

ORGANIZACIÓN AUTOGESTIVA Y SALUD COMUNITARIA. EL CASO DE UNA COOPERATIVA DE VIVIENDA

GRASSROOTS ORGANIZATION AND COMMUNITY HEALTH. THE CASE OF A HOUSING COOPERATIVE

Muntó, Alejandro¹

RESUMEN

Este artículo aborda algunos fenómenos específicos del proceso salud-enfermedad-atención en el marco de una organización social que impulsa la autogestión. Se trata del caso de una cooperativa de vivienda porteña, El Molino, cuyo estudio se desarrolla desde hace seis años con una perspectiva apoyada en la Psicología Social Comunitaria y mediante una metodología de investigación cualitativa. La Medicina Social propone desde hace décadas prestar atención al componente en salud de los movimientos sociales y señala que cada formación social produce sus propios patrones de salud y de enfermedad. Aquí se intenta retomar dicha propuesta y aplicarla al estudio de esta cooperativa autogestiva, habida cuenta de sus múltiples particularidades. Se concluye así que la autogestión en El Molino demuestra un importante potencial para desarrollar formas de relación humana más saludables, pero que también enfrenta grandes desafíos para sostenerlas, en el marco del sistema capitalista actual.

Palabras clave:

Autogestión - Salud Comunitaria - Cooperativismo

ABSTRACT

This paper studies the specific phenomena of the health-disease-attention process within a social grassroots organization. It deals with the case of a housing cooperative in Buenos Aires, El Molino, which has been studied during the last six years from a Community Social Psychology perspective, through a qualitative research methodology. Since decades ago, Social Medicine proposes to analyze the health component in social movements, stating that each given social formation produces its own health and disease patterns. This paper attempts to take on that challenge for studying this grassroots cooperative, taking into account its several specificities. It is hence concluded that self-management in El Molino has an important capacity to develop healthier ways of human bonding, but that it also faces great adversities to fully realize them, within the current capitalist system.

Key words:

Self-management - Community Health - Cooperativism

¹Universidad de Buenos Aires (UBA), Facultad de Psicología, Instituto de Investigaciones. Consejo Nacional de Investigaciones Científicas y Técnicas (CONICET). E-mail: amunto@psi.uba.ar

“...las sociedades que se distinguen en su grado de desarrollo y de organización social, deben exhibir una patología colectiva diferente.”

A.C. Laurell (1982, p. 2)

En este trabajo, me propongo retomar algunos aportes teóricos hechos desde la Medicina Social para abordar los fenómenos de salud, de enfermedad y de atención en el marco de una comunidad que se organiza en forma autogestiva. Se trata de una cooperativa de vivienda de la ciudad de Buenos Aires, El Molino, que constituye el caso de estudio de mi investigación actual. El núcleo del planteo consiste en atender a las especificidades de la organización autogestiva según se da en esta cooperativa -para lo que acudiré a diversas fuentes, tanto fragmentos del diario de campo como comunicaciones personales y la experiencia producto del trabajo de campo de estos años- y de los vínculos que aquella entrama con el proceso de salud-enfermedad-atención, partiendo de la idea de que cada formación social concreta produce sus propios patrones en los modos de padecer y de sanar, según lo sugiere en el epígrafe la cita de un clásico artículo de Asa Cristina Laurell.

Para hacer esto, comenzaré introduciendo algunos de los planteos fundamentales de la corriente de la Medicina Social, para luego presentar el caso de esta cooperativa autogestiva con una somera descripción de su orgánica y del método con que la estudio. Con esos insumos, pasará a considerar algunos fenómenos propios del proceso salud-enfermedad-atención en El Molino, a la luz de los conceptos y consideraciones antes desarrollados, para concluir con una reflexión sobre la salud en el marco de la autogestión llevada adelante por la clase trabajadora, que delinea -según se postula- una tendencia contraria a la que impulsa el sistema social que nos engloba.

Como se evidencia en los párrafos superiores, en este artículo elijo emplear la primera persona en vez de una voz impersonal para referir mi presencia en la comunidad y mi acción como investigador en formación. Esto se debe a que considero que así se refleja mejor la imbricación mutua entre los fenómenos psicosociales que son mi objeto de estudio y mi propia implicación en la comunidad, la cual tampoco es indiferente a mi presencia allí. Esta afectación recíproca entre sujeto y objeto de estudio ha sido descrita tanto desde la Psicología Social latinoamericana (Fernández Christlieb, 1994) como desde la Etnografía (Guber, 2012). Vale agregar que tanto en una como en otra ramas disciplinares, es cada vez menos frecuente encontrar en las publicaciones científicas una enunciación que borre o desdibuje la presencia de las y los investigadores.

Aportes teóricos para pensar lo social en la salud y la enfermedad

A la larga tradición de la Salud Pública, cuyo desarrollo se remonta a algunos siglos atrás y que tuvo una influencia creciente en el diseño de políticas públicas a partir del siglo XX (lo que en la mayoría de los Estados latinoamericanos, implicó la creación de Ministerios de Salud), se opone el surgimiento de una nueva corriente de pensamiento y de

praxis, que dio en llamarse Medicina Social. En contraste con la Salud Pública, esta corriente reconoció de entrada que la participación generadora de democracia, fraternidad e igualdad es la principal fuerza para transformar la situación de salud de la población (Granda, 2004), expresando así su compromiso con intervenciones sanitarias no solamente verticales -bajadas desde el Estado a la población- sino también con otras formas de accionar saludables que despliega la propia ciudadanía.

El mismo sanitarista ecuatoriano afirma que esta visión alternativa exige atender cómo los sujetos individuales y colectivos crean o generan su salud en el diario vivir, al tiempo que construyen instituciones para apoyar la promoción de la salud, la prevención y la atención de enfermos (Granda, 2004). Para hacerlo, Waitzkin, Iriart *et al.* (2001) señalan que la Medicina Social define sus problemas y busca soluciones con unidades de análisis sociales, más que individuales: así, la población puede estudiarse mediante categorías tales como clase social, producción económica, reproducción y cultura. Además, en esta corriente, salud y enfermedad se conciben como polos en un proceso dialéctico, más que como categorías dicotómicas. Por diversos motivos, la corriente de la Medicina Social -muy cercana a los planteos hechos desde la Salud Colectiva, de mayor raigambre en Brasil- tuvo un gran impacto en las discusiones sobre la salud pública en América Latina, a partir de las décadas del 60 y del 70. Parte de ello se plasma en su institucionalización con la Asociación Latinoamericana de Medicina Social (ALAMES), cuyo comité organizador produjo hace unos años un documento para la discusión sobre los determinantes sociales de la salud. En este, se explicita que lo que se pretende es explicar tanto las formas en que las inequidades por clase, género y etnia propias de la sociedad capitalista producen grandes diferencias en las condiciones de vida (expresadas en distintos perfiles de salud, enfermedad y atención), como las formas por las cuales

los individuos y las colectividades crean un conjunto de sentidos y significados de la salud y de la vida que se materializan en prácticas en salud; así como las formas a través de las cuales esas prácticas en salud entran en interacción con las condiciones de vida determinadas para individuos y colectividades, conformando lo que se han denominado modos de vida. (ALAMES, 2008, p. 3)

Queda claro entonces que el eje de análisis se ubica en lo social, particularmente en las prácticas concretas de salud, en su relación con las condiciones materiales de vida de las poblaciones, lo que abona la necesidad de un análisis situado (como el que ensayaré más adelante para el caso de la cooperativa). Además, el mismo documento reconoce la importancia de estudiar y difundir el componente en salud de los movimientos sociales, “pues ahí están surgiendo las nuevas formas de enfrentar los determinantes sociales de la salud y [estos movimientos] están haciendo surgir nuevos modos de vida y nuevas prácticas colectivas, solidarias y equitativas” (ALAMES, 2008, p. 10).

Ahora que ya corrimos el eje de lo individual en la salud,

es un buen momento para ahondar en una definición teórica sobre el proceso salud-enfermedad de una colectividad. Para eso recurriré a una autora clásica, Laurell (1982), que entiende por ello a la forma específica en que se da el proceso biológico de desgaste y reproducción en un grupo, destacando a la enfermedad como los momentos en que un funcionamiento biológico diferenciable repercute en el desarrollo regular de las actividades cotidianas. Dicho proceso se expresa en indicadores como “la expectativa de vida, las condiciones nutricionales y la constitución somática y [...] en las formas específicas de enfermar y de morir, eso es, en el perfil patológico del grupo dado por la morbilidad y/o mortalidad” (Laurell, 1982, p. 8), lo que nos permite comprender cómo cada formación social crea determinado patrón de desgaste y reproducción, tal cual lo proponía el epígrafe de este trabajo.

Antes de cerrar con este recorrido teórico, me parece importante prestar atención a más definiciones sobre indicadores específicos de este proceso salud-enfermedad. Otro autor consagrado en el campo de la Antropología Social habla de padeceres, en lo que engloba “desde dolores episódicos de cabeza, dolores musculares leves, temperaturas poco elevadas, resfríos o escozores transitorios, pasando por dolores del alma, estados de tristeza, ansiedades, o pesares momentáneos” (Menéndez, 2003, pp. 201-202), lo que ciertamente amplía el campo de estudio. Este referente teórico de la Medicina Social analiza diversas formas y modelos de atención de los padecimientos, entre los cuales destaca uno frecuentemente desatendido por la Biomedicina: la autoatención. En eso se engloban todas las representaciones y prácticas utilizadas por la población -a nivel sujeto y grupo social- para enfrentar los procesos que afectan su salud, sin la intervención directa de curadores profesionales, lo que implica decidir sobre el uso de un tratamiento en forma relativamente autónoma (Menéndez, 2003). Se refuerza así la idea de que la salud no se produce solamente en los espacios tradicionales de atención, sino que tales procesos se pueden rastrear potencialmente en cada sitio donde hay interacciones sociales. Pasemos, entonces, a introducir un contexto muy particular en el cual podremos atender al proceso salud-enfermedad-atención de un colectivo organizado.

Acerca de una cooperativa autogestiva de vivienda

El Molino es una cooperativa ubicada en la ciudad de Buenos Aires, cuyo proyecto implica construir 102 viviendas a través de la autogestión, llevada adelante por la clase trabajadora organizada. En lo material implica levantar más de cien viviendas, pero también y sobre todo, contempla la forma de organización distintiva que se dan sus socios y socias (como gustan decir, “la construcción sin ladrillos”), con numerosos espacios de discusión y toma de decisiones sobre todo lo que hace a su colectivo. En el contexto de una ciudad capitalista bajo agudos procesos de urbanización neoliberal como la nuestra (Ciccollella, Baer y Vecslir, 2015), este proyecto de hábitat digno gestionado por y para la clase trabajadora tiene una gran relevancia, si bien la normativa que ampara esta forma de

construcción (la Ley 341/2000 de la Ciudad Autónoma de Buenos Aires) no goza de una gran difusión, ni mucho menos de grandes incentivos por parte del Gobierno de la Ciudad. El Molino se fundó en el marco de una organización social que tuvo una actuación clave para la sanción de aquella ley, el Movimiento de Ocupantes e Inquilinos (MOI), pero a partir de varios conflictos internos se separó de la misma, en octubre de 2015. Como veremos, esta separación no fue gratuita para la comunidad.

Emplazado en el barrio de Constitución, el proyecto arquitectónico del Molino contempla cuatro etapas sucesivas de construcción, reciclando la mayor parte posible de la estructura preexistente en el gran predio que ocupa la cooperativa (que antes era un molino harinero, del cual hereda el nombre), con salidas a las calles Solís y 15 de noviembre. Del lado de Solís se ubican las tres primeras etapas, que tienen respectivamente 21, 13 y 22 viviendas: la primera etapa se inauguró en diciembre de 2010 (desde entonces, la obra coexiste con hogares habitados, lo que genera no pocos problemas), luego la segunda en diciembre de 2014, mientras que la tercera se adjudicó en enero de 2017. La cuarta etapa, con las 46 viviendas restantes, se emplazará del lado de 15 de noviembre y su construcción traerá grandes desafíos al grupo humano del Molino, pues implica la demolición completa de varias estructuras y obra nueva.

El sistema de construcción, en el marco de esta organización autogestiva, también tiene muchos rasgos particulares. En un intento por diferenciarse de las empresas privadas y de la lógica mercantil, El Molino -como el resto de las cooperativas fundadas en el MOI- construyó hasta octubre de 2015 mediante una cooperativa de trabajo de dicha organización, mientras que ahora contrata directamente a los obreros y propicia que se organicen como una nueva cooperativa de trabajo. Todo lo que hacen “los contratados” (como se los refiere en El Molino) es coordinado desde la Comisión de Obra, donde participan varios de los socios y socias junto con un arquitecto, decidiendo sobre cada detalle de la obra, desde la compra de los materiales y herramientas hasta la priorización de tareas a seguir, algo que se torna importante por la recurrente falta de fondos que se da en el marco del desfinanciamiento y la obstaculización de la Ley 341 por parte del Gobierno de la Ciudad (Rodríguez, Di Virgilio *et al.*, 2007).

Pero además, los socios saben de múltiples maneras de ahorrar y de avanzar en la construcción de la obra cuando los fondos escasean. Una de ellas, importada por el MOI de la experiencia de la Federación Uruguaya de Cooperativas de Vivienda por Ayuda Mutua (FUCVAM), consiste en el aporte de las propias socias y socios con su mano de obra en la construcción, sea esta calificada o no. Es así que antes de ingresar a su vivienda como adjudicatarios, todos los socios del Molino deben cumplir con al menos un 75% del total de 3000 horas de “ayuda mutua” estipulado para cada grupo familiar, lo que significa que en la obra conviven día a día los contratados y los socios y socias de la cooperativa. A esto se suman numerosas medidas adicionales para recaudar dinero cuando el Instituto de Vivienda de la Ciudad (IVC) no baja los fondos: venta

de materiales como chatarra, reciclaje de aquellos heredados del molino harinero que todavía sirven para la construcción, talleres propios de acoplado y de plegado, y sobre todo frecuentes eventos de festejo abiertos al barrio, muchas veces en la forma de “polladas”, en lo que pesa la tradición culinaria de la comunidad, compuesta en gran medida por inmigrantes de Perú, Paraguay, Bolivia, Uruguay y otros países.

El método que empleo para llevar adelante la investigación-acción en esta cooperativa se encuadra en la tradición de la metodología cualitativa (Maxwell, 1996), priorizando las técnicas presenciales de recolección y construcción de datos en los ámbitos de interacción cotidiana de la comunidad, lo que permite acceder a un sentido práctico del orden social (Martín Criado, 1998). Es así que desde el inicio puse un fuerte énfasis en las observaciones participantes en las instancias de reunión del Molino (Martín-Baró, 1991), complementadas por entrevistas semi estructuradas y análisis de fuentes primarias y secundarias. Todo ello hace que la investigación se asemeje a una etnografía (si bien la Antropología no es mi formación de base), con un lugar muy importante reservado para el trabajo de la reflexividad (Guber, 2012).

El trabajo de campo comenzó en los años 2011 y 2012, cuando aun era estudiante de grado, apoyado por una Beca Estímulo UBACyT. Por entonces, participé en un espacio de salud del Molino que dio en llamarse Asistencia a Situaciones de Riesgo Social (ASRS), sostenido tanto por cooperativistas como por profesionales externos, dirigido a encarar situaciones problemáticas de salud que empezaban a visibilizarse tras la mudanza de los 21 grupos familiares de la primera etapa al Molino. Dicho espacio dejó de funcionar a mediados de 2012 y mis visitas a la cooperativa se espaciaron mucho, hasta que en mayo de 2014 comencé a asistir regularmente a las asambleas semanales de la misma, con el aval de la comunidad, ya encuadrado en el actual proyecto de investigación, financiado por una Beca Doctoral del CONICET (a partir de abril de 2015). Desde entonces y por tres años, hasta mayo de 2017, sostuve la observación participante en todas las asambleas del Molino, con registro en mi diario de campo. Durante el 2016 también hice lo mismo en otras instancias, rotando por las comisiones de trabajo (son cuatro: Obra, Ayuda Mutua, Participación y Aportes), por la guardia de formación que se abrió los sábados para incorporar a los grupos familiares restantes (ya que hasta el año pasado, había 90 grupos inscritos en la nómina del Molino, para un total de 102 viviendas) y asistiendo también por un tiempo al Consejo de Administración, que es el órgano “ejecutivo” de la cooperativa, si bien siempre la última palabra está en manos de la Asamblea.

Esta agenda intensa de salidas al campo me facilitó una profunda familiarización con la comunidad, algo que es promovido desde la corriente de la Psicología Social Comunitaria (Montero, 2006), la que constituye el marco teórico fundamental de esta investigación. El objetivo general de ésta consiste en explorar y describir las manifestaciones de padecimiento subjetivo y las prácticas de salud derivadas de la participación en una comunidad auto-

gestiva. Por eso, es un interés central para el avance de esta investigación poder caracterizar los rasgos fundamentales -en la especificidad de la organización autogestiva- del proceso salud-enfermedad-atención, lo que se da en gran medida en relación al avance de la construcción de las viviendas, delineando una interesante vinculación entre un proceso material muy visible (como la construcción de cien casas) y el de la salud en la comunidad, que quizás pase más desapercibida para las socias y socios, pero no por eso deja de tener efectos patentes sobre su cotidianidad.

Para este trabajo, modificaré los nombres de las y los protagonistas en todos los fragmentos citados, en aras de preservar su identidad, ya que sus actuaciones importan no por sus rasgos personales, sino en tanto cumplen un rol determinado dentro de la comunidad. Sin embargo -como se habrá visto- opto por dar el nombre real de la cooperativa en cuestión y por describir fielmente su orgánica y modo de funcionamiento, no sólo por atender a la validez psicopolítica de la investigación (Prilleltensky, 2004), que impide enajenar el procedimiento analítico fuera de los marcos de realidad válidos en la comunidad, sino también como parte de una apuesta por colaborar a la difusión de este proyecto. Esto es, con la convicción de que -como se proponía desde ALAMES (2008)- es fundamental que los académicos del campo colaboremos a divulgar la componente en salud de los movimientos sociales, pues estos están haciendo surgir nuevos patrones en las relaciones sociales, acaso tanto más saludables, por los que creo que vale la pena apostar.

Un Molino en perpetuo movimiento.

La salud en espacios colectivos

Un primer rasgo distintivo de las interacciones sociales en esta cooperativa es que, en gran medida, todas las novedades sobre los hechos que afectan a la comunidad pasan tarde o temprano por su asamblea, de reunión semanal los días lunes (o miércoles cuando llueve) y adonde asisten generalmente entre 60 y 65 socios. Esto explica que exista una línea muy delgada entre la vida privada de los grupos familiares y la esfera pública de la comunidad, incluyendo la situación de salud de los socios, que suele ponerse en común durante las asambleas y comisiones, particularmente cuando afecta su participación en los espacios de la cooperativa. Es fácil leer este fenómeno como parte de la configuración de nuevos modos de vida (ALAMES, 2008), en el contexto vincular cooperativista. En ocasiones se trata de meros avisos (cuando tal o cual socio no puede asistir por una afección transitoria, como un resfrío) pero otras veces, los estados de salud de algún compañero se vuelven un tema más -con punto propio en el temario de la asamblea- y disparan la puesta en marcha de verdaderas estrategias de atención por parte de los socios y socias, que articulan sus recursos para dedicar cuidados a las personas afectadas. Así, por ejemplo, en una asamblea de mayo de 2015:

Milagros informa sobre la situación de salud de Silvina. Valentino pide gasas para Nicole. Entonces, María José se

explaya sobre la situación de salud de esa socia, casi se quiebra mientras lo hace. Los insumos que se precisan son: gasas 15x15, vendas, plattsul-A, cinta y algodón. Mora opina que la cooperativa debería comprar una gran cantidad de estos insumos. (Diario de campo, 4-5-15)

Lo que empieza como un pedido concreto para una socia que estaba enfrentando un tratamiento por un cáncer, en la boca de María José se vuelve un pedido de ayuda más amplio a toda la comunidad, reforzado por la intensa carga emocional con que esta socia pronuncia sus palabras. La compañera enferma era una de las más antiguas del Molino, muy participativa, que en su momento integró el Consejo de Administración y que unos años atrás (en el 2011) había sido la principal impulsora del ASRS, el espacio de Salud que mencioné antes. Ella fue quien me "reclutó", por así decir, al terminar la primera asamblea del Molino a la que asistí, en enero de aquel año, interesada por el acercamiento de un joven estudiante de Psicología a su cooperativa.

De esta forma, alguien que siempre se preocupó por la salud de sus compañeros, se volvía ahora la destinataria de todos sus cuidados. Por diversas comunicaciones personales que tuve con los cooperativistas en ese tiempo, me consta que varias socias se hicieron cargo de las tareas de sanar sus heridas y de cambiarle las gasas, dado que Nicole estaba con un sangrado intenso. Esto también es coherente con lo que refería Menéndez (2003) sobre los cuidados propios de la autoatención, que suelen estar desigualmente distribuidos dentro del grupo familiar, recayendo muy habitualmente en las mujeres. En el fragmento del diario de campo citado puede observarse que a partir de esta situación, una socia propone la compra de varios insumos de cuidados básicos por parte del Molino, lo que derivó luego en el armado de una suerte de kit de primeros auxilios. Una verdadera estrategia comunitaria para la salud.

A pesar de todos los cuidados que se articularon desde la cooperativa, con el tiempo la salud de Nicole empeoró y ella falleció al año siguiente. El Molino reaccionó decretando un duelo, con la suspensión de la obra y de las reuniones por unos días, a la vez que una gran parte del grupo humano de la cooperativa se hizo presente en el velorio, adonde también me invitaron. Allí, todos los socios y socias reunidas estaban conversando animadamente, a pesar de la pesadumbre del momento, y se acercaban uno por uno a brindar su pésame y el apoyo a los familiares de Nicole. Como decía Laurell (1982), se trata de formas específicas no sólo de vivir y de sanar, sino también de enfermar y de morir en comunidad. En El Molino, una cooperativa que tiene 15 años de historia, nadie está solo en esos momentos.

Pero también, adelanté antes que las formas específicas de padecer en esta cooperativa están muchas veces atadas al desarrollo de su proceso organizativo, con un énfasis muy importante en los avatares que atraviesa el desarrollo de la obra. Mi hipótesis de trabajo para esta investigación es que esto es especialmente cierto en el caso de las socias y socios más participativos del Molino,

quienes muchas veces actúan como sus referentes, sea ocupando cargos formales en el Consejo de Administración (elegidos por votación de sus pares) o no. La asamblea y todas las interacciones que la rodean demuestran así ser un escenario óptimo para poner a prueba dicha hipótesis. Veamos un fragmento al comienzo de la primera asamblea de este año:

Hoy llego a la cooperativa cerca de las ocho, todos los socios con que me cruzo me saludan con un "¡feliz año!" e intercambio besos con todos. Mientras esperamos en la ronda -que aun tiene poca gente- Valentino viene a sentarse junto a mí y me conversa, mencionando que estuvo descompuesto muy fuerte anoche, quizás por efecto del calor. Le pregunto si hoy el temario es largo y me anticipa que hay básicamente un tema (aunque no dice cuál). (Diario de campo, 2-1-17)

Un momento típico de toda asamblea: quienes llegan puntuales a la hora de inicio, deben esperar a que vaya llegando el resto de los socios para que empiece la reunión, lo que en El Molino ocurre normalmente hacia las 8:20 pm. En ese rato, se producen varias conversaciones informales entre los presentes, que versan sobre la vida de los cooperativistas pero también, muchas veces, anticipan el pulso de la discusión en la asamblea. En tal contexto, no es raro que Valentino -presidente de la cooperativa desde el 2009 y mi principal contacto allí, con quien me une un lazo de amistad y de confianza mutua- se me acerque a hablar, quizás buscando una interacción que lo distraiga un poco de las frecuentes interpelaciones que le dirige el resto de los socios dentro de la cooperativa, seguramente influidos por lo que muchos caracterizan como cierto "paternalismo" de su parte, él mismo incluido.

Sin lugar a dudas, Valentino es uno de los socios más implicados en El Molino, que suele participar personalmente en todas las discusiones y tomas de decisión en cada ámbito de la cooperativa. Desde sus visitas a la obra a primera hora de la mañana -en las que charla con los contratados, antes de ir a su trabajo- hasta las incontables llamadas que recibe de otros socios durante todo el día, a lo largo de toda la semana. Es por este motivo que hace un tiempo él decidió directamente apagar su celular los domingos, para procurarse un descanso, práctica que mantiene al día de hoy.

¿Y cuál era el tema a tratar en esa asamblea? Nada menos que la adjudicación de los 22 departamentos de la tercera etapa de la obra, a esa altura ya casi terminados. Después de muchos meses de trabajo, una "comisión integrada" *ad hoc* (con delegados de las cuatro comisiones regulares) ya había conformado la lista de los 22 grupos familiares que ingresarían a vivir con la inauguración de esas viviendas, siguiendo un complejo sistema de evaluación característico de esta cooperativa. El mismo asigna un puntaje mensual a cada grupo familiar según su participación en reuniones, el pago de las cuotas mensuales y la realización de ayuda mutua, desde el momento de su ingreso al Molino hasta el mes de junio de 2016, que fue elegido en asamblea como el momento de corte para la evaluación de la tercera etapa. Luego, todos los puntajes

mensuales se promedian mediante un elaborado sistema de ponderación y se le otorga un puntaje final a cada grupo familiar.

Una vez conformada esa lista, pues, le tocaba ahora a la asamblea la convalidación final de todo el proceso. Esto es, decidir qué grupo familiar ocuparía cada departamento de los 22 construidos, considerando que éstos son de diferentes tipologías (tienen entre una y tres habitaciones) y que ellas deben adecuarse al tamaño de los grupos familiares, dando lugar a casos de “transitoriedad” cuando eso no ocurre. Esto quiere decir que a dichas familias les tocará mudarse nuevamente cuando se concluya la cuarta y última etapa, a otra vivienda que sí se adapte a su tamaño, dejando la que habitan a otra familia en las mismas condiciones en que la recibieron. En definitiva, el de la adjudicación es un proceso muy largo y complejo, que terminaría de resolverse en esta asamblea. Y el hecho de que inter venga el pleno de la comunidad lo hace mucho más democrático, sin duda, pero no por eso menos conflictivo.

En esta ocasión, se trabajó sobre una propuesta de asignación de viviendas que realizó el Consejo de Administración, el que como presidente de la cooperativa, encabeza el propio Valentino. Esto significa que todas las críticas y quejas que mereciera el resultado transitorio de tal proceso, presentado en esta asamblea para su discusión, serían dirigidas fundamentalmente hacia su persona... cosa que él sabía muy bien. En efecto, buena parte de la reunión consistió en socias y socios adjudicatarios quejándose por el departamento “que les tocó”, dejando entrever una fuerte disociación por su parte del resto del proceso de adjudicación (el que como dije, tiene varias instancias de participación). Quienes hablaron en esa asamblea estaban interesados por habitar no en tal piso, sino en el otro, o bien estaban preocupados por que su balcón no dé al patio interno (donde aún estaba pendiente la demolición de una vieja estructura del molino harinero), sino a la calle Solís, más alejado de las molestias asociadas con la obra. Con este elemento en mano -que yo terminé de comprender solo durante el desarrollo de la asamblea- se puede arriesgar fácilmente una interpretación de la grave descompostura de Valentino de la noche anterior, por un lado relacionada con los fuertes calores de enero, pero también con la coyuntura de alta tensión vincular que atravesaba en esos días la cooperativa que él preside. Se trata de un padecer como aquellos que refería Menéndez (2003), un ejemplo particular que elegí para este trabajo pero que da cuenta de toda una serie de padecimientos que suelen asolar a Valentino, en su innegable rol paternalista en El Molino, de los que me entero generalmente hablando al teléfono con él o cuando nos juntamos a tomar mate y conversar. En este escenario, es comprensible también que él siempre haya buscado mantener un contacto asiduo conmigo, desde que me acerqué a la cooperativa hace seis años, conciente de la importancia de tener cerca a un psicólogo con quien poder compartir -aunque sea en encuentros informales- todo lo que le pasa en tanto *pater familias* imaginario del Molino.

Salud comunitaria y procesos políticos. Un investigador implicado

Mencioné en la introducción de este artículo que mi planteo haría un eje fuerte en la relación del proceso salud-enfermedad-atención con la situación política y las características específicas de la organización de la cooperativa. Queda claro que la autogestión en El Molino, incluyendo las dos o tres reuniones semanales de asistencia obligatoria para todos los socios y socias, le dan sus notas particulares a la situación de salud. ¿Pero qué de su trayectoria política, como colectivo social organizado?

Antes referí la creación del espacio de ASRS, motorizado por Nicole y otros socios durante el 2011 y 2012, con la participación de varios profesionales externos (y la mía como estudiante de grado), el que luego dejó de funcionar. Esto ocurrió cerca de la época de las elecciones de autoridades, que se realizaron en junio de aquel año. Lo que no dije es que ese espacio volvió a funcionar -aunque no con ese nombre- en la segunda mitad del 2015, esta vez con la participación mía y la de un colega como únicos profesionales externos, con el mismo propósito de lidiar con situaciones problemáticas de convivencia y de salud entre los grupos familiares del Molino.

No es mi propósito aquí hacer un balance de esa experiencia, ni de las acciones concretas que impulsamos -en la forma de talleres- como instancias de intervención sobre la salud comunitaria. Pero sí deseo compartir una reflexión que me surgió mientras revisaba las entradas de mi diario de campo del año 2015. Reparé en esta relectura que fue hacia agosto de ese año que tanto Valentino como un par de socios más se acercaron a mí -antes o después de las asambleas donde hacía la observación participante- para plantearme la necesidad de volver a armar el espacio de Salud en El Molino. Algo que sabían que yo también tenía la intención de hacer, desde que volví a la cooperativa el año anterior, por la forma en que siempre presentaba los propósitos de mi investigación, tanto en las asambleas como en interacciones personales. Ahora bien, detengámonos un momento en la secuencia cronológica de estos hechos.

En junio de 2015 se habían realizado las elecciones de autoridades, arrojando un resultado novedoso: de los dos grandes grupos políticos que conforman esta cooperativa (muy sintéticamente, uno más afín a la conducción del MOI y proclive a participar en todas sus áreas, y otro más preocupado por el avance de la obra en El Molino y menos por todo lo que hace a aquella organización), el “grupo MOI” había quedado totalmente excluido del Consejo, cuyos nueve cargos se repartieron entre “los molineros”. Mientras que hasta entonces, venía habiendo cierto equilibrio (no poco conflictivo) en la presencia de ambos grupos en los cargos ejecutivos de la cooperativa, con la presidencia en manos de un grupo y la secretaría y tesorería en manos del otro.

Desde aquellas elecciones, pues, las diferencias del Molino con el MOI quedaron más patentes que nunca y se expresaron en numerosos conflictos manifiestos en las asambleas, en especial con la cooperativa de trabajo de la organización, que era el blanco de muchos ataques por

parte de los molineros. Estas conflictivas discusiones terminarían resultando en la separación definitiva del Molino y el MOI, ocurrida en octubre de 2015, cuando la cooperativa de trabajo del MOI se retira de la obra y la conducción del Molino la reemplaza mediante la contratación directa del grupo de obreros que venía trabajando allí.

Entonces, observándolo mejor, vemos que el momento en que me instan a armar un espacio de Salud propio de la cooperativa queda situado justo en medio de esos dos hitos en la historia del Molino: las últimas elecciones celebradas y la ruptura formal con el MOI. Sumemos ahora a la ecuación la existencia de varias áreas transversales en el MOI, donde participan socias y socios de las diferentes cooperativas que integran esta organización social: Educación, Género, Comunicación, Cultura... y Salud. En aquellos meses del 2015, se venía registrando una merma notable en la participación de los socios y socias del Molino en las áreas del MOI, las que técnicamente eran obligatorias y también contaban para el ítem de participación, dentro de las evaluaciones mensuales que se hacen para adjudicar las viviendas. Y resulta que dos meses antes de oficializar el divorcio, algunos referentes del grupo opuesto al MOI me proponen relanzar un espacio de Salud propio de la cooperativa, por fuera de aquel que funciona en la órbita de la organización. ¿Pura coincidencia?

En aquel momento, sumido como estaba en mis ansias de pasar a la acción, luego de más de un año de hacer observaciones participantes en la asamblea y de algunos meses de ser becario, no me hice muchas preguntas sobre la posible motivación política de estos socios y pronto convocamos al espacio de Salud de los sábados, que empezó a funcionar en septiembre. Lo precedió una discusión sobre su horario, justamente porque se pisaba con el área de Salud del MOI, que también se reunía durante la tarde del día sábado. Esto fue señalado por algunas socias en la asamblea del 7 de septiembre, cuando intervine para presentar al nuevo espacio, cosa que se saldó adelantando nuestra reunión un par de horas, de modo que no se superpusiera con el área del MOI.

Pero a la luz de lo que ocurrió luego, entiendo ahora que mi iniciativa como investigador en formación, traducida en impulsar un espacio de salud propio del Molino (de existencia por demás justificada, como consta en estas páginas), se inscribió en una conflictiva política de espectro más amplio y de larga historia en esta comunidad, que la oponía a la organización en cuyo seno nació. Cabrían también muchas consideraciones sobre los efectos imaginarios posteriores de esta ruptura del Molino con su "padre fundador", el MOI, y de cómo buena parte de esa conflictiva se vuelca ahora a un recelo de muchas socias y socios hacia las decisiones que toma el Consejo, vertido en las asambleas semanales. Pero no es ése el objetivo de este trabajo.

Baste con señalar que no sólo la salud y los padecimientos individuales de cada socio están enmarcados en el proceso organizativo y de construcción de las viviendas que lleva adelante esta comunidad de modo autogestivo, sino que -como sugería la Medicina Social- las propias estrategias colectivas de atención en salud que se dan las socias

y los socios (en relación con las formas de autoatención) también están condicionadas por su realidad material y hasta puestas en función de los dilemas políticos que atraviesan como organización social.

A la vez, como decía Menéndez (2003), la autoatención implica no sólo un impacto sobre la salud, sino que es un medio para desarrollar la capacidad de los sujetos y sus grupos para la acción y la creatividad, lo que la vuelve un mecanismo potencial para afianzar micropoderes. Todo lo cual se reviste de un nuevo sentido en el marco de una comunidad que se separó de su organización madre y que busca ahora erigirse como una cooperativa autónoma. Un camino que no está exento de contradicciones y en el que seguramente se potenciarán múltiples conflictos y choques en la interacción entre las socias y socios, de cara a las nuevas elecciones de autoridades que habrán de celebrarse en El Molino en el 2018.

Reflexiones finales: autogestión y salud en el marco del capitalismo

En este trabajo, abordé el proceso salud-enfermedad-atención de una comunidad en el contexto vincular que provee su peculiar forma de organización, orientada a la construcción autogestiva de cien viviendas, pero con implicancias psicosociales que van mucho más allá de lo meramente edilicio. En efecto, queda sugerido que lo que los socios llaman la "construcción sin ladrillos" tiene un importante potencial revolucionario sobre el patrón de relaciones sociales que fomenta el sistema capitalista. En este sentido, cabe recordar las palabras vertidas en un libro originalmente publicado en la década del setenta, con el sugerente título de *Salud y autogestión*:

[...] es fácil deducir que un régimen como el capitalismo es poco saludable, porque anula las capacidades de salud, las desarticula; limita la solidaridad por la competencia, la creatividad por la explotación productiva y el consumo, la comunicación y la integración por las tendencias alienantes, represivas. (Weinstein, 2011, p. 48)

En el mismo libro, el autor se pronuncia por una definición amplia de salud, entendida como el conjunto de capacidades biopsicosociales de un individuo o de un colectivo, para desgranarla luego en nueve dimensiones que la componen: capacidad vital, capacidad de goce, comunicación, creatividad, capacidad autocrítica, dimensión crítica en el enfoque de la realidad, autonomía, solidaridad y capacidades prospectivas e integrativas (Weinstein, 2011). Creo que esta definición es muy pertinente para abordar los fenómenos de la salud en el marco de una organización social que lucha por sus derechos, la que permite entender como saludables a varias prácticas cooperativistas frecuentes, tales como las numerosas formas alternativas de financiamiento para la obra que se dan los socios, que describí más arriba.

Esta comunidad autogestiva, la cooperativa El Molino, se revela pues como un ámbito idóneo para estudiar otras variantes de organización social, y también para explorar las formas específicas de sanar y de padecer que se pro-

ducen en ellas, además de las estrategias peculiares que se dan las socias y socios para (auto)atenderse. Retomando las enseñanzas de un referente de la Psicología Institucional argentina (Ulloa, 2011), podemos contraponer la participación propia de esta comunidad a la resignación de los individuos, que impide luchar frente a lo adverso, lo que desemboca en el síndrome de padecimiento. Para Fernando Ulloa, lo saludable es en cambio una actitud apasionada en la vida, recomponiendo la capacidad de acción de una comunidad, lo que aporta no sólo a su eficacia clínica, sino además a la política.

En la propuesta de ALAMES (2008) que presenté más arriba, y en línea con lo anterior, se pretendía explicar cómo las prácticas en salud se desarrollan como diversidad de luchas y movimientos sociales contra las clases dominantes, dirigidas a eliminar las restricciones para vivir una vida saludable, ampliando los espacios para decidir en libertad y con dignidad según los sentidos y significados construidos, a la par que se construye una contra-hegemonía dentro de la sociedad. Estoy convencido de que la componente en salud juega un rol muy importante en estos procesos de organización popular, que quizás hasta ahora no fue estudiado con mucha sistematicidad, a pesar de lo que la Medicina Social propone desde hace décadas. Por eso, considero que puede ser interesante para el campo de la Salud seguir muy de cerca y también aportar al desarrollo de las propuestas autogestivas vigentes, como aquella que hace 15 años impulsa la cooperativa El Molino. Ya que estas formas de organización popular disputan, desde una praxis concreta e históricamente situada, con las formas vinculares ego-céntricas e individualistas que propicia este sistema social tan poco saludable, que es el capitalismo.

BIBLIOGRAFÍA

Asociación Latinoamericana de Medicina Social (ALAMES) - Comité Organizador del Taller Internacional de Determinantes Sociales de la Salud (2008). Documento Base para la Discusión, Taller Latinoamericano de Determinantes Sociales de la Salud. México: ALAMES.

- Ciccolella, P., Baer, L. y Vecslir, L. (2015). Buenos Aires, una metrópoli entre cambios inercias tras la crisis. En M. Schteingart y P. Pirez (coords.), *Dos grandes metrópolis latinoamericanas: ciudad de México y Buenos Aires. Una perspectiva comparativa*, (pp. 129-157). México: El Colegio de México.
- Fernández Christlieb, P. (1994). La lógica epistémica de la invención de la realidad. En M. Montero (ed.), *Conocimiento, realidad e ideología* (pp. 21-35). Caracas: AVEPSO.
- Granda, E. (2004). ¿A qué llamamos salud colectiva, hoy? *Revista cubana de salud pública*, 30 (2).
- Guber, R. (2012 [2001]). *La etnografía: método, campo y reflexividad*. Buenos Aires: Siglo Veintiuno.
- Laurell, A.C. (1982). La Salud-Enfermedad como proceso social. Cuadernos Médico Sociales, 19.
- Martín-Baró, I. (1991). El método en psicología política. *Anthropos*, 44, 30-39.
- Martín Criado, E. (1998). Los decires y los haceres. *Papers*, 56, 57-71.
- Maxwell, J.A. (1996). *Qualitative Research Design. An Interactive Approach*. Thousand Oaks: Sage.
- Menéndez, E.L. (2003). Modelos de atención de los padecimientos; de exclusiones teóricas y articulaciones prácticas. *Ciencia & Saúde Coletiva*, 8 (1), 185-207.
- Montero, M. (2006). *Hacer para transformar. El método en Psicología Comunitaria*. Buenos Aires: Paidós.
- Prilleltensky, I. (2004). Validez psicopolítica: el próximo reto para la psicología comunitaria. En M. Montero, *Introducción a la psicología comunitaria. Desarrollo, conceptos y procesos* (pp. 5-18). Buenos Aires: Paidós.
- Rodríguez, M.C., Di Virgilio, M.M., Procupez, V., Vio, M., Ostuni, F., Mendoza, M. y Morales, B. (2007). Políticas del hábitat, desigualdad y segregación socioespacial en el área metropolitana de Buenos Aires. Buenos Aires: el autor.
- Ulloa, F. (2011). *Salud elemental: con toda la mar detrás*. Buenos Aires: Libros del Zorzal.
- Waitzkin, H., Iriart, C., Estrada, A. y Lamadrid, S. (2001). Social Medicine then and now: lessons from Latin America. *American Journal of Public Health*, 91 (10), 1592-1601.
- Weinstein, L. (2011 [1978]). *Salud y autogestión*. Buenos Aires: Tierra del Sur.

Fecha de recepción: 7 de mayo de 2017

Fecha de aceptación: 10 de octubre de 2017