

IV. Cidadania e saúde

protesta social y salud: un abordaje antropológico de las demandas e iniciativas de salud en el marco de la movilización social en la Argentina (2001-2003)

Mabel Grimberg

SciELO Books / SciELO Livros / SciELO Libros

MINAYO, MCS., and COIMBRA JR, CEA., orgs. *Críticas e atuantes: ciências sociais e humanas em saúde na América Latina* [online]. Rio de Janeiro: Editora FIOCRUZ, 2005. 708 p. ISBN 85-7541-061-X. Available from SciELO Books <<http://books.scielo.org>>.



All the contents of this work, except where otherwise noted, is licensed under a Creative Commons Attribution-NonCommercial-ShareAlike 3.0 Unported.

Todo o conteúdo deste trabalho, exceto quando houver ressalva, é publicado sob a licença Creative Commons Atribuição - Uso Não Comercial - Partilha nos Mesmos Termos 3.0 Não adaptada.

Todo el contenido de esta obra, excepto donde se indique lo contrario, está bajo licencia de la licencia Creative Commons Reconocimiento-NoComercial-CompartirIgual 3.0 Unported.

20 PROTESTA SOCIAL Y SALUD: UN ABORDAJE ANTROPOLÓGICO DE LAS DEMANDAS E INICIATIVAS DE SALUD EN EL MARCO DE LA MOVILIZACIÓN SOCIAL EN LA ARGENTINA (2001-2003)

Mabel Grimberg

Desde fines de los años 70, los cambios en el modelo de acumulación de capital y regulación social impulsados por políticas neoliberales, promovieron procesos de concentración política y económica que intensificaron la desigualdad social y la precarización de las condiciones de vida de vastos conjuntos sociales. La profundización de estas políticas a partir de los 90¹ se tradujo en nuestro país en niveles sorprendentes de precarización de las relaciones laborales, desempleo, subempleo y en un incremento notable de la pobreza y la indigencia,² que culminaron en una crisis inédita en nuestra historia.

Me interesa destacar que estos procesos, en particular la extensión del desempleo y el subempleo, han impactado profundamente en la vida cotidiana de los sectores subalternos, desdibujando las fronteras tradicionales entre ocupación y desocupación, entre espacio público y privado, en un proceso que: a) ha comprometido la vida (la sobrevivencia) de cada vez más sectores de población; b) afectó todas las dimensiones de su vida cotidiana; c) reestructuró las formas y los sentidos del trabajo, reinsertándolo y entramándolo en otras formas de organización social de la vida cotidiana, modificando o produciendo nuevas relaciones entre el espacio laboral y los espacios doméstico-familiares y barriales, tal como lo ponen de manifiesto los emprendimientos productivos familiares o de organizaciones sociales y políticas barriales; y d) tiende a extender e intensificar procesos de explotación y autoexplotación.

¹ Entre éstas, el fortalecimiento de la concentración y la hegemonía del sector financiero, la generalización del programa privatizador de empresas del Estado, estrategias cambiarias a favor de las importaciones, concentración y consecuente quiebre del sector industrial de mayor impacto en el empleo, etc. Para un análisis de este proceso ver Basualdo (2001).

² Datos oficiales para octubre de 2002 del total de aglomerados urbanos: desempleo: 17,8% (varones: 18; mujeres: 17,6); subocupación: 19,9% (varones: 17,5; mujeres: 22, 2); pobreza: 57,5%; indigencia (no acceso a una canasta básica de alimentos de "un umbral mínimo de necesidades energéticas y proteicas"): 27,5% (Encuesta Permanente de Hogares, Instituto Nacional de Estadística y Censo. Buenos Aires, 2002).

Este contexto promovió, al mismo tiempo, procesos más generales de vulnerabilidad social por regiones, por segmentos de los sectores subalternos, por género y edad,³ así como notorios problemas de acceso a la atención médica.⁴ Pero a su vez, y esto debe ser reafirmado, estos procesos se intensificaron en el marco de una política que restringió o eliminó la intervención social del Estado en áreas básicas como la alimentación, la salud, la educación y la vivienda.

En este escenario, desde mediados de la década del 90 comenzó a visibilizarse una creciente conflictividad social, que mostraba una notoria difusión de formas de protesta, así como novedosas modalidades de organización de los conjuntos afectados. Los hechos del 19 y 20 de diciembre de 2001 y la sucesión de acontecimientos acaecidos durante 2002 y principios de 2003, pusieron de manifiesto un proceso de movilización que combinó distintos niveles de cuestionamiento a los modelos dominantes de representación política y a los modos de hacer política, con la ampliación de un espacio de debate en torno al trabajo, la salud, la educación, y la vivienda, en el que convergieron prácticas de demanda e impugnación al Estado e iniciativas autogestivas locales.

Este trabajo constituye una primera aproximación a las demandas y las prácticas de salud desarrolladas por distintos agrupamientos sociales protagonistas de la movilización.⁵ Desde un enfoque antropológico-político, abordamos estas prácticas como una dimensión de la acción colectiva en el marco del proceso de movilización social y política en la Argentina durante los años 2001, 2002 e inicios de 2003. Desde esta perspectiva, el concepto de protesta social⁶ permite dar cuenta de modalidades de acción colectivas de confrontación y negociación, fuertemente dirigidas hacia el Estado y de notoria visibilidad pública por sus medidas de fuerza, caracterizadas por su heterogeneidad y fragmentación en aspectos identitarios, por sus formas organizativas y por el carácter y los sentidos políticos otorgados a sus prácticas. Simultáneamente, también por procesos de articulación social y política a partir de una trama de múltiples solidaridades entre diferentes actores (Grimberg, Manzano & Fernández Alvarez, 2004).

³ Según datos del Informe a la Comisión Interamericana de Derechos Humanos, la mortalidad por causas evitables de menores de un año pasó de 12.120 en 1999 a 17.000 en 2002. Durante el último trimestre de 2002 en La Matanza (Conurbano Bonaerense) de 6.900 niños, 1.600 nacieron desnutridos, el 70% de los jóvenes menores de 14 años se ubicaba bajo el nivel de pobreza, y de ellos la mitad estaba bajo el nivel de indigencia; la tasa de mortalidad infantil triplicaba a la de Singapur, era un 90% superior a la de Cuba, y un 35% superior a la de Chile. Esta fuente destacaba el incremento de la desnutrición en niños mayores de 5 años y en jóvenes, de enfermedades respiratorias y parasitarias, la baja del rendimiento escolar, el aumento de la explotación a niños y de heridos y muertos por violencia. 'Estado de Salud en la Argentina'. Informe a la Comisión Interamericana de Derechos Humanos. Buenos Aires, octubre 2002.

⁴ Según datos disponibles, el porcentaje de población dependiente exclusivamente de la atención pública pasó del 37,6% en 1997 al 43,2% en el 2001, mientras que los que tenían alguna clase de cobertura social (para trabajadores activos o pasivos) decrecieron en ese mismo lapso del 50,3% al 46,7% (Sistema de Información, Monitoreo y Evaluación de Programas Sociales - Siempro. Buenos Aires, 2002).

⁵ Sintetizamos resultados parciales de una investigación etnográfica sobre resistencia y protesta social, centrada en las categorías teóricas de construcción social y hegemonía. Se analizan los procesos de formación de actores, las modalidades de acción política y de construcción identitaria en la Argentina contemporánea en tres tipos de actores sociales –movimientos de trabajadores desocupados, fábricas ‘recuperadas’ y asambleas barriales–.

⁶ Para una discusión sobre protesta, movimientos sociales y acción colectiva puede verse Eckstein, 2001; Tilly, 2000. Para la discusión sobre estos procesos en la Argentina: Schuster & Pereyra, 2001; Auyero, 2002; Caffassi, 2002.

Focalizaremos aquí los principales ejes de demanda hacia el Estado, las iniciativas y acciones autogestivas y los sentidos que los distintos agrupamientos dan a estas prácticas, así como las diversas modalidades de vinculación con el sector público de salud (centros, hospitales), las asociaciones sindicales y los profesionales de salud.⁷ Nos proponemos mostrar, en primer término, cómo en el marco de la movilización social y política de fines de los 90, y sobre todo durante los años 2001 y 2002, cobró forma un proceso de politización de los problemas de salud expresado en diversas prácticas explícitamente definidas “en defensa de la salud y de la vida”.

En segundo lugar, si bien algunas de estas prácticas han formado parte de las tradiciones de formación y desarrollo de agrupamientos barriales –en particular de procesos de ocupación de terrenos o asentamientos ilegales– o de los repertorios de distintas organizaciones militantes desde los años 60 y 70, en su conjunto presentan novedosos aspectos tanto en el carácter como en las significaciones otorgadas a las demandas o a las acciones autogestivas. Por último, los problemas de salud/enfermedad/atención no sólo se han constituido en ‘ejes convocantes de movilización’ en la coyuntura, sino que también conforman un ‘eje organizador’ de renovadas prácticas y agrupamientos sociales.

LA MOVILIZACIÓN Y LOS ACTORES

A mediados de la década de los 90 se intensificaron acciones de resistencia y protesta social,⁸ sobre todo en aquellas zonas afectadas por la privatización y el desmantelamiento de las grandes empresas estatales de petróleo, carbón, etcétera. Desde el 20 al 26 de junio de 1996, residentes de las ciudades de Cutral-Có y Plaza Huincul, provincia de Neuquén, bloquearon rutas en demanda de fuentes de empleo en una protesta que inició la denominación de ‘piqueteros’.⁹ Ese año, gremios estatales y otros sectores sociales ocuparon durante seis meses la plaza principal de la ciudad de Corrientes,¹⁰ al tiempo que organizaban marchas y concentraciones que incluían cortes de rutas y puentes. En 1997 fueron bloqueadas nuevamente rutas en Cutral-Có, y en las localidades de Mosconi y Tartagal en las provincias de Salta y Jujuy respectivamente (21 cortes de ruta durante 12 días organizados por sindicatos municipales y organizaciones de desempleados); a fines de ese año se realizaba en Florencio Varela el primer corte de ruta de la provincia de Buenos Aires. A partir de ahí, en tres años, los bloqueos de calles y rutas

⁷ El material de campo y documental ha sido aportado por Virginia Manzano, María Inés Fernández Álvarez, Aldo Casas (Lic. en Ciencias Antropológicas); Maximiliano Pelusso, Miranda González Martín, Sol Arroyo, Silvia Zangaro, Verónica Tirota (estudiantes de Antropología) y Gonzalo Moyano, médico tesista de maestría en Ciencias Sociales y Salud, Cedes-Flacso.

⁸ Sus antecedentes inmediatos fueron: en septiembre de 1991, trabajadores y sus familias de Sierra Grande, provincia de Río Negro, bloquearon una ruta por el cierre de la empresa minera Hipasam; en diciembre de 1993, luego de un año de marchas y concentraciones de gremios estatales y otros sectores sociales, una manifestación incendió y saqueó edificios públicos y viviendas de funcionarios y políticos locales en una ciudad del interior, Santiago del Estero, en una jornada que quedó identificada como el ‘Santiagazo’.

⁹ Denominación para agrupamientos de desocupados que efectúan bloqueos de rutas o calles. En las tradiciones sindicales de la Argentina, el ‘piquete’ refería al grupo de activistas que efectuaba un bloqueo durante una medida de fuerza como un paro, una huelga o una ocupación.

¹⁰ Capital de la provincia del mismo nombre.

y la ocupación de plazas y otros espacios públicos –carpas, ollas populares– se extendieron por todo el país, sumándose a partir de 2000, y en especial durante 2001 y 2002, un número creciente de sectores sociales.

Una mirada de conjunto a las modalidades de acción colectiva y a los modos de definición de los actores permite puntualizar ciertas características distintivas desde mediados de los 90. En primer término, el desplazamiento del conflicto desde el sector industrial privado al sector público (nacional, provincial o municipal): disminución de reclamos por salarios y crecimiento de las demandas por salarios adeudados y despidos, aumento de la protesta de trabajadores estatales en las provincias y protagonismo de gremios provinciales y municipales, disminución de medidas de fuerza como el paro o la huelga y aumento de cortes de ruta y ollas populares (Auyero, 2002).

En segundo término, una notoria multiplicidad de actores sociales: trabajadores desocupados de distintas categorías ocupacionales y calificaciones laborales, trabajadores que ocuparon fábricas o empresas en proceso de vaciamiento, vecinos que se organizaron en ‘asambleas’, partidos políticos de izquierda, agrupaciones sindicales y gremios alineados en agrupamientos opositores a las centrales de trabajadores hegemónicas, organismos de derechos humanos, etc. Ahora, este proceso no sólo puso de manifiesto un evidente aumento en la definición y organización de los actores de la protesta, sino que simultáneamente mostró significativos espacios de articulación entre ellos.

Una cuestión a destacar es que son las modalidades de acción las que definen nuevos actores sociales o redefinen los ya existentes. Por un lado, a partir de la difusión del ‘piquete’ –‘piqueteros’– en el marco de un notorio crecimiento de organizaciones de trabajadores desocupados de base territorial, que reclamaron subsidios (‘planes’) de desempleo y alimentos a través de este medio o del funcionamiento de ‘asambleas barriales’ desde principios de 2002. Por otro, a partir de las ocupaciones de fábricas en peligro de cierre –‘fabricas recuperadas’–.¹¹

Según datos de campo de este equipo (Manzano, 2002a, 2002b) los primeros agrupamientos ‘piqueteros’ surgieron en partidos del Gran Buenos Aires (La Matanza, zona oeste, y San Francisco Solano y Quilmes, en la zona sur) a partir de distintas organizaciones sociales y políticas,¹² cuyos antecedentes más inmediatos fueron los procesos de ocupación de tierras y la constitución de asentamientos de viviendas durante los 80, y las ‘ollas populares’ del período de la hiperinflación en 1989. Su extensión en los 90 y su notable crecimiento a partir de 2000 como organizaciones de desocupados, se articuló básicamente en relación a las políticas imple-

¹¹ En el marco de los procesos hiperinflacionarios y las quiebras de la década del 80, numerosas empresas fueron ocupadas por sus trabajadores, quienes ensayaron distintas modalidades de funcionamiento con dispares resultados. Desde mediados de los 90 el número aumentó por el crecimiento de los cierres y de la ‘explosión’ del desempleo, alcanzando en la ciudad de Buenos Aires y el Conurbano Bonaerense un total de 61 empresas a principios de 2003.

¹² Entre ellas, las Comunidades Eclesiales de Base vinculadas a la Teología de la Liberación, organizaciones vecinales y grupos políticos de distintas orientaciones.

mentadas por el Estado, a través de movilizaciones en demanda de los programas de subsidios de desempleo de sucesivos gobiernos provinciales y nacionales y, fundamentalmente, de la gestión organizada de estos recursos.¹³

En el caso de La Matanza, a partir de 1996, algunas organizaciones barriales comenzaron a funcionar en una ‘red de barrios’ coordinando acciones con gremios estatales, efectuando ‘acampes’ en plazas públicas, ollas populares y cortes de rutas en demanda de subsidios de desempleo y alimentos, entre ellas, los movimientos de trabajadores desocupados de la Federación de Tierra, Vivienda y Hábitat (FTV) y de la Corriente Clasista y Combativa (CCC).¹⁴ En 1997, en San Francisco Solano se organizó el Movimiento de Trabajadores Desocupados (MTD) que comenzó con asambleas y marchas al Municipio en demanda de ‘planes’, y en noviembre de ese año, realizó el primer corte de ruta. Desde 1999 en adelante se organizaron agrupamientos similares en distintos partidos de la provincia de Buenos Aires, en la Ciudad de Buenos Aires y el interior del país, formando la Coordinadora Aníbal Verón. Posteriormente fueron surgiendo y cobrando visibilidad organizaciones piqueteras vinculadas a diferentes partidos políticos.¹⁵

En los primeros meses de 2002 surgieron más de cien ‘asambleas barriales’ en la ciudad de Buenos Aires, el Conurbano Bonaerense y ciudades del interior del país. Si bien su principal eje de organización fue el cuestionamiento al sistema político, no menos importante ha sido la búsqueda de implementación de modalidades de vida alternativas en términos económicos, sociales y políticos. Las asambleas se caracterizaron por una notoria heterogeneidad social (profesionales, estudiantes, jubilados, desocupados, trabajadores estatales, pequeños comerciantes, trabajadores precarizados, etcétera) y política (sin experiencia política, activistas y militantes de agrupamientos de la izquierda, ex militantes de los 60, etcétera). Se organizaron en torno de la ocupación del espacio público (esquinas, plazas, parques) y de la propuesta de formas democráticas de participación y decisión colectivas poniendo énfasis en la “democracia directa”, la “horizontalidad”, el “privilegio del consenso” y la “autonomía”.¹⁶

En este marco de movilización, la mayor parte de los agrupamientos sumó objetivos de salud a sus demandas o incluyó algún tipo de actividad en sus iniciativas orgánicas cotidianas.

¹³ Desde mediados de los 90 se implementaron distintos programas provinciales enmarcados en las políticas focalizadas del Banco Mundial. Desde principios de 2002 está vigente el Plan Nacional de Jefes y Jefas de Hogar. Los planes han incluido un subsidio en dinero por persona y variables requisitorias de trabajo, se han ejecutado desde organismos provinciales y municipales que en su mayor parte los distribuyen según las redes políticas clientelares y la presión de las organizaciones sociales/sindicales o de otro tipo encargadas de su gestión. En este marco, la movilización –el piquete– lograba la adjudicación y ejecución de los ‘planes’.

¹⁴ Entre ellas, el Movimiento de Trabajadores Desocupados de La Matanza; la Federación de Tierra, Vivienda y Hábitat (FTV) adherida a la Central de Trabajadores Argentinos (C.T.A), fundada en 1998, que reúne organizaciones de asentamientos; casas tomadas, inquilinatos y pensiones; villas y barrios urbanos; indígenas; campesinos y trabajadores rurales; adjudicatarios de viviendas sociales; etc; y de la Corriente Clasista y Combativa corriente sindical vinculada al Partido Comunista Revolucionario, que en el año 1998 realizó el Primer Plenario Nacional de Desocupados.

¹⁵ Entre ellos: Movimiento de Trabajadores Desocupados ‘Teresa Vive’, Movimiento Teresa Rodríguez, Polo Obrero, Movimiento Territorial de Liberación, Movimiento Barrios de Pie, etc.

¹⁶ Sobre asambleas ver Cafassi, 2002; Dri, 2002; Grimberg et al., 2002, 2004; Grimberg, Manzano & Fernández Álvarez, 2004

Estas prácticas implican un complejo proceso que entrelaza percepciones y categorizaciones, desde las cuales se identifican problemáticas, se tipifican modos de resolución y se ponen en marcha mecanismos de procesamiento colectivo y modos de acción y relación con distintos actores sociales.

En las páginas siguientes se efectúa una sistematización que incluye las prácticas relacionadas directa o indirectamente con problemas de salud, es decir, las iniciativas de autoatención, las demandas y actividades vinculadas a la atención médica o de detección de problemas de salud, las acciones y programas que sus protagonistas definen como de “prevención”, “promoción de la salud” o “defensa de la salud y la vida”.

INICIATIVAS Y DEMANDAS DE ATENCIÓN MÉDICA Y MEDICAMENTOS. EL CONTROL DE GESTIÓN DE RECURSOS DE SALUD

En la Argentina existe una larga tradición en la que la ‘salita’, la ‘guardería’ o la ‘escuela’ funcionan como objetivos centrales de procesos de movilización barrial. También forman parte de ella, las demandas de atención médica y de medicamentos, así como la intervención directa en tareas de infraestructura y, sobre todo desde mediados de los 60 y 80, ciertas formas de autoconstrucción que incluyeron tareas de saneamiento ambiental e infraestructura urbana. El discurso de la atención primaria, los programas de formación de ‘agentes’ o ‘promotores de salud’ y la ‘participación popular’ han formado parte de las propuestas de activistas y militantes, de asociaciones vecinales, de sectores profesionales críticos y por supuesto de ciertos programas e iniciativas gubernamentales.

Las ‘salitas’

Con distintas modalidades y sentidos, la mayor parte de los agrupamientos de trabajadores desocupados ha desarrollado iniciativas relacionadas con el acceso a la atención médica, orientándose en su mayor parte a construir un centro de salud propio. En algunos casos, estos centros comienzan con profesionales y personal de salud con vinculaciones políticas, para demandar luego su incorporación al sector público de salud (CCC La Matanza), en otros, se efectúan acuerdos con gremios de la misma entidad (FTV) o por acuerdos con asociaciones médicas (MTD y otros). El control de estos centros suele estar a cargo de una comisión vecinal que funciona a través de reuniones periódicas y asambleas.

El movimiento de desocupados de la CCC de La Matanza muestra una experiencia mayor y más significativa: su centro de salud ha constituido uno de los ejes de construcción organizativa y de articulación política con otros sectores. El punto de partida ha sido el barrio María Elena, constituido a partir de un proceso de ocupación de tierras y asentamientos en los primeros años de la década del 80. Parte de este proceso fue la lucha simultánea por legalización de sus terrenos y por la sala de salud, construida por los pobladores en 1990. Esta sala es un

emprendimiento barrial, autónomo, sostenido y controlado por los vecinos (perteneció a la Junta Vecinal 7 de Mayo), con personal de salud que, a partir de un proceso de demanda, fue incorporado a la planta del sector público local de salud (la Municipalidad de La Matanza). Este centro de salud ha tenido un lugar estratégico sobre todo por el papel de su equipo médico en la organización territorial de La Matanza y en la difusión de la CCC en general. Tanto integrantes de este agrupamiento como miembros de otras líneas de La Matanza, coinciden en que la acción inicial del movimiento de desocupados fue un estudio realizado en el año 1995 por ‘agentes sanitarios’ y médicos de la sala de este centro, que detectaron un 22% de desnutrición infantil.¹⁷ A partir de este informe, distintos agrupamientos barriales iniciaron un ‘movimiento de ollas populares’ en mayo de 1996 (una olla popular en la plaza de San Justo y otras en distintos barrios) con un programa de demandas dirigidas al Estado.¹⁸

En la actualidad, el equipo de salud está conformado por personal rentado –un médico generalista, un psicólogo, un obstetra/ginecólogo, una pediatra, un odontólogo y una trabajadora social–, agentes comunitarios de salud y estudiantes y profesionales con algún tipo de vinculación política, que desarrollan distintas actividades de prevención y capacitación. El marco más general del valor asignado a este centro lo resume uno de los miembros de la Junta Vecinal: “Ahí nos fuimos dando cuenta de la gran necesidad de tomar realmente la salud en nuestras manos con el aporte de estos profesionales que nos enseñaron a no descuidar esa parte, ese rol importante de la vida de cada uno de nosotros” (Fredy Mariño, secretario de la Junta Vecinal, in *Salud para la Lucha, La Matanza, 2002*)

En otros agrupamientos (de asentamientos con menores recursos o más recientes) y con propuestas ‘autonomistas’ (distintas agrupaciones de trabajadores desocupados de la coordinadora Aníbal Verón), las acciones de salud se han desarrollado a partir de trabajadores de salud desocupados o con contratos precarios –activistas de los agrupamientos o habitantes del barrio (enfermeras, técnicos, etc.)– y profesionales de hospitales zonales u asociaciones profesionales que “se acercaron a colaborar”. Las primeras iniciativas fueron la constitución de equipos de salud con un botiquín para la atención en los cortes y marchas y para accidentes u otros problemas de los grupos de trabajo en los emprendimientos en curso.¹⁹

¹⁷ En ese año realizaron un censo en el que pesaron y midieron a la totalidad de los niños de 0 a 6 años, (600) el 22% estaba desnutrido. Datos de campo (Manzano, 2002a, 2002b). Documentos: Alderete y Gómez, 2002; MTD de La Matanza, 2002

¹⁸ Este programa demandaba textualmente “Entrega semanal y distribución mediante asociaciones barriales y vecinales, centros de fomento o cooperadoras de alimentos para todas las familias de desocupados. –Cien mil puestos de trabajo en La Matanza: en obras públicas (sin costo para los vecinos); en un plan hídrico que contemple todos los arroyos; en infraestructura para los barrios. –Ampliación del subsidio por desocupación, cubriendo todos los casos de desocupación. –Boleto gratuito para los desocupados para ir a buscar trabajo. –Que se exceptúe a los desocupados del pago de servicios e impuestos. –Que se implementen los cuatro turnos de seis horas en fabricas, empresas y grandes supermercados. –Por la derogación de la Ley Provincial 11.685 que faculta a los intendentes a despedir personal. –Contra la persecución a dirigentes populares” (documento Primer Encuentro de Medicina Social y Salud para la Lucha, 2001).

¹⁹ Los integrantes del MTD Aníbal Verón desarrollan una serie de microemprendimientos productivos, distintos tipos de construcciones (galpones, comedores, etc.), huertas, acciones de saneamiento ambiental, etcétera.

En algunos casos, estos equipos se hicieron cargo de la relación con las unidades sanitarias existentes (centros de salud u hospitales) para la gestión de turnos y el acompañamiento a las consultas. En otros, “recuperaron”, es decir se hicieron cargo de algunas unidades que acarrearban problemas de funcionamiento o crearon unidades nuevas para vencer la distancia geográfica y desarrollar actividades de primeros auxilios y otras tareas específicas de atención médica.²⁰

El acceso y distribución de medicamentos

Este es un segundo eje de actividad realizado por los equipos o comisiones de salud que gestionan y distribuyen medicamentos de manera centralizada.²¹ En algunos agrupamientos, el acceso a ellos forma parte de los mecanismos implementados por los gobiernos locales a través de los hospitales públicos. En otros casos, se han realizado acuerdos de compra de productos genéricos al costo de producción con algunos de los centros de producción estatal (hospitales) o a través de mutuales²² en los casos en que se prioriza un funcionamiento autónomo, tal como explicó una de las integrantes de uno de los agrupamientos: “por ejemplo, hay medicamentos del plan *Remediar* que históricamente son manejados en forma política en esos distritos, tiene remedios el que va a votar al intendente o quien designe el caudillo o el conductor de (el distrito de) Alte. Brown...” (Alicia).

En algunos agrupamientos se han creado laboratorios de análisis clínicos. En uno de ellos, este tipo de emprendimientos se inició con el objetivo de detectar parasitosis a raíz de una propuesta de profesionales de afinidad política. El montaje y los insumos fueron donados por estos profesionales que tomaron a su cargo la formación de los miembros de la Comisión de Salud. En la actualidad, el laboratorio funciona con el trabajo de parte de esa comisión, supervisada por profesionales. Se realizan análisis clínicos y se encara como un proyecto productivo la venta de servicios a organizaciones no gubernamentales y centros de atención primaria de la localidad.

LA APROPIACIÓN DE RECURSOS DE SALUD. OCUPACIONES Y ‘RECUPERACIONES’ DE CLÍNICAS PRIVADAS O DE COLECTIVIDADES

En el año 2002 se efectuaron numerosas ocupaciones de unidades de atención médica privadas o de colectividades (clínicas o sanatorios), en su mayor parte en peligro de cierre o ya cerrados, en la ciudad de Buenos Aires, La Plata, Wilde, Haedo y otras localidades de la provincia de Buenos Aires, Córdoba, etcétera. Estas ocupaciones fueron efectuadas básicamente por personal de enfermería, técnicos y empleados administrativos –con participación varia-

²⁰ Una de las entrevistas describe con detalles la articulación clientelar de estas unidades sanitarias con los partidos políticos y gobiernos municipales y provincial, y en particular los mecanismos de discriminación puestos en juego en la atención de ‘salitas’ y hospitales.

²¹ Estas prácticas se relacionan con dos iniciativas gubernamentales de 2002: la ley de Genéricos que permitió abaratar la venta de medicamentos, y el Programa Remediar, de distribución gratuita de medicamentos para sectores carenciados.

²² La Mutual Sentimiento. Según nuestros datos, las compras se efectúan con parte de los planes o con otras iniciativas como rifas, festivales o por actividades conjuntas con asambleas barriales.

ble del sector médico– y por asambleas barriales, con apoyo, también variable, de organizaciones y gremios del sector Salud. En algunos casos se pusieron en funcionamiento algunas prestaciones de salud, mientras que en otros, si bien se encararon distintos proyectos, no fueron más allá de negociaciones de despido.

El seguimiento de algunos casos permite destacar elementos de interés. En principio, fueron iniciativas fuertemente enmarcadas en la coyuntura de movilización de la primera parte de 2002, entre las que cabe distinguir las ocupaciones realizadas como medidas de fuerza, es decir como estrategias para una posterior negociación; de aquellas que se propusieron iniciar un proceso de ‘recuperación’ como propuesta de emprendimiento productivo.

En segundo lugar, en estas iniciativas confluyeron dos tipos de actores, por un lado, las ocupaciones de personal de empresas en ‘quiebre’ y por otro, las acciones de asambleas barriales que ocuparon espacios fuera de funcionamiento y comenzaron a desarrollar allí distintos tipos de propuestas entre las que se incorporaron acciones de salud. Considerando las del primer tipo, en algunas de estas experiencias fue notorio el peso de una escasa participación de médicos y otros profesionales, mientras que en otras, las iniciativas fueron impulsadas más por las expectativas y las alternativas de funcionamiento de las asambleas barriales, que desde la trayectoria y la capacidad de acción de los trabajadores de salud.²³ En este contexto, la experiencia de mayor continuidad que hemos registrado es el Hospital Evangélico, actual Cooperativa de Salud Medrano. Fue ocupado por enfermeros y técnicos que implementaron un sistema de APS comunitario con médico de familia, aranceles mínimos y convenios con centros y federaciones estudiantiles y fábricas recuperadas (Impa, Chilavert, y Cooperativa 26 de Junio).

Del segundo tipo, un caso interesante fue la ocupación de una clínica cerrada durante casi una década (La Portuguesa), por parte de dos asambleas barriales para llevar a cabo distintas actividades, tales como un comedor, un merendero y reuniones de las mismas asambleas. Al hallar en su interior un número importante de equipos médicos, las comisiones de salud propusieron generar un programa de atención médica primaria barrial y para trabajadores de empresas recuperadas.

ACCIONES Y DEMANDAS DE ‘PREVENCIÓN’ Y ‘PROMOCIÓN DE LA SALUD’

De manera creciente a mediados de 2002, distintos movimientos piqueteros desarrollaron actividades que encuadraron en el marco de la ‘prevención’ y/o ‘promoción’ de la salud. Tal como se presenta a continuación, estas actividades abarcan múltiples prácticas con modalidades y sentidos diferentes según los agrupamientos y sus orientaciones políticas.

²³ Uno de estos casos fue la Clínica Las Flores, Wilde, Provincia de Bs. As., a mediados del 2002 la empresa advirtió no poder continuar la actividad –ni abonar los sueldos–, los médicos se retiraron y el resto ocupó la clínica. La asamblea barrial los apoyó con la propuesta de gestionar la clínica, el proceso terminó en arreglos individuales.

El movimiento de la CCC en La Matanza ha desarrollado un programa de ‘formación de agentes sanitarios’ desde la inauguración de su centro en 1990. La aplicación de parte de los ‘planes’ de empleo a esta actividad permitió una notable expansión a partir del año 2000. Este programa involucra aspectos bajo responsabilidad médica y del personal de salud, así como de profesionales y estudiantes de sociología, antropología y trabajo social. La formación implica un curso de epidemiología, primeros auxilios, vacunación y técnicas de control para embarazadas y niños y permite a sus participantes el desarrollo de acciones de salud y la participación en procesos sociales y políticos más amplios que comprometen la valoración de sí y la relación con los otros en un marco de compromiso político.

Soy agente de salud recibida en 1998. Estoy muy contenta al ver tanta gente. Le agradezco al doctor (nombre) y a todos los agentes (nombre), porque aprendí muchas cosas y todavía y sigo aprendiendo. Yo soy, además, una de las participantes de los cortes de ruta, estoy continuamente en la carpa de salud atendiendo a toda la gente durante los días de corte junto a todos mis compañeros de salud. (Adela)

Los agentes sanitarios realizan actividades como la curación de heridas cortantes o extracción de balas de plomo y de goma, la atención de fracturas o golpes provocados por acciones de represión y otros problemas generados en situaciones de corte de rutas. En estos casos, es el propio Movimiento el que a través de los agentes sanitarios, garantiza una respuesta inmediata evitando el traslado de los heridos a un hospital público, sobre todo por la posibilidad de detenciones.

Otros programas en funcionamiento son los de control sanitario de niños y embarazadas; de prevención del VIH y el uso de drogas;²⁴ de estimulación temprana y asistencia a excombatientes de Malvinas; de creación de grupos de apoyo escolar para niños, talleres para jóvenes embarazadas y equipos para la limpieza de arroyos u otros focos de contaminación en el barrio. A su vez, en la Casa Amarilla de María Elena, lugar donde se realizan las asambleas, funciona la organización Amas de Casa del País, que trabaja con un equipo de psicólogos sobre violencia familiar.²⁵ Esta práctica abarca la organización de talleres de reflexión sobre la problemática, así como la construcción de refugios para mujeres golpeadas realizada con estudiantes de arquitectura. Parte de la tarea de los agentes sanitarios es detectar el problema de violencia y direccionarlo hacia el Movimiento en lugar de las instancias previstas por el Estado.

Este agrupamiento otorga un lugar especial a la salud/enfermedad en su visión de construcción política. El análisis de documentos y entrevistas muestra un enfoque de la salud y la enfermedad que enfatiza la necesidad de una visión social (“No hay ningún problema de salud que no se pueda resolver desde lo social”); politiza el problema (“Sin organización y lucha no

²⁴ “La droga es un arma de dominación imperialista a través de sus representantes locales. ¿Cómo se aborda a una persona adicta? La propuesta: ¿Qué contradicciones la llevan al consumo? ¿A quién le sirve la droga? La salida no es individual. Hay salida y pasa por lo colectivo, es social” (taller Uso de Drogas. Sala de Salud. Barrio María Elena, 2002).

²⁵ “La violencia doméstica y en particular hacia la mujer, no la entendemos como un asunto privado-si bien se pone en evidencia en ese ámbito- sino como una problemática social. Es una problemática compleja que debe ser abordada por las organizaciones y movimientos que luchan por transformar las condiciones sociales” (taller sobre Violencia Familiar. Sala de Salud. Barrio María Elena, 2002).

hay salud”); desespecializa y promueve la gestión de la población (“No se puede pensar un sistema de salud donde las acciones respondan a una idea propia de la cabeza del profesional, sino que debe gestarse en el contexto donde surgen las necesidades”) y de responsabilización del conjunto (“Para que la solución sea de fondo, para cambiar las cosas, hay que tomarlo entre todos, todos tenemos que tener un papel en la lucha”) (Salud para la Lucha, La Matanza, 2002).

Otros agrupamientos (MTD de la Aníbal Verón, Barrios de Pie, etc.) han desarrollado programas de formación con la metodología del taller de primeros auxilios, control de niños y embarazadas, prevención del VIH, Mal de Chagas, uso de drogas o violencia familiar, y de promoción de la salud en temáticas como sexualidad, alimentación y seguridad, a partir de acuerdos con asociaciones médicas o equipos de salud y profesionales invitados. Las orientaciones ‘autonomistas’ priorizan el papel de sus activistas por encima del de los profesionales y la metodología de trabajo en grupo o taller para problemas específicos como son el uso de drogas o los efectos de la represión.²⁶

Parte de este proceso es la conformación de instancias organizativas –comisiones de salud– como espacios integrados por quienes tienen un plan de desempleo, trabajadores de la salud y miembros interesados. Por encima, en algunos casos se ha creado una mesa de salud a la que concurren representantes de barrios o regiones, con una periodicidad semanal o quincenal según los agrupamientos o sus barrios. Allí se discuten las prioridades y actividades de los distintos barrios, los criterios de funcionamiento para los diferentes programas, se definen los pedidos de medicamentos, se transmiten informaciones útiles, etcétera.

LA SALUD COMO DERECHO: ESPACIOS DE ARTICULACIÓN POLÍTICA EN LA DEMANDA

Desde el año 2000 se pusieron en evidencia significativos espacios de articulación política entre organizaciones de trabajadores y profesionales de la salud,²⁷ piqueteros, estudiantes, agrupamientos gremiales opositores y organismos de derechos humanos a los que, a partir de enero de 2002, se sumaron las asambleas barriales. Estos espacios se concentraron en objetivos específicos como jornadas de demanda más general en ‘defensa de la salud y de la vida’. Entre éstos los principales fueron los siguientes:

²⁶ Estos talleres a cargo de psicólogos especializados están en funcionamiento en los MTD de la Aníbal Verón que sufrieron la muerte de dos de sus militantes el 26 de junio del 2002, los talleres fueron abiertos a heridos, familiares y al conjunto de activistas.

²⁷ Los antecedentes fueron los procesos de resistencia de trabajadores y profesionales de hospitales a la ‘reforma’ del sector Salud durante los 90, que a partir de 1996 incorporaron la metodología de cortes de calles y rutas, la ocupación con funcionamiento de servicios y la participación en iniciativas desarrolladas por organizaciones barriales y agrupamientos piqueteros de su zona, avanzando en procesos de coordinación con los gremios estatales de educación y justicia. Ya el 3 de octubre de 1996 los trabajadores y profesionales del Hospital Paroissien en La Matanza efectuaron cortes de rutas y marchas con asociaciones vecinales. El 23 de agosto de 2000 una marcha en La Plata organizada por asociaciones médicas y gremios estatales demandó por “Educación, Justicia y Salud”, el descongelamiento de vacantes y mayor presupuesto. Según medios periodísticos locales habrían participado aproximadamente 50.000 personas.

- Procesos de resistencia y demanda de trabajadores estatales de hospitales públicos frente a situaciones de despidos, demandas de nombramientos, de tecnología o insumos, desprivatización de servicios.²⁸
- Demandas e iniciativas de producción y distribución de medicamentos de hospitales y otros organismos públicos.
- Demandas y experiencias de control de gestión de asambleas barriales a nivel de los hospitales públicos, de las que participaron las comisiones de salud por asamblea y un nivel de coordinación: la 'Intersalud', en el caso de la Ciudad de Buenos Aires y el Conurbano Bonaerense.²⁹ En algunas de estas experiencias las asambleas obtuvieron un espacio permanente de diálogo con los usuarios y asociaciones cooperadoras y vecinales mediante mesas para recibir demandas o denuncias, charlas sobre derechos, etcétera. En otras, se establecieron reuniones periódicas o instancias de trabajo con mayor o menor grado de formalización ('consejos de participación') con las direcciones hospitalarias para el control del funcionamiento general de la institución y el tratamiento de problemas específicos.
- Programas de formación de agentes o promotores de salud de agrupamientos piqueteros y comedores populares en los que participan asociaciones médicas, gremios de salud, asambleas barriales, centros y agrupamientos estudiantiles, etcétera.
- Jornadas de cortes de ruta, acampes, ocupaciones y marchas, con la participación de trabajadores estatales de la salud, asambleas barriales, movimientos piqueteros y otras organizaciones. Entre ellas la Marcha de la Salud del 7 de marzo de 2002, de gremios estatales de salud, con un sector de trabajadores metalúrgicos, agrupamientos piqueteros y asambleas barriales; la Jornada del 8 de Mayo, que implicó la realización de distintos tipos de corte y ocupaciones en aproximadamente 15 localidades del Gran Buenos Aires; el Cabildo Abierto de la Salud, del 22 de mayo; las marchas del 6 y 26 noviembre y 10 diciembre por el Derecho a la Alimentación, a la salud y a la Vida.
- La constitución del Foro Social de Salud en noviembre del 2002.

Una mirada de conjunto a las demandas formuladas permite establecer que:

- Los temas de mayor crítica al funcionamiento del sistema público de salud son el problema de los turnos (se cuestiona el sistema de turnos no programados), las esperas, las colas para medicamentos y la falta de insumos. En algunos casos, se pone énfasis en el funcionamiento clientelar de hospitales y centros de salud de la provincia de Buenos Aires dependientes de las estructuras políticas de los partidos políticos tradicionales, y en otros, en aspectos más puntuales, como la estructuración burocrática, la precariedad de la

²⁸ Entre éstos se destacaron el movimiento por la desprivatización de servicio de limpieza de un hospital del Gran Buenos Aires (el Posadas, de alta complejidad, de referencia nacional, con una significativa historia de resistencia, fue sede de actividades del Foro de Salud) del que participaron gremios de trabajadores del hospital, asociaciones médicas, asambleas barriales, organizaciones estudiantiles, organismos de derechos humanos y distintas organizaciones barriales. La Multisectorial del Proyecto Hornos del Hospital Borda (Psiquiátrico para hombres) formada por ocho asambleas barriales, comedores populares, centros estudiantiles secundarios, dos fábricas cooperativizadas, dos gremios de trabajadores de salud (ATE y UPCN) y dos asociaciones médicas, demandó al gobierno de la ciudad de Buenos Aires la recuperación de una panadería que permitiría abastecer de pan y pastas a éste y otros hospitales.

²⁹ Entre otras las experiencias del hospital Posadas, Vicente López; de Niños Gutiérrez, Ramos Mejía, Piñero, Álvarez, etcétera.

infraestructura, la falta de materiales e insumos, el cierre de servicios, la ausencia de ciertas especialidades, etcétera.

- Más allá de las diferencias, las demandas de salud se centran en una salud pública gratuita, igualitaria y accesible. Algunos de estos objetivos son de carácter inmediato tales como resolver el problema del hambre mediante la distribución de alimentos en comedores barriales, escolares, hospitalarios, salas de atención primaria, instituciones de ancianos, albergues, cajas de alimentos para desnutridos, etc.; establecer un 'boleto sanitario' para la atención ambulatoria y hospitalaria, garantizar el buen funcionamiento de los centros, salas de salud y hospitales públicos con dotaciones de trabajadores de la salud adecuadas. Otras demandas apuntan a redefinir aspectos más amplios de salud pública, tales como la necesidad de controlar la gestión de los centros hospitalarios y secretarías de salud por parte de las organizaciones populares, asambleas, multisectoriales y barriales, etc.; producir medicamentos e insumos a partir de universidades, hospitales, institutos nacionales, provinciales y municipales, etc. con financiamiento estatal y distribución gratuita y completa en los centros de atención primaria y hospitales; lograr un aumento del presupuesto destinado a la salud pública, con un monto variable (según los agrupamientos), bajo control de las organizaciones populares, barriales, etcétera. Otros pedidos se relacionan con los trabajadores de la salud (aumento de la remuneración, capacitación continua de todo el equipo de salud a cargo del Estado, condiciones dignas de trabajo con controles de bioseguridad, inmediata cobertura de las vacantes y aumento de emergencia).
- Por último, tal como he señalado en otro trabajo (Grimberg, 1997), las demandas pueden concretarse en objetivos definidos en términos de reivindicaciones diferenciadas o pueden diluirse en el marco de formulaciones más amplias, por ejemplo los montos de subsidios, la búsqueda o la defensa del empleo, etc. También, aun cuando adquieran un grado de formulación diferenciada, pueden subordinarse al logro de otros objetivos, es decir pueden constituirse en 'objetos negociables' en el marco de procesos más generales de demanda y negociación. En este sentido, sostengo que las prácticas y demandas asociadas a la 'salud' configuran un campo transaccional desde el que se definen modos de acción y estrategias sociales y políticas.

NOTAS PARA LA REFLEXIÓN

La sistematización presentada permite identificar formas de acción colectiva en las que 'la salud' o 'los problemas de salud' constituyen el principal eje de organización y argumentación. Una mirada de conjunto al desarrollo y las modalidades de estas prácticas permite reconocer un proceso de movilización social que fue incorporando diversas iniciativas, demandas y actores desde mediados de los 90 y sobre todo durante los años 2001 y 2002 y que, a mi criterio, promovió una fuerte visibilidad de las problemáticas de salud, puso énfasis en su carácter social y político, y amplió el espacio de participación de conjuntos sociales diversos.

En términos generales, una primera cuestión a destacar es que, en el contexto del proceso de movilización en la Argentina, la salud aparece como una dimensión de la acción colectiva, junto con áreas como la alimentación, el empleo, la educación, etc. Como tal entonces, es parte sustancial de los ejes de resistencia y protesta de variados conjuntos sociales. En este marco

debe considerarse como una construcción político-social compleja y heterogénea de prácticas e iniciativas autónomas y demandas dirigidas al Estado con modalidades diversas de confrontación y negociación, que abarcan desde aquéllas relacionadas con objetivos específicos de salud a las de articulación política más general en 'defensa de la salud y de la vida'.

Una segunda cuestión a reflexionar es acerca el carácter y los sentidos de estas prácticas. En relación al conjunto de iniciativas y demandas llevadas a cabo por agrupamientos de desocupados, trabajadores de clínicas privadas o de colectividades, asambleas barriales, etc. con distintas modalidades de articulación de profesionales de salud, me interesa llamar la atención sobre un conjunto de aspectos:

- En el marco de una significativa heterogeneidad de estrategias y de sentidos, estas prácticas involucran procesos de evaluación y diagnóstico de situaciones de vida o del sector público de salud, identifican problemáticas, tipifican modos de resolución y activan mecanismos de procesamiento colectivo de modos acción y relación con distintos actores sociales. Se trata de procesos colectivos en los que, los propios agrupamientos sociales son quienes definen las necesidades, establecen prioridades y estrategias de salud, en el marco de definición de otras necesidades y prioridades de vida y de lucha.
- Aún en su diversidad, debe reconocerse que estas prácticas (las actividades de salitas, consultorios, equipos o comisiones de salud) ponen de manifiesto una visión de atención primaria de salud que pone el acento en la prevención y la promoción y, sobre todo, en el papel activo de los agrupamientos y conjuntos sociales más amplios. En otros términos, más allá de las diferencias o las tensiones que pongan de manifiesto, y que consideramos principal foco de seguimiento, debemos remarcar que estas prácticas no están surgiendo de programas de las instituciones estatales ni de las planificaciones profesionales de organizaciones no gubernamentales, sino de la definición de necesidades, prioridades y estrategias de los conjuntos organizados, y en las que los profesionales participan a nivel individual desde un rol de militante o como un actor colectivo (desde una organización) del proceso de articulación social y política.
- Estas prácticas muestran continuidad con una larga tradición de movilización barrial en torno al acceso a la atención a través de la salita de primeros auxilios y de acciones de saneamiento ambiental e infraestructura urbana; también con diferentes y conocidos discursos de atención primaria y propuestas de participación popular de programas gubernamentales de distintos momentos, de sectores profesionales, activistas y militantes críticos de los 70 y los 80. Las discontinuidades, a mi criterio, pueden verse en la prioridad de apropiación y control colectivo de ciertos recursos de salud y en el énfasis de control en los procesos de toma de decisiones y de gestión cotidiana de unidades sanitarias por parte de las organizaciones populares; en el desarrollo de iniciativas con distintos grados de autonomía, y en las demandas con distinto nivel crítico al sistema de salud, al rol de las instituciones médicas y de los equipos de salud; en la generación de mecanismos de intervención de los agrupamientos en la organización de las actividades y la administración en el sector público de salud; y en las modalidades de articulación y coparticipación entre conjuntos sociales y sectores profesionales. Más que en el recuento de iniciativas y demandas, o en la búsqueda de rupturas en cada una de éstas, creo que lo

novedoso sólo puede encontrarse en el análisis de los modos específicos de relación entre ellas y con prácticas de otras áreas de la vida social, así como en los sentidos que los sujetos dan a las mismas.

Como dimensión de la acción colectiva, una tercera cuestión para reflexionar es la significación de estas experiencias desde las prácticas y sentidos políticos de los actores. Desde esta perspectiva 'la salud' resulta, al mismo tiempo, un derecho a ejercer y a demandar, un eje y a la vez una estrategia de crecimiento barrial en algunos de los agrupamientos, un recurso de cohesión y fortalecimiento organizativo, un espacio de articulación entre diversos actores. A partir de la salud, se denuncian y articulan temas políticos, sociales y de género, se movilizan personas y se ejecutan distintas actividades, se disputan recursos y se convoca a variados sectores sociales.

Por ello, estas iniciativas y demandas no pueden considerarse sólo como una respuesta a la crisis, en términos de sustituir acciones que el sistema público de salud no puede efectuar; tampoco pueden ser reducidas a un eje de movilización en la coyuntura o a una manipulación argumental. Mi hipótesis es que, aun en su incipiencia y heterogeneidad, estas experiencias ponen de manifiesto una dimensión productiva (Foucault, 1982) en procesos cotidianos de generación de recursos efectivos y de reflexión y construcción de categorías de interpretación y de acción. Por la configuración de un sentido de derecho político, a la vez que por una efectiva vinculación entre movilización y logro en los términos de 'lucha' y 'conquista', estas prácticas fuerzan las fronteras de la ciudadanía, en un proceso de redefinición de los modos de relación con el Estado y de modalidades de acción que priorizan el control de los conjuntos en áreas clave de la vida social. El crecimiento de la participación de científicos sociales y trabajadores de la salud en estos procesos no es un dato menor, tampoco la emergencia de novedosas modalidades de articulación social y política. La continuidad de su construcción creo que es un desafío que nos involucra como sujetos y nos compromete como científicos sociales o profesionales de salud.

DOCUMENTOS

- ALDERETE, J. & GÓMEZ, A. La desocupación en el infierno menemista, 2000. (Cuadernos del ahora, 6) Historia, principios y organización de los MTD de la Verón. MTD Lanús. Septiembre de 2000.
- Primer Encuentro de Medicina Social y Salud para la Lucha. La Matanza, 2001.
- Salud para la Lucha. Publicación de la Sala de Salud de la Junta Vecinal 7 de Mayo. Barrio María Elena, La Matanza. Año 1, n. 3, 2002.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- AUYERO, J. *La Protesta: retratos de la beligerancia popular en la Argentina democrática*. Buenos Aires: Libros del Rojas, Universidad de Buenos Aires, 2002.
- BASUALDO, E. *Sistema Político y Modelo de Acumulación en la Argentina: notas sobre el transformismo argentino durante la valorización financiera (1976-2001)*. Buenos Aires: Facultad Latinoamericana de Ciencias Sociales, Universidad de Quilmes, 2001.

- CAFASSI, E. *Olla a Presión: cacerolazos, piquetes y asambleas, sobre fuego argentino*. Buenos Aires: Libros del Rojas, Universidad de Buenos Aires, 2002.
- DRI, R. La Revolución de las Asambleas en Retruco. *Nac and Pop*. Buenos Aires: mayo 2002. Publicación electrónica.
- ECKSTEIN, S. Poder y protesta popular en América Latina. In: ECKSTEIN, S. (Coord.) *Poder y Protesta Popular: movimientos sociales latinoamericanos*. México: Siglo XXI, 2001.
- FOUCAULT, M. *Vigilar y Castigar*. México: Siglo XXI, 1982.
- GRIMBERG, M. *Demanda, Negociación y Salud: antropología social de las representaciones y prácticas de trabajadores gráficos, 1984-1990*. Buenos Aires: Facultad de Filosofía y Letras/UBA, 1997.
- GRIMBERG, M. et al. Organización y protesta en la Argentina actual: las asambleas barriales. Actas de las Segundas Jornadas de la Cuenca del Plata Escuela de Antropología. Facultad de Humanidades y Artes Universidad Nacional de Rosario, 2002.
- GRIMBERG, M.; MANZANO, V. & FERNÁNDEZ ÁLVAREZ, M. I. Modalidades de acción política, formación de actores y procesos de construcción identitaria: un enfoque antropológico en piqueteros y fábricas recuperadas. In: CASSARIN, M. (Ed.) *Escenarios y Nuevas Construcciones Identitarias en América Latina*. Córdoba: Centro de Estudios Avanzados/Universidad Nacional de Córdoba, 2004.
- GRIMBERG, M. et al. Identificaciones y disputas de sentido en Asambleas Barriales: análisis de la construcción política de la categoría vecino. *Intersecciones*, (V):155-163, 2004.
- MANZANO, V. Modalidades de acción colectiva en La Matanza: un análisis a partir de la descripción del lugar del 'referente barrial' en organizaciones que nuclean a desocupados. En Actas de las Segundas Jornadas de la Cuenca del Plata, Universidad Nacional de Rosario, Rosario. Octubre, 2002a.
- MANZANO, V. El lugar de la tradición en los modos de identificación de las organizaciones piqueteras. Terceras Jornadas Interdisciplinarias: Memoria, Historia e Identidad. Universidad Nacional de Quilmes, 28 y 29 de noviembre, 2002b.
- SCHUSTER, F. & PEREYRA, S. La protesta social en la Argentina democrática: balance y perspectivas de una forma de acción política. In: GIARRACCA, N. (Comp.) *La Protesta Social en la Argentina: transformaciones económicas y crisis social en el interior*. Buenos Aires: Alianza Editorial, 2001.
- TILLY, Ch. *La Desigualdad Persistente*. Buenos Aires: Manantial, 2000 [1.ed. 1998, University of California Press].