

# La asamblea. *Un análisis antropológico sobre los procesos de trabajo en salud colectiva en barrio Los Boulevares de Córdoba*

**Verónica Giomi** | giomiv@gmail.com | Universidad Nacional de Córdoba, Argentina

Recepción: 18/02/21

Aceptación final: 12/04/21

## Resumen

Este artículo tiene como objetivo analizar, desde una perspectiva etnográfica, los procesos de trabajo y las relaciones sociales que se desarrollaron en un espacio de salud llamado Asamblea Popular Los Boulevares (APLB), en el ámbito de la salud colectiva, utilizando también como herramienta metodológica la técnica de observación- participante. Este centro de consultorios médicos funcionó combinando la salud comunitaria y la actividad política entre los años 2002 y 2020 en barrio Los Boulevares de la ciudad de Córdoba.

Este trabajo muestra a la APLB como un micro-universo, y muestra el impacto de la desatención estructural por parte del Estado hacia los espacios de salud comunitaria y de la enorme dificultad que enfrentan para poder existir, teniendo en cuenta que estos espacios tienen un gran valor en términos sociales y comunitarios.

Asimismo, registra estos sectores sociales sumamente desprotegidos, abarcando tanto a los pacientes vulnerables con dificultades para el acceso a la salud, como también a los profesionales altamente calificados que deben apelar a formas de trabajo informal, como un

---

1 Lic. en Nutrición MP: 1569. Estudiante y tesista de la Especialidad en Antropología de la FFyH - UNC. giomiv@gmail.com

rebusque, para contrarrestar de alguna manera las precarias condiciones de contratación laboral de los centros de atención hegemónicos.

**Palabras clave:** asamblea, autogestión, salud comunitaria, organización social

## **Abstract**

This article aims to analyze, from an ethnographic perspective, the work processes and social relations that developed in a health space called Asamblea Popular Los Boulevares (APLB), in the field of collective health, using also as a methodological tool the participant-observation technique. This medical office center operated combining community health and political activity between 2002 and 2020 in Los Boulevares neighborhood in the city of Córdoba.

This work shows the APLB as a micro-universe, and shows the impact of the structural neglect by the State towards community health spaces and the enormous difficulty they face in order to exist, taking into account that these spaces have a great value in social and community terms.

It also registers these extremely unprotected social sectors, including both vulnerable patients with difficulties in accessing health care, as well as highly qualified professionals who must resort to informal forms of work, as a way of making ends meet, in order to somehow counteract the precarious labor contracting conditions of the hegemonic health care centers.

**Keywords:** assembly, self management, community health, social organization

## Introducción

La propuesta que presento es analizar en clave etnográfica, desde mi propio ejercicio profesional como licenciada en Nutrición, los procesos de trabajo que se realizaron en la APLB, entendiendo a dicho espacio como una trama de vínculos e interacciones personales. Mi incorporación como miembro del equipo de salud fue a finales del año 2016 y con el transcurrir de los meses logré consolidarme como parte de los profesionales de la Asamblea. Luego de un proceso la APLB se convirtió en mi objeto de reflexión antropológica para el desarrollo del trabajo final de la Especialidad en Antropología. En el marco de ese recorrido profesional y como estudiante de la Facultad de Filosofía y Humanidades, en este artículo invito a interrogarnos por la dimensión social de la salud.

Mi propia participación en el espacio me permitió observar un lento y progresivo ahogo económico que comenzó a evidenciarse durante el año 2017 y tuvo su desenlace en febrero del año 2020, cuando finalmente la APLB se vio forzada a cerrar. En este trabajo propongo examinar lo que acontecía en el seno de los espacios de salud comunitaria como consecuencia de la aplicación de medidas político-económicas de corte neoliberales y la desatención por parte del Estado.

La APLB nació, como su nombre lo indica, de una asamblea de vecinos constituida en el barrio Los Boulevares –ubicado en una zona periférica de la ciudad de Córdoba capital- a fines del 2001, como parte de un proceso político asambleario replicado en las principales ciudades del país luego de los acontecimientos del 19 y 20 de diciembre de 2001 (Svampa 2011). En ese contexto, organizaciones políticas de vecinos surgieron como estrategias para hacer frente a la crisis y dar respuesta a los problemas de la comunidad, adquiriendo diferentes formas de economía solidaria, como asambleas barriales, populares o ciudadanas (Parra 2008). Así, la APLB funcionó de manera autónoma y autogestionada transformándose y adaptándose a los cambios de los años siguientes, manteniéndose la atención médica y el ropero comunitario. Esta situación se vio afectada –como ya veremos- con el cambio de gobierno en diciembre de 2015.

La Asamblea era un espacio de salud diferente al resto de las instituciones. Sus encargados se definían como militantes de la salud comunitaria y allí, particularmente, la política estaba no solo permitida, sino positivamente alentada: las ideas políticas se expresaban en los cuadros que colgaban de las paredes, en las conversaciones que mantenían con los vecinos y pacientes, en la participación a movilizaciones de organizaciones sociales y políticas, por mencionar algunas de ellas. Sin embargo, los profesionales tenían libertad de adherir o no a esas ideologías, es decir, la pertenencia política no era excluyente.

En ese sentido, me propongo analizar desde una perspectiva etnográfica cómo es el sistema de salud en la Argentina y de qué manera sectores sociales vulnerables quedan por fuera recurriendo a espacios alternativos en busca de cubrir sus necesidades, también intento abrir algunos interrogantes sobre cómo se podría pensar en formas comunitarias de acceso a la salud y cuáles serían las dificultades e (im)posibilidades de autogestión en el sistema de salud. El enfoque en lo social permite poner la atención hacia “las formas y posibilidades en que las personas hacen sus mundos de una manera que es tanto voluntaria como involuntaria” (Fernández Álvarez, Gaztañaga y Quirós, 2017:280). A través de la descripción de lo que hacen y construyen, y de lo que dicen con lo que hacen, adoptando una metodología que combina el hacer y estar en el campo, podemos estudiar los problemas sociales más amplios y generales a una escala microscópica o micro-social, lo que nos permite ver y comprender cosas que de otro modo no se podría.

El análisis se nutre de los aportes del campo de la salud colectiva, donde la cuestión social adquiere mayor relevancia. El Dr. Spinelli (2015), especialista en salud colectiva, señala que el trabajo desarrollado en estos espacios es relacional y se fundamenta, justamente, en las relaciones que tejen sus integrantes, constituido por vínculos con el equipo de salud, con los pacientes y con la comunidad. Para las autoras Bertolozzi y De La Torre Ugarte Gaunilo (2012:27), la salud colectiva “presenta una triple dimensión: como corriente de pensamiento, como movimiento social y como práctica teórica”. En ese sentido, Laurell (1986) menciona que el proceso salud-enfermedad, desde el enfoque de la salud colectiva, requiere plantear la cuestión de la causalidad de forma diferente, ya que al ocuparse de la producción social del proceso biológico humano necesariamente tiene que recuperar la unidad entre la “enfermedad” y la “salud”, ambos como momentos de un mismo proceso. Asimismo, el Dr. Menéndez (1994) plantea con respecto al proceso de salud/enfermedad/atención en la salud colectiva, que la descripción y el análisis del campo relacional debe tomar en cuenta las características propias de cada una de las partes, pero sobre todo debe enfocar su mirada sobre el sistema de las relaciones construidas, que componen una realidad diferente del análisis aislado de cada una de las partes.

El Dr. Spinelli (2010) conceptualiza que el sistema de salud, término ampliamente utilizado, está planteando como la existencia de un todo dividido en tres sectores: público, obras sociales y privado, con una idea simplificada para abordar algo mucho más complejo. La APLB no encuadraba en esa clasificación ya que estaba por fuera del sistema tripartito; más bien se ubicaba como espacio “público no estatal” (Ouviña 2003), concepto que retomaré en el desarrollo.

Además, este trabajo se nutre también de una perspectiva etnográfica interesada en abordar “lo social como proceso vivo” (Quirós 2014) y que se interesa particularmente por el

“transcurrir” de la vida social (Fernández Álvarez 2016). La etnografía como modo de conocimiento que permite contactar la multiplicidad de dimensiones de la comunicación y la experiencia, acompañando y vivenciando los procesos sociales en el mismo momento en que acontecen, forjando relaciones personales y de confianza que admitan ese acompañamiento. Desde esta perspectiva me valgo de los relatos de mis compañeros de la Asamblea que van contando sus historias, en palabras de Fernández Álvarez (2016:17) “un transcurrir que se convierte en herramienta analítica en tanto cobra vida en el curso del trabajo etnográfico”, ese mismo acontecer con el que se va tejiendo la historia de la Asamblea.

## **Metodología**

Para el desarrollo de este trabajo utilicé la metodología etnográfica y la técnica de observación participante (Guber 2011), orientadas a problematizar aspectos del trabajo cotidiano y las rutinas de un conjunto de profesionales de la salud con quienes compartía mis días. El registro de mi diario de campo, completado con diálogos informales, conversaciones de la vida cotidiana, registros de pacientes, consultas, problemas administrativos y económicos, fue realizado durante el período que va desde el año 2017 al 2020.

Para transformar mi lugar de trabajo en un espacio de reflexión y observación antropológica, busqué incorporar la reflexividad en los términos en que los propone Guber (2011), es decir, a través de un proceso de interacción con los actores, tanto en las diferencias como en las convergencias, entre mi reflexión como sujeto cognoscente y los actores de la Asamblea (encargados, profesionales, pacientes, vecinos) como protagonistas de esta investigación.

Este proyecto de investigación fue comunicado a los compañeros de la APLB en una de las reuniones realizadas en el espacio, contando con la aprobación y el apoyo de todos sus integrantes. Particularmente, este artículo cuenta con la autorización de los encargados de la Asamblea para ser mencionados con sus nombres reales.

## **Argentina 2001: socio-génesis de la Asamblea Popular Los Boulevares**

Durante diciembre del 2001 se desencadenaron hechos que marcaron un antes y un después en la historia argentina. Una crisis hegemónica golpeó al país en ese entonces, luego de diez años de políticas neoliberales que habían provocado un quebrantamiento y transformación

de las estructuras sociales. A lo largo de la década de los noventa se abandonó el modelo de industrialización por sustitución de importaciones para adoptar un nuevo modelo basado en la apertura y desregulación económica, lo que transformó la estructura de oportunidades laborales de manera significativa, impactando negativamente tanto en la distribución del ingreso como en los niveles de pobreza e indigencia (Cerrutti y Grimson 2004).

En consecuencia, se generó una profunda crisis política, económica y social con un incremento en los índices de desocupación, ajustes en el presupuesto y los salarios, combinados con un aumento de la movilización y la protesta social que cuestionaban al sistema de representación política (Triguboff 2011). Las sucesivas medidas de ajuste económico, la interrupción en la cadena de pagos de la deuda externa, la recesión, la multiplicidad de pseudo-monedas que entraron en circulación (emitidas por Nación, Provincia, Municipio, etc.) en reemplazo de la moneda legal y la implementación del corralito bancario, dejó como corolario un estallido social con saqueos, manifestaciones, cacerolazos y movilizaciones, que ocasionaron la mayor represión de las fuerzas policiales y de seguridad desde el retorno de la democracia, con un saldo de más de 30 muertos y cientos de heridos. Se produjo la renuncia del entonces presidente Fernando de la Rúa y la sucesión de cuatro presidentes en doce días. El país quedó sumido en una crisis humanitaria, de representatividad, social, económica, financiera y política (Svampa 2011).

En ese contexto y para hacerle frente a la situación, surgieron nuevas estrategias de organizaciones sociales y políticas de vecinos basadas en prácticas democráticas participativas y formas de economía solidaria, como las asambleas barriales, los clubes del trueque y las fábricas recuperadas (Magrini y Quiroga 2011). Estas novedosas formas participativas congregaban a los vecinos del barrio, estimulaban la participación directa y promovían la construcción de iniciativas para encontrar soluciones. Prontamente, estas prácticas fueron celebradas como un nuevo modo de hacer política que buscaba restituir el lazo social a partir de la creación de nuevas redes de vecinos y trabajadores (Magrini y Quiroga 2011). En Córdoba surgieron más de veinticinco asambleas barriales, populares o ciudadanas, como así también cooperativas de trabajo, fábricas recuperadas y servicios de salud (Parra 2008), y la APLB formó parte de ese proceso.

En sus comienzos, los integrantes de la naciente Asamblea pusieron en marcha distintos proyectos: una escuela para adultos, la gestión de 300 planes Jefes y Jefas de Hogar<sup>2</sup> y su distribución entre los vecinos del barrio, con el objetivo de que los beneficiarios trabajaran en la zona evitando gastos en transporte. Se conformaron diferentes comisiones, como la

2 Plan Jefes y Jefas de Hogar: programa de subsidios lanzado en abril de 2002 en el marco de la “Emergencia Ocupacional Nacional declarada durante el gobierno provisional de Eduardo Duhalde. Cada plan consistía en un subsidio de \$150 mensuales (equivalente a 50 dólares en esa época) para jefes y jefas de familia que declararan su condición de desocupados/as.

de cocina, el ropero comunitario y la de salud. A través de la comisión de cocina se repartieron diariamente 140 raciones de comida que entregaba el Ministerio de Desarrollo Social de Córdoba durante los años 2003-2004. Todas esas acciones fueron transformando a Francisco y Adriana en referentes de la zona. En la Asamblea se desarrollaron actividades vinculadas a la militancia política y otras que se consolidaron en la atención de los consultorios médicos y del ropero comunitario. Este espacio tuvo entonces un doble propósito: por un lado, dar respuesta en atención en salud a la comunidad y, por otro, brindar un espacio de trabajo a los profesionales desocupados. En los años siguientes, la APLB fue mutando y adaptándose a los cambios sociales y económicos como consecuencia de las políticas de reparación iniciadas durante la presidencia de Néstor Kirchner (2003-2007), donde ya no fue necesario el funcionamiento del comedor comunitario.

## **La Asamblea como espacio de salud colectiva**

La APLB era un centro de consultorios médicos que se inspiraban en los principios de la salud comunitaria destinado a los vecinos y se gestionaba a través del cobro de honorarios mínimos. Funcionaba en una casa de dimensiones pequeñas que había sido reacondicionada de manera artesanal para ubicar los consultorios, dando como resultado una de las características particulares del espacio relacionada a su dimensión con lo casero, doméstico y cotidiano que se plasmaba en el vínculo desarrollado por los que participaban/mos allí. Para el Dr. Spinelli (2015) las organizaciones de salud se basan en relaciones interpersonales: en esos procesos los sujetos se relacionan e interactúan mediante el lenguaje verbal y no verbal, siendo el vínculo algo esencial para que se estableciera un buen proceso de atención. Resulta fundamental prestar atención a ese carácter relacional entre las personas, a ese lazo afectivo que formaron, ya que gran parte del producto del trabajo dependía de la comunicación y del vínculo que se establecía en esa relación.

Estaba conformado por profesionales de la salud de distintas áreas: clínica médica, ginecología, oftalmología, odontología, psicología, psicopedagogía, bioquímica, ecografía, nutrición, donde además funcionaba una óptica, pedicura y depilación, y el ropero comunitario; y un grupo de cinco encargados: Francisco y Adriana, matrimonio de los socios fundadores oriundos del barrio, que contaban con una extensa trayectoria en la militancia política dentro del peronismo kirchnerista de Córdoba; Rodolfo y Tamara, matrimonio de profesionales de la salud, óptico y psicóloga respectivamente; y Rosa a cargo del ropero comunitario. Los encargados se organizaban para cubrir los diferentes horarios sin desatender sus otros compromisos laborales. Francisco trabajaba como gasista, Adriana era locutora de una radio

comunitaria y Rosa trabajaba en el servicio doméstico. Rodolfo atendía sus clientes de la óptica de forma particular fuera del horario de la Asamblea y Tamara trabajaba en el gabinete psicológico de una escuela del barrio. Aquí sus tareas consistían en la recepción de las personas que llegaban conversando y escuchando sus necesidades; además, no solo buscaban dar soluciones a las diversas problemáticas de salud, sino también ayudaban y acompañaban a los vecinos en diferentes gestiones, las cuales forjaron el espíritu de la APLB fortaleciendo el vínculo con la comunidad y marcando la diferencia con otros espacios de salud. Entre las numerosas e importantes actividades de los encargados en el ejercicio de la salud comunitaria, podemos mencionar: el inicio de los trámites jubilatorios, la obtención de subsidios o medicamentos de forma gratuita; también otorgar en préstamo elementos ortopédicos -como sillas de ruedas, muletas, cabestrillos-, y utensilios de cocina -ollas locreras y bandejas de horno- que se habían adquirido en la Asamblea con ese fin. Asimismo, colaboraban para la obtención de becas de estudio en la Escuela Latinoamericana de Medicina (ELAM) -ubicada en la ciudad de La Habana- otorgadas por el gobierno de Cuba a través de un proyecto destinado a jóvenes provenientes de familias de escasos recursos económicos. Además, realizaban asesoramiento a los adultos mayores que presentaban patologías oculares -con un tipo de ceguera reversible- brindando información y acompañamiento para concretar la cirugía de forma gratuita a través del programa Operación Milagro<sup>3</sup>. En ese sentido, el ropero resultaba un espacio estratégico ya que articulaba a los vecinos del barrio con los servicios de salud que se ofrecían. Igualmente, se recibían donaciones y se vendían las prendas a precios muy económicos, con lo que se contribuía a los ingresos del espacio. De esa forma, la APLB se consolidó como un espacio que buscaba generar respuestas para problemáticas vinculadas al acceso a la salud y se constituyó en un lugar de contención social fundamentalmente para los grupos más vulnerables.

Una de las actividades estructurales de la Asamblea era la confección de las Fichas Médicas que el sistema educativo solicitaba de manera obligatoria para la inscripción en los ciclos lectivos, como una manera de garantizar el control médico y odontológico. El médico clínico del espacio les solicitó a los encargados incluir en la Ficha Médica la consulta nutricional, ya que le pareció importante mi participación como nutricionista para abordar el tema de la alimentación, en forma de consulta interdisciplinaria haciendo educación para la salud: me dieron un lugar de relevancia dentro de ese circuito, algo que no pasaba en otras instituciones con las nutricionistas. A diferencia de otros centros de salud más convencionales, donde la Ficha Médica es completada como un simple formulario solo por el médico, aquí en la APLB se favorecía la interdisciplina buscando construir desde la salud colectiva y no desde el ejercicio individual de las profesiones, desde la colaboración y no desde la competencia;

3 Operación Milagro: es un programa solidario nacido en Cuba, dirigido a personas que no pueden acceder a los respectivos tratamientos debido a los altos costos de los mismos. El Centro Oftalmológico Dr. Ernesto "Che" Guevara se encuentra ubicado en Barrio San Martín de la ciudad de Córdoba. Esta información fue tomada de la página web: <http://www.operacionmilagro.org.ar/nueva/>

porque en este espacio de trabajo autogestivo, era importante que todos los profesionales que se acercaban pudieran tener su lugar para desempeñarse.

Para dimensionar la forma de trabajo en la APLB, puedo decir que durante el horario de atención de los viernes por la tarde (16 a 19 horas) podíamos coordinar para atender en forma simultánea hasta seis profesionales en solo tres consultorios –además de odontología que era inamovible-. Esto era posible porque nadie se sentía dueño de su consultorio y podíamos atender hasta en la habitación del ropero si era necesario. En lugar de ser un obstáculo, esas dimensiones pequeñas eran una ventaja ya que desarrollábamos la atención médica en forma colectiva, compartiendo los consultorios y arreglándonos con lo que había: todo se resolvía. También, era aprovechado positivamente por los encargados para interactuar de manera más cercana tanto con los pacientes como con los miembros del equipo de salud. Se generaba así un vínculo cercano –hasta afectivo- entre los profesionales, los encargados y los pacientes que guardaba relación con el espacio físico de la Asamblea.

Otra de las diferencias estaba relacionada a los honorarios profesionales. En la APLB cada profesional pactaba de manera verbal sus honorarios y cobraba al final del turno en efectivo, en el momento. Esta modalidad resultaba rentable sobre todo en épocas de procesos inflacionarios porque evitaba tener que esperar los tiempos burocráticos de las obras sociales que oscilaban entre los cuatro y seis meses. Los profesionales de la salud, que tienen que recurrir al pluriempleo para poder completar sus ingresos, aquí en la Asamblea podían proyectarse colectivamente mediante esta forma de rebusque para mejorar sus condiciones laborales y económicas.

La importancia de la APLB en el mapa de los servicios de salud local –que se limitaba a centros primarios de salud- radicaba en sus características: los pacientes no necesitaban solicitar turnos previos ni esperar varias horas, siendo atendidos por orden de llegada en el momento que asistían; además se recibían pacientes de todas las edades, desde niños hasta adultos mayores. La propuesta para los profesionales era atender a todos los pacientes con el mínimo tiempo de espera posible, de manera cordial y amable, sin el apuro que revestía tener asignados los turnos por sistema informático. Esa modalidad marcaba una gran diferencia con otros espacios de salud, tanto en el sistema público como en el de obras sociales. En mi experiencia, esa forma de trabajo de tanta cercanía con el paciente era muy diferente de lo que había conocido en otros ámbitos laborales, donde primaban la despersonalización, la distancia y la carencia de afecto o frialdad profesional.

La APLB era (también) *una organización social y política*<sup>4</sup>, que se formó en el marco de un proceso de organización colectiva barrial y que se mantuvo como espacio de salud colectiva

4 Aclaración al lector: en el presente trabajo utilizaré Itálica para resaltar diálogos informales como términos utilizados por mis interlocutores. Las citas bibliográficas y categorías teóricas serán introducidas a

autogestionada. Además de las actividades ya mencionadas, los encargados nos invitaban a adherirnos a paros nacionales convocados por distintos gremios o concurrir a movilizaciones sociales. En la Asamblea se militaba en ese sentido y eso fue algo que emergió con claridad durante el período que trabajé en el espacio. Esta pregnancia de la política en los procesos de trabajo de la Asamblea, se hacía evidente también en algunas interacciones con los pacientes. Cuando Adriana conversaba con los jubilados y escuchaba sus problemas referidos a los recortes del PAMI, suspensión de entrega de medicamentos gratuitos o los aumentos en las tarifas de los servicios, ella les explicaba cómo se habían modificado esos beneficios sociales que recibían antes. En otra ocasión uno de los profesionales utilizaba preguntas disparadoras a sus pacientes en el consultorio para llamarlos a la reflexión: “¿Te llamás Milagros por Milagro Sala? ¿Conocés su obra en Jujuy? ¿Sabés que ella es una presa política?” Estas interrogaciones estaban relacionadas a la líder indígena Milagro Sala<sup>5</sup> de la Organización Barrial Túpac Amaru. En varias oportunidades, en la sala de espera se hacía el llamado al próximo paciente: “Maldonado, Santiago ¿Dónde está Santiago Maldonado? ¿Alguien lo ha visto?” Esa modalidad de llamado se reprodujo en centros de salud y hospitales en distintos puntos del país para visibilizar la desaparición forzada de Santiago Maldonado<sup>6</sup> por la Gendarmería Nacional, que había ocurrido el 1 de agosto de 2017 en un allanamiento a los territorios de la comunidad mapuche. Pero, a diferencia de lo que ocurrió en otros espacios, en la APLB ningún profesional sería sancionado, ni separado de su cargo por hacer esas preguntas a los pacientes. Como decían mis compañeros: “Aquí el silencio no es salud”. Para el imaginario colectivo, en un centro de salud se debería hablar del calendario de vacunas o de prevención de enfermedades, pero en la Asamblea se hablaba de política, de salud, de salud pública, del impacto de la inflación en la salud colectiva. Hablar del recorte de las prestaciones y medicamentos para los jubilados también era hablar de política; que aumentaran los servicios de luz y gas tenía repercusión en la salud colectiva y en la calidad de vida de las personas. A través de esos diálogos con los pacientes y vecinos que concurrían, se buscaba llamarlos a reflexionar sobre la realidad que se estaba viviendo, cuestionar el discurso hegemónico que reproducían los medios de comunicación, voceros del gobierno de turno, que justificaban las medidas anti-populares adoptadas desde el Poder Ejecutivo. El espíritu de la Asamblea hacía que los encargados adhirieran a las causas humanitarias y

---

partir del uso de comillas dobles o párrafo aparte según su extensión, siguiendo el formato actualizado de las Normas APA (2016).

5 Milagro Sala: dirigente política, social argentina, cuya organización realizó la construcción de viviendas en Jujuy. Fue arrestada a principios de 2016 luego de un acampe en reclamo al gobernador Gerardo Morales, detención arbitraria considerada de carácter político por el Consejo de Derechos Humanos de las Naciones Unidas.

6 Santiago Maldonado: joven artesano que se sumó a la protesta y cortes de ruta organizados por comunidades mapuches en defensa de sus territorios ancestrales en la provincia de Chubut. Fue desaparecido luego de un allanamiento realizado por Gendarmería Nacional en el Pu Lof en Resistencia de Cushamen y su cuerpo fue encontrado 78 días después, el 17 de octubre de 2017. Las causas de muerte fueron “asfixia por sumersión en el río Chubut coadyuvado por hipotermia”. Familiares de la víctima, con apoyo de organizaciones de Derechos Humanos, apelaron el fallo y exigen a la justicia determinar las condiciones precisas en las que se produjo la muerte.

de reclamos sociales como los de Milagro y Santiago, y alzarán la voz contra el autoritarismo. Entre los profesionales había un grupo que no compartía estas ideas y manifestaban su fastidio de que se hablara de política, pero inevitablemente estas cuestiones se mezclaban porque la Asamblea era un espacio político.

## **Las dificultades de la autogestión del espacio**

Durante muchos años la APLB había logrado autofinanciarse enfocando la atención en los vecinos del barrio que, en los tiempos de inicio del espacio eran desocupados y, por ende, no tenían obra social; con el correr del tiempo y habiendo logrado tener un empleo con obra social, continuaron eligiendo el espacio por sus numerosas conveniencias, principalmente su forma de atención y su ubicación geográfica.

En la Asamblea la atención en salud era considerada como un servicio a la comunidad, accesible para los vecinos: desde lo económico cobrando aranceles mínimos; y en las prestaciones ofreciendo una amplia cartilla de especialidades médicas –que no se encontraban en las Unidades Primarias de Atención en Salud (UPAS)–. Una opción efectiva tanto para los que no tenían obra social y quedaban al margen del sistema hegemónico, como para los que tenían una obra social con baja cobertura y debían pagar plus para consultas y prácticas especializadas. Eso hacía que muchos eligieran atenderse en la Asamblea, ya que los honorarios mínimos les resultaban más económicos que pagar los co-seguros.

En tanto que los profesionales accedían a percibir una remuneración diferenciada, dejando un 20% para la Asamblea, con el cual se realizaba el pago de alquiler y de servicios (luz, agua, teléfono y alarma). El espacio estaba inscripto como una asociación civil sin fines de lucro otorgando ciertas ventajas: por ejemplo, la factura de la luz estaba dentro de la categoría de tarifa social, el escalafón más bajo para el cobro de servicios. Pero por otro lado, no recibía subsidios del Estado ni podía adherirse a las obras sociales, dado que no cumplía con los requisitos del Ministerio de Salud para su habilitación como consultorios. Como mencionara con anterioridad, el sistema de salud en términos generales se divide en: público, privado y obras sociales, es decir que la Asamblea quedaba por fuera del sistema tripartito. Al ser un espacio autogestionado más identificado con sectores subalternos, podríamos definirlo como “público no estatal” siguiendo la definición que dio Ouviaña (2003) en investigaciones realizadas en asambleas barriales de la Ciudad Autónoma de Buenos Aires. Este autor pone en valor la recuperación activa de lo “público” para superar la dinámica mercantilista propia del capitalismo, mencionando que otro de los aspectos que debe destacarse es la vincula-

ción con otros actores sociales y políticos, relación que las asambleas barriales generaron desde su surgimiento. Esta noción de lo “público no estatal” adquiere una importante relevancia cuando se caracteriza el tipo de densidad asociativa que se construía territorialmente. Estas cuestiones que, tanto desde el Estado como desde el mercado eran consideradas un problema individual, emergen como una cuestión colectiva y se resuelven en ámbitos comunitarios, de manera diferente a la lógica del individualismo neoliberal. La APLB era un espacio autónomo y autogestionado que brindaba soluciones a la comunidad, pero los tiempos habían cambiado a partir de diciembre de 2015 con la asunción del nuevo gobierno.

Retomando lo que indicara al inicio de este trabajo, mi participación en el espacio me permitió observar el ahogo económico que sufrió la APLB. Durante el año 2017 se comenzaron a sentir los efectos adversos de la inflación y sus repercusiones: por ejemplo, hasta ese momento se atendían en promedio 30 (treinta) consultas médicas por día, más certificados laborales, fichas médicas, planillas de ANSES, consultas odontológicas y otras prestaciones. La principal preocupación de los miembros de la Asamblea estaba puesta en juntar el dinero para el alquiler de la casa donde funcionaba el espacio, que en ese momento era de \$7798. Para dimensionar lo que implicaba ese monto, puedo referir que el salario mínimo vital y móvil (SMVM) de enero de 2017 fue de \$8060, y se había actualizado en julio del mismo año en \$8860: el alquiler representaba el 88% del SMVM, el equivalente a cerca de 80 consultas por mes. Ante esta situación se organizó una reunión a mediados de ese año (2017) entre los encargados y profesionales, donde se presentaron diferentes propuestas para sostener la autogestión: la más importante fue continuar con el cobro de honorarios mínimos, que se actualizaron en julio aunque luego algunos profesionales debieron reducirlos en función a la respuesta de sus pacientes. Otra propuesta fue la incorporación de las obras sociales que no pudo concretarse por no estar dadas las condiciones para cumplir con los requisitos solicitados por el Ministerio de Salud: uno, por estar inscripto como asociación civil sin fines de lucro, y otro por las dimensiones edilicias de la casa donde funcionaba la Asamblea, por mencionar los más preponderantes. Tampoco se pudieron recuperar algunas de las actividades comunitarias que se hacían antes, como la elaboración y venta de empanadas, lo cual requería de una energía social extra que los encargados no lograban desarrollar.

Como señala el Dr. Spinelli (2010), los sectores de bajos ingresos y aquellos que no cuentan con cobertura social, quedan bajo la órbita del Estado, tanto nacional, provincial y/o municipal. Asimismo, la presencia del capital económico dentro del campo de la salud ocasiona dispositivos de “solidaridad invertidos tales como el pobre financiando al rico, o lo público financiando al seguro de salud privado” (2010:277). Valiéndome de ese planteo ¿por qué el Estado puede subvencionar a las obras sociales financiando a la salud privada y no cuenta con ninguna herramienta para ayudar económicamente a los espacios de salud comunita-

rios? ¿Por qué la APLB no conseguía una subvención del Estado para sostener un espacio de salud comunitaria donde acudía un sector de la sociedad vulnerable que quedaba por fuera de las coberturas? Las políticas de Estado, si bien durante la última década habían fomentado el desarrollo de espacios autogestionados, cooperativas o movimientos sociales, no implicaba ningún tipo de subsidios ni ayuda estatal. Tanto la precaria situación en la que ya se encontraba la APLB, como el cambio de gobierno a partir de diciembre de 2015 y la adopción de medidas de corte neoliberal, fueron una serie de acontecimientos que generaron el ahogo del espacio y su cierre definitivo. Dentro de las medidas del gobierno que más impactaron puedo mencionar: la quita de subsidios a las personas con discapacidad y a los medicamentos para los pacientes de PAMI, la eliminación de los subsidios a todos los servicios públicos y la aplicación de un “sinceramiento de tarifas” popularmente conocido como “tarifazos<sup>7</sup>” con incrementos de los servicios hasta del 1.600%. En la Asamblea esta última medida repercutió de manera indirecta, ya que los servicios públicos pasaron a ocupar un importante porcentaje del ingreso de los hogares y se redujo el poder adquisitivo de los pacientes que concurrían al espacio.

Continuando con lo que ocurrió en la APLB, a finales de 2017 se renovó el contrato de alquiler de la casa con un monto de \$9000 durante el primer año (casi el equivalente a un salario mínimo vital y móvil según la actualización de enero de 2018). En febrero de 2018, con el inicio de las consultas por Ficha Médica, notamos una reducción de pacientes a menos de la mitad con respecto al año anterior. También se produjo una nueva devaluación de la moneda (lo que ocasionó una pérdida de más de la mitad del valor del peso), inflación, aumento de impuestos y servicios y pérdida del poder adquisitivo de la población. Estas dos situaciones, la disminución en la cantidad de pacientes y la devaluación, ocasionaron mayores dificultades para el cumplimiento del pago del alquiler y, como consecuencia, los encargados se veían en la obligación de asumir la deuda. En septiembre 2018 el Estado degradó a rango de Secretaría el Ministerio de Salud, pasando a depender del Ministerio de Desarrollo Social evidenciando el vaciamiento implementado en el área salud y una sub-ejecución de su presupuesto.

En los últimos tiempos de la APLB y como cualquier trama social, su grupo de conducción tuvo cambios y modificaciones; fue durante el desarrollo de mi trabajo que fui testigo de su disolución y separación definitiva: Adriana tuvo que mudarse a mediados del 2017 a una localidad del interior de la provincia por motivos laborales; en el 2018 algunos profesionales comenzaron a espaciar su concurrencia debido a la falta de pacientes. Uno de los médicos compañeros me comentó que la disminución de pacientes se observaba en muchos espacios de salud, tanto públicos como privados: “La gente no tiene un mango. Reducen hasta

7 La Izquierda Diario. Fecha: Domingo, 01 de abril de 2018. <http://www.laizquierdadiario.com/Tarifazos>

la visita al médico y la compra de remedios”. Había una enorme dificultad en sostener la autogestión: por un lado, se trataba de mantener ese pensamiento colectivo por encima de los intereses personales, y por el otro, surgían las necesidades económicas y laborales de los miembros de la Asamblea, tanto de los encargados como de los profesionales. Aparecían como contradicciones mostrando las dos caras de la moneda. En el año 2019 se dejó de atender en horario matutino, continuando sólo en horario vespertino: muchos de los profesionales dejaron de concurrir por la disminución de pacientes o por conseguir otro trabajo más rentable. La decisión del cierre de la APLB fue en febrero de 2020. Una de las encargadas sintetizó ese derrotero inexorable con la siguiente frase: “No podemos aguantar más”, comunicándome así la decisión.

## Conclusiones

La APLB, como un micro-universo, da cuenta del impacto de la desatención estructural por parte del Estado hacia los espacios de salud comunitaria y de la enorme dificultad que enfrentan para poder existir, teniendo en cuenta que estos espacios tienen un gran valor en términos sociales y comunitarios.

Las organizaciones sociales en salud se basan en las relaciones interpersonales, donde los vínculos entre sus miembros son fundamentales para su funcionamiento.

La Asamblea registra estos sectores sumamente desprotegidos abarcando tanto a los pacientes como a los profesionales. Por un lado, a los pacientes de sectores vulnerables con dificultades para el acceso a la salud, y por otro, proporcionando un espacio laboral a profesionales altamente calificados que tienen que apelar a formas de trabajo informal, como un rebusque, que se inscribe en la historia contemporánea del país de los últimos 30 años, para contrarrestar de alguna manera las precarias condiciones de contratación laboral que tienen en los centros de atención hegemónicos.

Este espacio de salud colectiva, como centro de atención en salud contra-hegemónico y como organización social y política, buscaba generar respuestas para problemáticas vinculadas al acceso a la salud de sectores vulnerables.

La Asamblea quedaba por fuera del sistema tripartito de salud, por ser un espacio autogestionado más identificado con sectores subalternos, como “público no estatal”, buscando superar la dinámica mercantilista propia del capitalismo. Dentro del campo de la salud se

observan dispositivos de solidaridad invertidos, donde el Estado (sector público) financia al seguro de salud privado y no tiene respuestas para espacios comunitarios.

Resulta sumamente importante poner en valor los procesos de trabajo en salud colectiva que se desarrollaban en la APLB, que ofrecía a la comunidad una alternativa a algunos de los problemas del sistema de salud, por fuera de la lógica del mercado, pero a la vez mostraba la debilidad y fragilidad que infringía dicha lógica.

En esta misma línea, es necesario ponderar la atención en salud de forma colaborativa e interdisciplinaria de la APLB, donde se jerarquiza también a las Ciencias Sociales en la construcción de saberes en salud y enfermedad.

## Bibliografía

-Bertolozzi, M. R. y De la Torre Ugarte Guanilo, M. C. (2012). Salud colectiva: fundamentos conceptuales. Salud Areandina.

-Cerrutti, M. y Grimson, A. (2004). Buenos Aires, neoliberalismo y después. Cambios socioeconómicos y respuestas populares. Cuadernos del IDES, 5 Instituto de Desarrollo Económico y Social, octubre de 2004. ISSN 1668-1053.

-Fernández Álvarez, M. I., Gaztañaga, J. y Quirós, J. (2017). La política como proceso vivo: diálogos etnográficos y un experimento de encuentro conceptual. Revista Mexicana de Ciencias Políticas y Sociales. Nueva Época, Año LXII, núm. 231, septiembre-diciembre de 2017, pp. 277-304.

-Fernández Álvarez, M. I. (2016). Hacer Juntos(as). Dinámicas, contornos y relieves de la política colectiva. Editorial Biblos.

-Guber, R. (2011). La Etnografía. Método, Campo y Reflexividad. Siglo Veintiuno Editores.

-Laurell, A. C.(1986). El estudio social del proceso salud- enfermedad en América Latina. Cuadernos Médico Sociales N° 37- septiembre de 1986.

-Magrini, A. L., Quiroga, M. V. (2011). A 10 años de diciembre de 2001: De la protesta social, luchas, desafíos y reinenciones de lo político. Estudios- N° 26- ISSN 0328- 185X; julio- diciembre 2011; 59-79.

-Menéndez, E. (1994). La enfermedad y la curación: ¿Qué es medicina tradicional? Alteridades. Vol. 4, núm. 7, 1994, pp.71-83.

-Ouviña, H. (2003). Las asambleas barriales y la construcción de lo “público no estatal”: la experiencia en la Ciudad Autónoma de Buenos Aires.

Recuperado de: [www.bibliotecavirtual.clasco.org.ar>libros>becas>mov>ouvina](http://www.bibliotecavirtual.clasco.org.ar/libros>becas>mov>ouvina).

-Parra, M. (2008). Otro mundo es posible... La experiencia de las asambleas barriales en Córdoba. XV Jornadas de Investigación y Cuarto Encuentro de Investigadores en Psicología del Mercosur. Facultad de Psicología- UBA. Buenos Aires, 2008. Recuperado de: <https://www.academica.org/000-032/466>

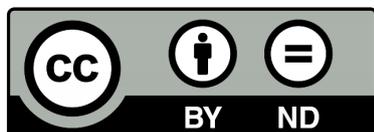
-Quirós, J. (2014). Etnografiar Mundos Vivos. Desafíos de trabajo de campo, escritura y enseñanza en Antropología. *Publicar* –Año XII N° XVII – diciembre de 2014.

-Spinelli, H. (2010). Las dimensiones del campo de la salud en Argentina. *Salud Colectiva*, Buenos Aires 6(3): 275-293, septiembre –diciembre, 2010.

-Spinelli, H. (2015). Work in the Healthcare Field: Artisanal or Industrial Models? *Invest Educ Enferm*. 2015; 33 (2): 194-205.

-Svampa, M. (2011). Argentina, una década después. Del “que se vayan todos” a la exacerbación de lo nacional-popular. *Nueva Sociedad*, N° 235, septiembre-octubre de 2011, ISSN: 0251-3552.

-Triguboff, M. (2011). Acción colectiva, vida cotidiana y trayectorias. El caso de las asambleas de la Ciudad de Buenos Aires (2001-2007). *RUNA XXXII*, (1), pp 45-62. FFyL – UBA- ISSN 0325-1217.



Licencia Creative Commons

Este artículo se distribuye bajo una Licencia CCReconocimiento SinObraDerivada 4.0 internacional.