para los trabajadoras en relación de dependencia:

Yo nunca estuve de acuerdo con que los trabajadores organicen la obra social porque para mí eso lo tenía que hacer el Estado. La realidad objetiva es que el Estado no lo resuelve. Si no lo resuelve el Estado lo tenemos que resolver nosotros. Por eso surgió la idea de hacer la mutual y ocuparnos de la salud y con lo poco que los compañeros pueden pagar del monotributo (...) tratar de brindar salud. (Intervención de Mario, líder sindical de la CTEP)

A su vez, y en consonancia con la definición del Área de Salud del MLJ, definió la salud de una manera integral aunada estrechamente a la lucha y la organización colectiva:

Pero nuestra estrategia va mucho más allá de resolver los problemas de una sociedad que nos enferma, porque nosotros tenemos en general la visión de que salud es cuando vamos al médico, nos atiende, nos dice los estudios que nos tenemos que hacer y nos da algún remedio para curarnos, o cuando nos operan. Bueno, todo eso es la enfermedad, no es la salud. La salud es lo que hacemos colectivamente todos los días en los barrios.

En estas escenas advertimos las diferentes trincheras de batalla en las que los sectores populares construyen salud, tanto para defender la salud pública como para resistir en el “mientras tanto”. Ya que mientras algunos pueden esperar, “para los barrios es impostergable la acción y la lucha por los derechos cotidianos” (promotora).

Reflexiones finales

El médico sanitarista Floreal Ferrara se abocó a desarrollar una concepción integral de la salud pública ligada a las nociones de “conflicto y lucha” y contrapuesta a la concepción sostenida por los organismos internacionales basada en la idea de “bienestar” y “adaptación”. En este marco, propuso pensar el estado de salud como un estado en el que “uno está con un óptimo vital, dispuesto y sosteniendo cualquier conflicto que se le presente,

entonces salud es vencer conflictos”¹⁷. Esta definición, se acerca notablemente a la que elaboran los sujetos de nuestro corpus, al concebir que el acceso a la salud no es algo dado o natural de la cotidianidad de los barrios, sino un *derecho a conquistar*.

A lo largo del trabajo, nos propusimos indagar sobre los modos de organización de los sectores populares para resistir y construir salud en un contexto de crisis que afecta particularmente al sistema sanitario. La fuerza del reclamo en defensa de la salud pública remite a la constitución de una memoria histórica de Estado de Bienestar en el que la salud en Argentina se conquistó como un derecho humano inalienable. Al mismo tiempo, vimos que el sentido de la salud es una categoría histórica y culturalmente situada y que en nuestro contexto particular de indagación está profundamente articulada con la noción de lucha, ya que, según una promotora “sin lucha no hay salud”.

Referencias

- Hita SR. La contribución del método etnográfico al registro del dato epidemiológico: epidemiología sociocultural indígena quechua de la ciudad de Potosí. *Salud Colectiva* 2009; 5(1):63-85.
- Menendez EL. Epidemiología sociocultural: propuestas y posibilidades. *Región y Sociedad* 2008; 20(nº esp. 2):5-50.
- Menendez EL. Modelos de atención de los padecimientos: de exclusiones teóricas y articulaciones prácticas. *Cièn Saude Colet* 2003; 8(1):185-207.
- Grossberg L. El corazón de los estudios culturales. Contextualidad, construccionismo y complejidad. *Tábula Rasa* 2009; 10:13-48.
- Manzano V. *La política en movimiento. Movilizaciones colectivas y políticas estatales en la vida del Gran Buenos Aires*. Rosario: Prehistoria ediciones; 2013.
- Basualdo E. *Sistema político y modelo de acumulación en la Argentina. Notas sobre el transformismo argentino durante la valorización financiera (1976-2001)*. Buenos Aires: Universidad de Quilmes – FLACSO; 2001.
- Grimberg M. “En defensa de la salud y la vida”. Demandas e iniciativas de salud de agrupamientos sociales de la Ciudad de Buenos Aires y Conurbano Bonaerense -2001 a 2003-. *Avá Revista de Antropología. Universidad Nacional de Misiones* [periódico na Internet]. 2005 [acessado 2019 Jan 28]; 7:1-21. Disponível em: <https://www.redalyc.org/pdf/1690/169021460001.pdf>
- Geertz C. *La interpretación de las culturas*. Barcelona: Gedisa; 1973.
- Segura R. *Vivir afuera. Antropología de la experiencia urbana*. San Martín: UNSAM Edita; 2015.
- Informe Fundación Soberanía Sanitaria. *Informe 38*. Buenos Aires; 2019.
- De Certeau M. *La invención de lo cotidiano*. México: Universidad Iberoamericana; 1999.
- Ortner S. *Antropología y teoría social. Cultura, poder y agencia*. San Martín: UNSAM Edita; 2016.
- Sewell W. A theory of structure: Duality, agency, and transformation. *American Journal of Sociology* [periódico na Internet]. 1992 [acessado 2019 Jan 28]; 98(1):1-29. Disponível em: https://www.jstor.org/stable/2781191?seq=1#page_scan_tab_contents
- Manzano V. Del desocupado como actor colectivo a la trama política de la desocupación: antropología de campos de fuerzas sociales. In: Cravino C, editora. *Resistiendo en los barrios. Acción colectiva y movimientos sociales en el Área Metropolitana de Buenos Aires*. Buenos Aires: Editorial Prometeo - Universidad Nacional de General Sarmiento; 2008. p. 101-134.
- Thompson EP. *Tradición, revuelta y conciencia de clase*. Madrid: Crítica; 1984.
- Bruno D, Cardozo M. Salud y trabajo. La experiencia de la mutual Senderos de la CTEP en Argentina. In: *Actas del XXXI Congreso ALAS*; 2017 Dez 3-8; Montevideo, Uruguay.
- Swampa M. *Certezas, incertezas y desmesuras de un pensamiento político: conversaciones con Floreal Ferrara*. Buenos Aires: Biblioteca Nacional; 2010.

Artigo apresentado em 29/01/2019

Aprovado em 12/07/2019

Versão final apresentada em 28/08/2019