

Territorio y salud: experiencias de varones adultos de clase popular en un barrio del conurbano bonaerense

Autor: Agustín David Wilner

Directora: Dra. Betina Freidin

Universidad Nacional de General Sarmiento

Programa en Estudios Urbanos

Maestría en Estudios Urbanos

Junio de 2021



FORMULARIO "E"
TESIS DE POSGRADO

Niveles de acceso al documento autorizados por el autor

El autor de la tesis puede elegir entre las siguientes posibilidades para autorizar a la UNGS a difundir el contenido de la tesis:

- a) Liberar el contenido de la tesis para acceso público.
- b) Liberar el contenido de la tesis solamente a la comunidad universitaria de la UNGS:
- c) Retener el contenido de la tesis por motivos de patentes, publicación y/o derechos de autor por un lapso de cinco años.

a. Título completo del trabajo de Tesis: Territorio y salud: experiencias de varones adultos de clase popular en un barrio del conurbano bonaerense.

b. Presentado por (Apellido/s y Nombres completos del autor): Wilner, Agustín David

c. E-mail del autor: aguswilner@gmail.com

d. Estudiante del Posgrado (consignar el nombre completo del Posgrado):
Maestría en Estudios Urbanos

e. Institución o Instituciones que dictaron el Posgrado (consignar los nombres desarrollados y completos): Instituto del Conurbano, Universidad Nacional de General Sarmiento

f. Para recibir el título de (consignar completo):

a) Grado académico que se obtiene: Maestría

b) Nombre del grado académico: **Magíster en Estudios Urbanos**

g. Fecha de la defensa: Día mes año

h. Director de la Tesis (Apellidos y Nombres): Dra. Betina Freidin

i. Tutor de la Tesis (Apellidos y Nombres): Dra. Betina Freidin

j. Colaboradores con el trabajo de Tesis: -

k. Descripción física del trabajo de Tesis (cantidad total de páginas, imágenes, planos, videos, archivos digitales, etc.): 147 p. 5 imágenes. 1 croquis.

l. Alcance geográfico y/o temporal de la Tesis: El trabajo de campo se desarrolló en un barrio del norte del conurbano bonaerense entre octubre y diciembre de 2019.

m. Temas tratados en la Tesis (palabras claves): salud – territorio – salud ambiental – estigma socioterritorial – servicios de salud - movilidad

n. Resumen en español (hasta 1000 caracteres):

En esta tesis abordamos las experiencias de varones adultos de clase popular a partir de entrevistas en profundidad realizadas en el año 2019. Damos cuenta de las múltiples articulaciones de procesos que afectan la salud y prácticas de cuidado en barrios de clase popular. En particular, abordamos las relaciones entre el territorio, las condiciones materiales de vida, la salud ambiental, el cuidado de la salud y el acceso a la atención de la salud de varones de clase popular. Además, consideramos los aspectos materiales y simbólicos del habitar que afectan al cuidado de la salud, especialmente el estigma socioterritorial. Incorporamos también aportes teóricos sobre la movilidad y su importancia para la accesibilidad geográfica de los servicios de salud. El objetivo general que desarrollamos es analizar las experiencias de cuidado y atención de la salud de varones adultos de clase popular de un barrio del Conurbano Norte Bonaerense, teniendo en cuenta sus condiciones materiales de vida, la edad, la organización del hogar, las problemáticas sociales y ambientales del barrio que habitan y los recursos sanitarios disponibles en el año 2019.

o. Resumen en portugués (hasta 1000 caracteres):

Nesta tese, abordamos as experiências de homens adultos de classe popular, a partir de entrevistas aprofundadas realizadas em 2019. Abordamos as múltiplas articulações de processos que afetam a saúde e as práticas de cuidado nos bairros da classe trabalhadora. Em particular, abordamos as relações entre território, condições materiais de vida, saúde ambiental, assistência médica e acesso à assistência médica para homens da classe trabalhadora. Além disso, consideramos os aspectos materiais e simbólicos do território que afetam o cuidado com a saúde, especialmente o estigma sócio-territorial. Também incorporamos contribuições teóricas sobre mobilidade e sua importância para a acessibilidade geográfica dos serviços de saúde. O objetivo geral que desenvolvemos é analisar as experiências de cuidado e saúde de homens adultos de classe popular de um bairro do Subúrbio Norte de Buenos Aires, levando em conta suas condições materiais de vida, idade, organização familiar, problemas sociais e ambientais do bairro em que vivem e os recursos de saúde disponíveis em 2019.

p. Resumen en inglés (hasta 1000 caracteres):

In this thesis we address the experiences of working-class adult males based on in-depth interviews conducted in 2019. We address the multiple articulations of processes that affect health and care practices in working class neighborhoods. In particular, we address the relationships between territory, material living conditions, environmental health, healthcare, and access to health care for working-class males. In addition, we consider the material and symbolic aspects of territory that affect health care, especially territorial stigmatization. We also incorporate theoretical contributions on mobility and its importance for the geographic accessibility of health services. The general objective we develop is to analyze the health care and health care experiences of adult males of popular class in a neighborhood of the Northern

Suburbs of Buenos Aires, taking into account their material living conditions, age, household organization, social and environmental problems of the neighborhood they live in and the health resources available in the year 2019.

q. Aprobado por (Apellidos y Nombres del Jurado):

Firma y aclaración de la firma del Presidente del Jurado:

Firma del autor de la tesis:

A handwritten signature in black ink, appearing to read 'AW', written in a cursive style.

Agustín David Wilner.
DNI 37837390

Agradecimientos

Este trabajo lleva una autoría individual, pero es un resultado colectivo. En primer lugar, por mi mamá, Déborah, y mi papá, Alejandro, cuyo apoyo incondicional siempre me empuja a dar un poco más, y con quiénes siempre puedo contar para compartir alegrías y descargar frustraciones. También por Dolores, que me muestra lo mejor de mí todos los días y me hace ver las cosas con amor, felicidad y un sostén absoluto, dándome energías para siempre buscar nuevos desafíos.

Bajo ningún punto de vista sería posible sin mi directora, Betina Freidin, quién me abrió las puertas del mundo de la investigación y la docencia, dedica horas a mi formación y me permite dedicarme a estas nobles y hermosas profesiones. También a Matías Ballesteros y a Mercedes Krause, que a través del trabajo colaborativo en equipo hacen que todo sea más ameno.

También por mis amigos y amigas, con quiénes siempre puedo contar para los buenos momentos y también los no tan buenos.

No quisiera dejar de agradecer a quiénes hacen posible la Maestría en Estudios Urbanos de la Universidad Nacional de General Sarmiento, que me permitió continuar mi formación en un área que me apasiona. También a mis compañeros y compañeras de cursada, que hicieron de esta una experiencia maravillosa.

Finalmente, quisiera agradecer a la Universidad de Buenos Aires, dónde pude acceder a una formación de excelencia de forma pública y gratuita, y además permitió desarrollar las investigaciones que sustentan a este trabajo. Y al Consejo Nacional de Investigaciones Científicas y Técnicas, que sustenta mi trabajo como becario doctoral y me permite seguir desarrollando mi carrera académica.

Índice

RESUMEN DE LA TESIS	7
CAPÍTULO I. INTRODUCCIÓN	10
CAPÍTULO II. ENFOQUE TEÓRICO Y ESTRATEGIA METODOLÓGICA	20
CAPÍTULO III. CARACTERIZACIÓN DEL BARRIO RECONQUISTA	38
CAPÍTULO IV. SALUD AMBIENTAL: CUIDAR LA SALUD ENTRE LA BASURA, ANIMALES SUELTOS E INUNDACIONES	64
CAPÍTULO V. INSERURIDAD, VIOLENCIA, ESTIGMA Y SALUD	78
CAPÍTULO VI. EL ACCESO A LA ATENCIÓN DE LA SALUD Y EL TERRITORIO: TIEMPO, ESPACIO Y MOVILIDAD	97
CAPÍTULO VII. CONCLUSIONES	122
REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS	133

Resumen de la tesis

En la presente tesis abordaremos las relaciones entre el territorio y el cuidado de la salud de varones adultos de clase popular en un barrio ubicado en el norte del Conurbano bonaerense. La tesis se inserta en proyectos de investigación previos y en curso, dirigidos por la Dra. Betina Freidin. También se inserta en el marco de una beca doctoral del Consejo Nacional de Investigaciones Científicas y Técnicas para el período 2019-2024, cuyo plan de trabajo se titula “Desigualdades socio-territoriales y salud: Un estudio con varones adultos de clase popular en el Conurbano norte de Buenos Aires”, con sede en el IIGG y dirigida por la Dra. Betina Freidin.

Apuntamos a dar cuenta de las múltiples articulaciones de procesos que afectan la salud y las prácticas de cuidado en barrios de clase popular. Específicamente, trataremos sobre las relaciones entre el territorio, las condiciones materiales de vida, la salud ambiental, el cuidado de la salud y el acceso a la atención de la salud de varones de clase popular. Además, consideramos los aspectos materiales y simbólicos del habitar que afectan al cuidado de la salud, especialmente el estigma socioterritorial. Incorporamos también aportes teóricos sobre la movilidad y su importancia para la accesibilidad geográfica de los servicios de salud.

El objetivo general que desarrollamos es analizar las experiencias de cuidado y atención de la salud de varones adultos de clase popular de un barrio del Conurbano Norte Bonaerense, teniendo en cuenta sus condiciones materiales de vida, la edad, la organización del hogar, las problemáticas sociales y ambientales del barrio que habitan y los recursos sanitarios disponibles en el año 2019. Para dar cuenta de este objetivo, desarrollamos una estrategia metodológica cualitativa basada en la realización de entrevistas en profundidad con varones adultos residentes en el barrio, realizadas en el año 2019, especialmente en la zona más postergada del mismo. Con el objetivo de contextualizar los datos cualitativos, incorporamos una descripción cuantitativa del barrio en el que toma lugar el estudio. Para ello analizamos datos del Censo Nacional de Población, Hogares y Viviendas del año 2010 a partir de la plataforma REDATAM, así como los datos georreferenciados a nivel de radio censal confeccionados por la plataforma Poblaciones del Observatorio Social de la Deuda Social Argentina (UCA-CONICET), también en base a datos del censo 2010.

El análisis se estructura en tres capítulos. En el primero analizamos las relaciones entre salud ambiental, especialmente la presencia de basura en la vía pública y las consecuencias para el cuidado de la salud de los entrevistados. Damos cuenta de cómo los entrevistados perciben la problemática ambiental del barrio y los riesgos a los que están expuestos, considerando como afectan su salud y la de su grupo familiar. Consideramos estudios previos en otros barrios y trabajos previos del equipo de investigación realizados en etapas anteriores de trabajo de campo para profundizar sobre esta temática.

El segundo capítulo trata sobre las experiencias de inseguridad y de violencia interpersonal, considerando las consecuencias de vivir directa o indirectamente episodios de inseguridad, las prácticas de protección personal, familiar y de bienes. Contemplamos las consecuencias para el cuidado de la salud a través de su impacto en la vida social, el desarrollo de prácticas de cuidado en el espacio público y problemáticas de salud mental como altos niveles de ansiedad y/o estrés crónico. Incorporamos también aspectos simbólicos de la vida en el barrio y las consecuencias sobre las prácticas de cuidado de los entrevistados, especialmente en torno a las vivencias de estigmas socioterritorializados. Consideramos las relaciones entre vivir en una zona estigmatizada, la identidad y la autopercepción de sí, y cómo esto afecta a la salud a través de diversas dimensiones.

En el tercer capítulo abordamos las relaciones entre movilidad y acceso a los servicios de salud a partir de las experiencias de atención de los entrevistados. Priorizamos como el territorio condiciona el acceso a la atención de la salud a partir de la ubicación de los efectores de salud y las posibilidad y prácticas de movilidad de los entrevistados, contemplando aspectos de la segregación residencial que implican dificultades para trasladarse en el barrio y por fuera de él. Aquí consideramos las distintas etapas del ciclo vital de los entrevistados, agrupándolos en dos grupos para dar cuenta de la relación con los servicios de salud: el de los varones más jóvenes y de los varones adultos.

Concluimos retomando la discusión teórica sobre las relaciones entre territorio y salud, tanto desde aspectos materiales como desde los simbólicos y sociales. Discutimos posibles líneas futuras de investigación en la temática, considerando especialmente cómo dar cuenta del carácter acumulativo y superpuesto de las desigualdades socio-territoriales en salud.

Capítulo I. Introducción

El presente trabajo tiene por objetivo analizar las experiencias de cuidado y atención de la salud de varones adultos de clase popular de un barrio del Conurbano Norte Bonaerense, teniendo en cuenta sus condiciones materiales de vida, la edad, la organización del hogar, las problemáticas sociales y ambientales del barrio que habitan y los recursos sanitarios disponibles. Específicamente, analizamos cómo perciben y evalúan la situación ambiental y social del barrio, con especial énfasis en los riesgos a los que están expuestos y los estigmas socioterritoriales que pesan en ciertas zonas del mismo. Indagamos como estas situaciones afectan su salud, directa e indirectamente, y las estrategias de cuidado que han podido implementar. Respecto del acceso a los servicios de salud, focalizamos en los aspectos geográficos y las demandas de movilidad que implican para los entrevistados despliegan. Abordamos estas temáticas a partir de entrevistas cualitativas en profundidad con varones residentes en el barrio realizadas en el año 2019.

Este trabajo se inserta dentro de una línea de trabajo más amplia en el barrio, comenzada en 2015, e incluye experiencias previas de investigación que informan la perspectiva conceptual y metodológica de este estudio, complementando las entrevistas realizadas con los varones en el año 2019. Corresponden a distintos proyectos UBACyT y PICT del equipo de investigación, dirigido por la Dra. Betina Freidin en el Instituto Gino Germani de la UBA, que integro desde el año 2015¹. Me incorporé al equipo como asistente de investigación, posteriormente obtuve una beca de investigación UBACyT y desde el año 2019 soy becario doctoral del CONICET².

La primera etapa de investigación en el barrio se desarrolló entre el año 2015 y 2017. Consistió en la realización de grupos focales con mujeres residentes en el barrio y con entrevistas previas a referentes territoriales y a integrantes del centro de atención primaria del barrio. Entre los resultados de esta etapa analizamos las

¹ Proyecto UBACyT “Desigualdad social, cultura y salud: recursos y prácticas cotidianas frente al imperativo del cuidado” (2014-2017, 20020130100594). Proyecto UBACyT “Experiencias del cuidado de la salud en el Conurbano de Buenos Aires: desigualdad social, territorio y cultura” (2018-2021, 20020170100024BA). Proyecto PICT “Desigualdad social, cultura y salud en un barrio de la periferia de Buenos Aires” (2018-2021, 1391).

² Título del plan de trabajo “Desigualdades socio-territoriales y salud: Un estudio con varones adultos de clase popular en el Conurbano norte de Buenos Aires”

experiencias de acceso a los servicios de salud de las participantes, focalizando en los tiempos de espera para acceder a turnos programados y otras prestaciones en los efectores cercanos al barrio, y las múltiples barreras organizacionales y territoriales para acceder a los servicios públicos (Ballesteros et al., 2018; Freidin et al., 2019). También nos centramos en sus experiencias y visiones frente los riesgos ambientales a las que están expuestas ellas y sus familias en el barrio, y en la vivencia de la estigmatización socioterritorial y cómo afecta la salud (Freidin et al., 2018; 2020a).

La segunda etapa de trabajo de campo del equipo de investigación se desarrolló en los años 2019 y 2020, y se basó en la realización de nuevas entrevistas con el equipo del Centro de Atención Primaria de la Salud (CAPS). Analizamos a partir de estos materiales cómo los integrantes del equipo evaluaban el funcionamiento del CAPS y de la red de salud en la que está inserto, los problemas de articulación con otros efectores de mayor complejidad y los faltantes de medicamentos en el contexto de la crisis social y económica de los años posteriores (Freidin et al., 2020b).

Esta tesis complementa y amplía los análisis previos del equipo centrados en las mujeres, al focalizarse en las experiencias de varones adultos residentes del barrio. A su vez, el conocimiento previo sobre el funcionamiento del CAPS y de los servicios con los que interactúa a través de la red asistencial territorial permite contextualizar las experiencias de los entrevistados con los servicios de salud, al tiempo que el análisis de los relatos de los entrevistados aporta la perspectiva de los usuarios con los efectores. Desde el punto de vista teórico, en esta tesis se privilegia una perspectiva socio-territorial para el análisis de los determinantes sociales de la salud que enmarcan las experiencias de los varones, que se articula con una perspectiva micro-social que recupera la capacidad de acción de los sujetos y las familias, aún en circunstancias de vida caracterizadas por enormes desventajas estructurales.

La organización del trabajo es la siguiente. En el capítulo II, desarrollamos el enfoque conceptual y la estrategia metodológica del estudio, dando cuenta de las múltiples articulaciones entre territorio y salud en las dimensiones de análisis ya mencionadas. Luego, en el capítulo III describimos cualitativa y cuantitativamente el barrio donde se desarrolla el estudio a través de datos provenientes del Censo Nacional de Población y Viviendas del año 2010. El capítulo IV marca el comienzo de la sección analítica, donde analizamos las relaciones entre salud ambiental,

especialmente la presencia de basura en la vía pública y las consecuencias para el cuidado de la salud a través de los relatos de los entrevistados. Damos cuenta de cómo los entrevistados perciben la problemática ambiental del barrio y cómo afecta a la valoración del espacio que habitan, considerando como afecta su salud y la de su grupo familiar. Para ello, consideramos estudios previos en otros barrios y trabajos previos del equipo de investigación realizados en etapas anteriores de trabajo de campo en el barrio para profundizar sobre esta temática.

El capítulo V trata sobre las experiencias de inseguridad y de violencia interpersonal. Allí consideramos las consecuencias de vivir directa o indirectamente episodios de inseguridad, y las estrategias de protección personal, familiar y de bienes que se desarrollan como respuesta. Contemplamos las consecuencias para el cuidado de la salud de estas situaciones a través de su impacto en la sociabilidad, las posibilidades de desarrollar prácticas de cuidado en el espacio público, y problemáticas de salud mental, en especial el estrés crónico. Incorporamos también aspectos simbólicos de la vida en el barrio y las consecuencias para la salud, especialmente en torno a las vivencias de estigmas socioterritorializados. Consideramos las relaciones entre vivir en una zona estigmatizada, la identidad y la autopercepción de sí, y cómo esto afecta a la salud a través de diversas dimensiones.

En el capítulo VI abordamos las relaciones entre movilidad y acceso a los servicios de salud a partir de las experiencias de atención de los entrevistados. Priorizamos como el territorio condiciona el acceso a la atención de la salud a partir de la ubicación de los efectores de salud y las posibilidad y prácticas de movilidad de los entrevistados, contemplando aspectos de la segregación residencial que implican dificultades para trasladarse en el barrio y por fuera de él. Aquí consideramos los distintos momentos del ciclo vital de los entrevistados.

El capítulo VII marca el final de este trabajo, donde se retoma la discusión teórica sobre las relaciones entre territorio y salud, tanto desde aspectos materiales como desde los simbólicos y sociales. Discutimos posibles líneas futuras de investigación en la temática, considerando especialmente cómo dar cuenta del carácter acumulativo y superpuesto de las desigualdades socio-territoriales en salud.

La evolución socioterritorial del Conurbano bonaerense: urbanización y condiciones de vida de la población

Las experiencias relatadas por los entrevistados se desarrollan en el contexto de la segregación socio-espacial, que condiciona su acceso a recursos e implica la superposición de problemáticas ambientales y sociales. Para ello, es necesaria una breve reconstrucción de la evolución histórica y territorial del conurbano bonaerense, para dar cuenta de los procesos de largo alcance que contextualizan y determinan las experiencias cotidianas de los entrevistados y su relación con su salud. A nivel general, los patrones de urbanización y suburbanización en Argentina pueden entenderse como un resultado de la relación entre patrones de ocupación socio-espacial y modelos generales de desarrollo (Torres, 1993; Svampa, 2001). De acuerdo con Torres (1993), puede identificarse una primera etapa de crecimiento urbano y poblacional del conurbano bonaerense hasta la década del '60, favorecido por políticas redistributivas como los loteos populares y el crecimiento de la red de ferrocarriles y de la actividad industrial, que motivo el desplazamiento de las clases populares y medias hacia distintas zonas del Conurbano. Los menores costos del proceso de urbanización se reflejan en mayores tiempos de viaje, una menor calidad de urbanización y menores costos de la construcción de la vivienda, frecuentemente autoconstruida (Di Virgilio, Arqueros y Guevara, 2015). Las urbanizaciones populares de entonces carecían además de servicios básicos de saneamiento y transporte (Di Virgilio, 2015).

A comienzos de los '70s comenzarían a revertirse estas tendencias a partir del cambio del modelo de acumulación, pasando al modelo de acumulación financiera, que impulsó la desregulación económica y del comercio exterior, impulsando el desarme del esquema sustitutivo. En el aspecto territorial, a partir de los años '90s se consolida en Argentina –y en América Latina en general– el rol del capital privado como agente ordenador del territorio (Cicolella, 2012). Durante esta década también se consolida la migración de los sectores medios y altos hacia la segunda y tercera corona del conurbano bonaerense, fundamentalmente impulsada por el rediseño de las redes de autopistas y la construcción de centros comerciales destinados a estos sectores, así como la proliferación de urbanizaciones cerradas (Maceira, 2012; Suárez et al., 2009; Cicollella, 2012). Como resultado, se da un incremento de la segregación y fragmentación socioespacial a partir de la institución de dos lógicas

paralelas de urbanización: la lógica del mercado (expresada particularmente en las urbanizaciones cerradas) y lógica de la necesidad (expresada en los asentamientos precarios y en las distintas formas de producción social del hábitat) (Suárez et al., 2009). Además de las desigualdades en infraestructura ya mencionadas, estos tipos de urbanizaciones también difieren en cuanto a su condición ambiental. El crecimiento del capital privado como ordenador del territorio no puede separarse del aumento de las acciones represivas del Estado hacia los sectores populares a través de la erradicación o expulsión, favoreciendo el desarrollo del mercado inmobiliario con una lógica excluyente (Di Virgilio, Arqueros y Guevara, 2015).

De acuerdo con Svampa (2001), este proceso se traduce en la presencia de “ganadores” y “perdedores”, con una expresión territorial concreta. Mientras que los primeros se componen de sectores gerenciales y profesionales y otros integrantes de las clases de servicios que habitan en las crecientes urbanizaciones cerradas; los segundos integran sectores de la clase media tradicional empobrecida y las clases populares marcadas por la precarización laboral. Este contexto implicó que los municipios de menor poder relativo del Gran Buenos Aires –particularmente los de la segunda corona– generaran marcos normativos favorables para atraer capitales –y habitantes de mayores ingresos– hacia sus territorios, flexibilizando sus códigos de planeamiento y ofreciendo facilidades para la construcción de urbanizaciones cerradas (Prevôt Schapira y Cattaneo Pineda, 2008). En paralelo, se da un incremento en la densidad, la cantidad y la superficie ocupada por las urbanizaciones populares (Cravino, 2018). La conjunción de estas dinámicas implicó un refuerzo de los procesos de segregación socioespacial, a partir de la concentración territorial de la pobreza y de desventajas estructurales, que configuran distintos tipos de hábitat popular (Bayón, 2008). La focalización de la pobreza en contigüidad con las urbanizaciones cerradas implica la profundización de procesos de microsegregación socioespacial y la accesibilidad de las clases populares al resto de la ciudad, a partir de un proceso de “metropolización difusa” del Gran Buenos Aires (Di Virgilio, 2015; Di Virgilio, Arqueros y Guevara, 2015). Además, las urbanizaciones cerradas implican nuevos patrones de vulnerabilidad socioambiental a partir de las técnicas de construcción utilizadas, elevando las cotas de inundación en territorios focalizados a partir de la planificación selectiva (Sabatini, 1997; Suárez y Calello, 2012).

En el período de la posconvertibilidad (2003-2015) se presenta cierta recuperación en los niveles de asalarización y una recomposición de los ingresos de las clases trabajadoras y medias a partir del crecimiento económico, que duraría hasta 2008, cuando comienza a desacelerarse el ritmo de crecimiento (Dalle, 2010; Maceira, 2016). Para el período de 2011 a 2015, marcado por la ralentización de las tasas de crecimiento, la encuesta anual realizada por la ODSA (2017) señala un aumento sistemático de las tasas de pobreza, con una persistencia de las tasas de pobreza extrema y con mejoras en las condiciones sociohabitacionales de los estratos más bajos. Al mismo tiempo, se verifica en el conurbano bonaerense una expansión en el acceso a los servicios básicos (agua corriente y red cloacal) y a la infraestructura urbana (ODSA, 2017). No obstante, Segura (2017) apunta que la persistencia de la urbanización fragmentaria y de la segregación socioespacial pusieron un límite al proceso redistributivo, ya que implican el sostenimiento de desigualdades y desventajas para acceder a diferentes dimensiones de la vida social, así como por la menor calidad y ubicación de las viviendas. En esta línea, Goicochea y Abba (2020), señalan que entre 2003 y 2010 se verifica un aumento en los niveles de escolaridad y capacidad de subsistencia de los hogares del GBA, pero que esto no se ve reflejado en una mejora en las condiciones del hábitat en la ciudad.

Finalmente, el período 2015-2019 se refleja en una marcada caída de la actividad industrial a raíz de la apertura de importaciones, provocando un nuevo ciclo de desindustrialización en simultáneo con la caída del consumo por el deterioro del salario real (Zanotti, Schorr y Cassini, 2021). Otros rasgos característicos del ciclo fueron la devaluación de la moneda, la alta inflación, el aumento del desempleo y la tasa de subocupación (Ernst y López Moureló, 2020). En este sentido, se desarrolló una crisis laboral marcada por el cierre de empresas y fábricas, los despidos y las suspensiones (Zanotti, Schorr y Cassini, 2021). A pesar del aumento de la pobreza por ingresos como consecuencia de la crisis económica, se registran en este período algunas mejoras en el acceso a bienes no monetarios como los servicios públicos, la calidad de la vivienda y el acceso a los servicios de la salud (ODSA, 2020). La crisis económica se presenta específicamente a partir del año 2018 y se profundiza en el año 2019 (Pastrana y Trajtenberg, 2020), profundizando la caída del empleo y los salarios. De esta manera, el ciclo 2015-2019 impactó de forma particularmente

intensa en los sectores menos favorecidos de la sociedad, aumentando la desigualdad social (ODSA, 2020).

Hábitat y salud: condiciones de vida y cuidado

Existe una variedad de estudios que se aproximan a las relaciones entre territorio y salud a distintas escalas, con particular énfasis en las condiciones ambientales y sus relaciones con la incidencia de enfermedades infecciosas y enfermedades crónicas no transmisibles, las prácticas de cuidado, la salud mental y la mortalidad, con predominancia de los estudios en países de altos ingresos (Tunstall, Shaw y Dorling, 2004; Evans y Kantrowitz, 2002; Morello-Frosch et al., 2011; Mair, Kaplan y Everton-Rose, 2011; entre otros). Además de estos factores, existen también estudios que abordan la relación entre aspectos sociales del territorio, como los hechos de inseguridad y el miedo al crimen y su relación con la salud (Stafford et al., 2007; Lorenc et al., 2012; Hanslmaier, 2013; entre otros); la relación entre vivir en un territorio estigmatizado y el estado y cuidado de la salud (Pearce, 2012; Keene y Padilla, 2014; entre otros).

En Argentina, como lo sintetizamos en (Freidin et al., 2020a), algunos ejemplos de estudios que abordan la relación entre hábitat y salud pueden encontrarse en el trabajo de Cuenya et al. (1985), quienes abordaron el acceso a los servicios de salud, en particular el primer nivel de atención, así como la prevalencia de patologías en niños y adultos, para el caso de un asentamiento informal del conurbano bonaerense. Di Virgilio (2003), por su parte, estudió la relación entre hábitat y el proceso de salud/enfermedad en un barrio vulnerable de la Ciudad Autónoma de Buenos Aires, dando cuenta las estrategias desplegadas por familias de clase popular frente a sus condiciones de salud, considerando la inserción socioocupacional heterogénea de las familias. Estudios más recientes se focalizan especialmente en los factores ambientales, haciendo énfasis en la relación entre la exposición a contaminantes ambientales y estados de salud de poblaciones vulnerables en distintos entornos urbanos de la Argentina (Auyero y Swistun, 2008; Grinberg et al., 2013; Curutchet et al., 2012; D'hers, 2013; 2017; Viego y Temporelli, 2016; Passerino, 2021; Freidin et al., 2018, entre otros). Finalmente, son menos los trabajos locales que aborden las relaciones entre los aspectos simbólicos del territorio, como el estigma territorial. Además del ya mencionado trabajo de Freidin et al. (2020a), puede mencionarse el estudio de Kessler (2012) que, si bien no aborda específicamente las articulaciones

entre estigma y salud, sí da cuenta de sus consecuencias para el acceso a recursos que afectan el cuidado.

Territorio y salud: fragmentación y acceso

Como resumimos en distintos trabajos (Ballesteros et al., 2016; Freidin et al., 2018; 2019; 2020a), en la provincia de Buenos Aires, a raíz de los procesos de descentralización y desestatización suscitados en los '90, los servicios de salud presentan un alto nivel de fragmentación y focalización. Coexisten distintas lógicas de financiamiento y prestación de la atención, expresado en tres subsectores: el público, el de la seguridad social y el privado (Tobar, 2010; Ballesteros, 2014; 2016c). La segmentación del sistema de salud implica que la población acceda a cada uno de estos sectores de acuerdo con su capacidad de pago, mientras que la fragmentación resulta en falencias en la comunicación entre efectores al interior de cada subsector (OPS, 2009). La descentralización de hospitales hacia las provincias en la década de los '90 implicó capacidades desiguales para el financiamiento de los sistemas provinciales de acuerdo con los recursos de cada provincia, a la vez que el desfinanciamiento de las obras sociales implica el “descreme” de las obras sociales o el pasaje de los usuarios de mayor capacidad de pago hacia el subsector privado, profundizando la desigualdad en la cobertura entre cada subsector (Tobar, 2012; Cetrángolo, 2014).

Cobra especial importancia la descentralización del primer nivel de atención hacia los Municipios, mientras que el segundo nivel continúa siendo administrado por la provincia. Así, existen distintas lógicas en la gestión de la salud, por lo que la oferta de servicios es altamente heterogénea (Chiara, Di Virgilio y Moro, 2009; Ballesteros, 2016b). Una de las consecuencias de esta heterogeneidad es la desigual oferta de médicos y otros especialistas en el primer nivel de atención según los Municipios, así como la inequidad entre las horas de disponibilidad de los profesionales y la población usuaria potencial (Ballesteros, 2016b; 2016c; Maceira et al., 2010). La fragmentación geográfica del sistema de salud y las características de conectividad y accesibilidad de los territorios segregados implican que los usuarios deban recorrer distancias considerables (o destinar grandes cantidades de tiempo) para resolver sus necesidades de salud, configurando movilidades vulnerables (Gutiérrez, 2009), que afectan al inicio y a la continuidad de la atención. En esta línea, De Petri et al. (2013) estiman a partir de un análisis georreferenciado los factores territoriales que inciden

en el acceso a los servicios de salud, considerando aspectos de la urbanización y la oferta sanitaria, que resultan en demandas insatisfechas de población vulnerable por dificultades relacionadas al transporte y la movilidad.

Debido a la fragmentación del sistema de salud argentino y la heterogeneidad en las características de la oferta de prestaciones, encuestas nacionales muestran que los grupos de población acceden diferencialmente a la atención médica según su inserción en el mercado de trabajo y capacidad de pago, así como el lugar donde residen; y que a mayor ingreso y educación formal, mayor es la frecuencia de la consulta médica preventiva (Maceira, 2009; López, Findling, y Abramzón, 2006; Ballesteros, 2016a; Ballesteros et al., 2016a; Freidin et al., 2019; ODSA, 2019). Analizando encuestas nacionales, Ballesteros (2016a) muestra que la posición socioeconómica, el nivel educativo y el ámbito geográfico explican el tiempo, desigual de espera para la atención (en el otorgamiento de turnos como en la sala de espera para efectivizar la atención). El mismo autor señala también que la clase trabajadora calificada constituye el segmento poblacional que menos consulta, seguidos por la clase trabajadora semi o no calificada. La posición socioeconómica se vincula con el tipo de cobertura (obra social, prepaga o pública), factor determinante en la demora resultando en una estratificación social de la espera; la mayor espera, y/o la calidad de atención disponible, implica que en ocasiones los usuarios de menos recursos tengan que trasladarse para acceder a los servicios de salud (especialmente hacia CABA) (Gutiérrez, 2009; Ballesteros 2016a; Ballesteros, Freidin y Wilner, 2016; Freidin et al., 2018). El género también influye en la relación con los servicios de salud, ya que las mujeres tienden a presentar peores estados de salud autoreferidos, mayor frecuencia en la consulta y en el diagnóstico de padecimientos de salud mental (depresión y ansiedad), disminuyendo estas diferencias en los grupos etarios más avanzados (López, Findling y Abramzón, 2006; Ballesteros, 2014; 2015; Krause y Ballesteros, 2018).

Estudios cualitativos dan cuenta a su vez de las relaciones entre clase social, género, ciclo vital y cuidado de la salud, en el contexto del aumento de la morbimortalidad por enfermedades crónicas no transmisibles y los mandatos de responsabilización de los individuos por su propio cuidado a partir de sus estilos de vida; poniendo de manifiesto como las desigualdades estructurales determinan las posibilidades de cuidado en el nivel individual y la relación con los servicios de salud

(Freidin, 2017a; Freidin y Krause, 2017). Otros estudios dan cuenta de cómo los usuarios de los servicios de salud construyen su propia perspectiva del proceso de salud/enfermedad/atención y cuidado de acuerdo con sus condiciones materiales, y las estrategias que movilizan para lograr el acceso (Sacchi, Hausberger y Pereyra, 2007; Ballesteros et al., 2016; Freidin et al., 2019; Amarilla et al., 2020).

En último lugar, datos correspondientes al 2017 muestran que el 55,8% de la población que habita en barrios de nivel socioeconómico bajo o vulnerable carece de cobertura de salud, ascendiendo este porcentaje al 61,7% en villas y asentamientos precarios (ODSA, 2018: 27). Asimismo, en 2018, el 14,7% de las personas que residen en barrios de nivel socioeconómico bajo no realiza consultas médicas anualmente, mientras que este porcentaje aumenta al 18,1% entre quienes residen en villas y asentamientos precarios (ODSA, 2019). Finalmente, a partir de 2016 se registra una mayor dificultad de los hogares para acceder a medicamentos y a la atención médica, motivado por el aumento del precio de los medicamentos y los efectos de la crisis económica sobre los niveles de consumo (ODSA, 2020).

Capítulo II. Enfoque teórico y estrategia metodológica

Enfoque teórico

Desigualdades urbanas y salud

El entorno urbano afecta todos los aspectos de la salud y el bienestar de las personas: que comen, donde viven (en términos de barrio o comunidad y habitacionales), donde trabajan, que agua beben, adónde asisten cuando tienen un problema de salud, entre otros (Galea et al., 2001). El crecimiento de la población urbana a nivel global y la concentración de la pobreza en espacios urbanos ponen en primer plano la relación entre ciudad, pobreza y salud a partir de las vulnerabilidades ambientales a las que las personas están expuestas, el desarrollo de estilos de vida no saludables y la falta de infraestructura y servicios de salud adecuados (OMS, 2010). La apropiación desigual de las oportunidades que ofrece la vida urbana (servicios sanitarios, educativos y sociales, concentración de actividad económica, entre otros) (Di Virgilio y Perelman, 2014), implica que existan grandes sectores de la población expuestos a peores condiciones socioambientales y habitacionales que afectan su salud a través de la proliferación de enfermedades infecciosas, enfermedades crónicas no transmisibles y el incremento de los accidentes, lesiones, violencia y delincuencia (OMS y ONU-Hábitat, 2010). Dado que la salud de las poblaciones urbanas se ve influida por las políticas habitacionales, de transporte, ambientales, sanitarias y la planificación urbana; la construcción de ciudades saludables se ubica como uno de los objetivos de la Nueva Agenda Urbana (OMS, 2016).

La salud se ve entonces determinada o condicionada en parte por la localización relativa de los grupos sociales en la ciudad, que implica la posibilidad de acceder a recursos materiales y simbólicos determinados, así como una experiencia distinta del entorno urbano. Por lo tanto, las prácticas de cuidado y las desigualdades en salud en el espacio urbano requieren considerar las características y la producción de desigualdades urbanas. Estas son producidas a través de condiciones estructurales (determinadas por posiciones estructurales objetivas) y en el nivel microsociedad, a partir de las experiencias cotidianas de las personas, la interacción entre sí y la

interpretación que construyen de esas experiencias, por lo que pueden caracterizarse como estructurales y dinámicas (Di Virgilio y Perelman, 2014).

En particular, la concentración espacial de población con características sociales, económicas y/o culturales similares implica procesos de segregación socioespacial, que constituyen la expresión geográfica de las desigualdades entre estos grupos (Rodríguez Vignoli, 2001). La segregación puede ser homogénea (cuando un mismo grupo se concentra geográficamente) o heterogénea (cuando convive más de un grupo en un mismo espacio, pero existen diferencias en el acceso a recursos o en sus interacciones) (Carman, Vieira y Segura, 2013). Pueden identificarse además cuatro tipos modalidades de segregación: la segregación acallada (producida directa e implícitamente por políticas de intervención en el espacio urbano que resultan en la exclusión o desplazamiento de los sectores populares); la segregación por default (marcada por los efectos socioespaciales del abandono o inacción estatal de los habitantes de zonas relegadas); la segregación presuntamente indolente o positiva (expresada por los procesos de auto-segregación de las clases altas en torres-country o urbanizaciones cerradas); y la segregación agravada (dada por la sumatoria de los distintos tipos de segregación mencionados) (Carman, Vieira y Segura, 2013).

En este marco, la segregación presenta dos caras: una geográfica y otra relacional o social. Mientras que la primera hace referencia a la concentración de la población de acuerdo con su posición socioeconómica; la segunda refiere al carácter y alcance de las relaciones e interacciones que se desarrollan entre los distintos grupos sociales que habitan en territorios segregados (Rodríguez Vignoli, 2001; Álvarez, 2011). La acumulación de situaciones de exclusión puede relacionarse con el concepto de insularización. De acuerdo con Soldano (2008), este hace referencia a la superposición de procesos de expoliación (marcados por la degradación del hábitat y los condicionamientos sobre la reproducción social de los sujetos), vulnerabilidades sociolaborales y aislamiento social (que resume el proceso de erosión y debilitamiento del capital social de las clases populares). Carman, Vieira y Segura (2013), señalan además la importancia de considerar el rol activo de la percepción subjetiva y los elementos simbólicos en la producción y reproducción de los procesos de segregación, como lo estereotipos o estigmas que, al fijar fronteras simbólicas, también afectan la interacción entre grupos sociales y el acceso a recursos. Los procesos de segregación presentan además una dinámica de retroalimentación, en

la medida que la distribución desigual de los grupos sociales en el espacio urbano conforma territorios con características también desiguales de accesibilidad y conectividad que refuerzan la segregación de los sectores excluidos (Suárez, 2011). En este sentido, la segregación residencial socioeconómica y las desigualdades sociales observadas en el nivel individual y de los hogares se refuerzan mutuamente y producen efectos sobre la salud y las posibilidades de cuidado (Diez-Roux y Mair, 2010: 125).

No obstante, deben también considerarse las redes de cooperación basadas en la reciprocidad y las vías no mercantiles de acceso a recursos para la satisfacción de necesidades y la reproducción social en las periferias urbanas. A partir del incremento de la vulnerabilidad (en el sentido de un incremento de las dificultades para lograr la reproducción de la vida), se pueden estructurar formas de producción de lo común para hacer frente a dicha vulnerabilidad (Navarro, 2015). El barrio puede ser entonces conceptualizado como un territorio donde pueden satisfacerse a través de sociabilidades, recursos y equipamientos las necesidades básicas de las personas, a partir de comunidades plurales con intereses y necesidades compartidas a partir de la proximidad (Castro-Coma y Martí-Costa, 2016). En términos de Silveira (2008), es necesario reconocer como, en el marco de la segregación socioespacial, los distintos grupos sociales articulan prácticas que construyen los “usos” del territorio. Al constituir en parte al territorio, las prácticas colectivas e individuales que se desarrollan en las periferias urbanas son relevantes para comprender la totalidad de los procesos sociales y urbanos que afectan a la salud. Así, las redes de sociabilidad de los territorios de proximidad pueden contribuir a superar obstáculos territoriales (Merklen, 2005) y obtener recursos relevantes para la salud (Freidin et al., 2018).

Es decir, el espacio es un producto social que se expresa en formas concretas (espacialidades específicas) y como relaciones entre individuos y grupos (Soja, 1984), que afectan y producen también distintos estados de salud en dichos individuos y grupos. Adoptar una concepción relacional del espacio urbano permite entonces abordar una mayor variedad de procesos que afectan a la salud, considerando las múltiples interrelaciones que se establecen a escala local, metropolitana y regional. El espacio presenta entonces un carácter polimorfo, interescalar, con relaciones mutuamente constitutivas entre territorio, lugares, escala y redes territoriales (Jessop, Brenner y Jones, 2008). Considerando su relación con

la salud, Bernard et al. (2007) definen a los barrios como redes de distribución de recursos y oportunidades espacialmente definidas que producen la salud de sus habitantes, pero cuya estructura es definida más allá de las fronteras barriales. Corburn (2017) propone al respecto una visión relacional del espacio urbano y la salud, destacando las relaciones de retroalimentación mutua entre el entorno urbano y las instituciones y procesos que le dan la forma a distintas escalas, incorporando las acciones individuales y colectivas de los grupos sociales, así como la forma en que conceptualizan el espacio.

El espacio urbano y la determinación social de la salud

El abordaje de la salud urbana lleva por tanto al análisis de las múltiples relaciones y articulaciones entre el territorio y la salud. Tanto la medicina social europea, la salud colectiva latinoamericana y la epidemiología crítica consideran al proceso de salud/enfermedad/atención y cuidado como histórica y socialmente determinado (ALAMES, 2008). La salud colectiva latinoamericana y la epidemiología crítica ponen en primer plano cómo las condiciones estructurales condicionan el acceso a bienes y servicios urbanos de acuerdo con la localización relativa en la ciudad, incidiendo en la conformación de hábitos de cuidado de la salud como parte de la racionalidad de vida de las distintas clases sociales (Menéndez, 1998). Se pone en foco así como las condiciones generales de acumulación y los marcos sociopolíticos producen y reproducen la salud y la enfermedad (Krieger, 2001).

Así, es en el territorio donde se articulan los soportes materiales y sociales para la reproducción de los distintos grupos (Blanco Gil y López Arellano, 2007: 114), incluyendo el equipamiento urbano, el acceso a los servicios de salud y transporte, el tipo y calidad de la vivienda, el medio geofísico humanizado, y las características culturales y sociodemográficas de la población. De este modo, se configuran distintos territorios-población vulnerabilizados según su nivel de calidad de vida y los riesgos potenciales para la salud (Blanco Gil y López Arellano, 2007: 106-114). Siguiendo este planteo conceptual, en los barrios concretos los grupos sociales llevan a cabo prácticas para su reproducción a partir de estilos de vida individuales y familiares, condicionados por los “modos de vida colectivos”, que incluyen hábitos saludables o perjudiciales, y configuran distintos perfiles epidemiológicos (Breilh, 2010: 89-91). La articulación compleja y multidimensional de los modos de vida colectivos junto a los

estilos de vida individuales permiten establecer perfiles epidemiológicos en el espacio urbano (Breilh, 2010).

Partiendo desde un enfoque de las desigualdades de clase, la teoría de la causa fundamental de las desigualdades en salud postula que el nivel socioeconómico de las personas puede considerarse como la base de estas desigualdades a partir de las posibilidades diferenciales de acceder y utilizar de forma flexible recursos relevantes para la atención y/o el cuidado, de manera que los sectores más desfavorecidos poseen menor capacidad de acción frente a los problemas de salud (Phelan et al., 2010). Más aún, esta relación es multicausal en la medida que la influencia del nivel socioeconómico afecta la salud a través de múltiples factores de riesgo; relación que se sostiene a lo largo del tiempo a través de distintos mecanismos intervinientes (Phelan et al., 2010). Las diferencias en el acceso a recursos resultan de las relaciones desiguales que se establecen entre los grupos sociales, al mismo tiempo que no sólo incluyen recursos materiales (vivienda, capacidad de consumo, ingresos, etc.), sino también al conocimiento y la información, el apoyo social y otras formas de capital socialmente valiosas (Muntaner et al. 2012: 166). Ahora bien, es en el territorio que se articulan las condiciones del hábitat, la disponibilidad de recursos de acuerdo con la inserción laboral y los aspectos materiales y simbólicos, influyendo la salud de los sujetos.

La dimensión espacial de las desigualdades en salud también puede abordarse desde el enfoque de los “efectos del barrio”, que utilizan estudios multinivel para evaluar los efectos del lugar de residencia sobre la salud. Desde esta perspectiva, el ambiente físico y social del barrio en donde habitan los grupos sociales con mayores desventajas estructurales se asocia con la mayor incidencia de enfermedades infecciosas y crónicas no transmisibles, la cercanía a fuentes de contaminación ambiental, la salud mental, y a las expectativas de vida saludable y la mortalidad (Diez-Roux y Mair, 2010: 127; Morello-Frosch et al., 2011; Evans y Kantrowitz, 2002; Mair, Kaplan y Everson-Rose, 2011; Freidin et al., 2018; 2020a). Los efectos del barrio sobre la salud se estructuran principalmente en dos vías: en el corto plazo, a través de la influencia sobre los comportamientos individuales, colectivos y la utilización de los servicios de salud; en el largo plazo, a partir del proceso de desgaste por la acumulación de estrés crónico, menor calidad ambiental y la menor cantidad de recursos de las clases con mayores desventajas, incrementando su vulnerabilidad a

través del tiempo (Ellen et al., 2001). La constatación de los peores estados de salud de quienes residen en áreas de menores recursos ha llevado a algunos autores a hablar de una “penalidad urbana” para la salud (Galea et al., 2001; Fitzpatrick y Lagory, 2003). Más aún, los factores sociales y ambientales de los territorios tienen efectos potencialmente acumulativos y sinérgicos sobre la salud (Morello-Frosch et al., 2011).

No obstante, la literatura de los efectos del barrio no considera los distintos espacios que las personas atraviesan en su vida cotidiana a partir de su movilidad en la ciudad, más allá del barrio que habitan, las modificaciones o transiciones en sus trayectorias vitales y afectan a las oportunidades de vida de las personas (Browning y Soller, 2014; Browning, Cagney y Boettner, 2016). Tampoco permiten –tomando las definiciones de Tunstall et al., 2004 y Fitzpatrick y Lagory, 2003– dilucidar entre diferencias entre los efectos del espacio, dado por la localización relativa en la ciudad y acceso a recursos materiales y sociales; del lugar, que refiere al conjunto de prácticas las personas desarrollan en un territorio determinado, las condiciones en las que las desarrollan y los significados que le atribuyen, para comprender las relaciones entre territorio y desigualdades en salud.

En este sentido, la producción del espacio urbano también integra una dimensión simbólica, que involucra a su vez la producción de territorios (y habitantes) con “mala” reputación. El estigma socioterritorial es producto entonces del nexo entre espacio físico, espacio social y espacio simbólico, dado por las representaciones negativas producidas por una variedad de agentes –funcionarios, periodistas, residentes de zonas aledañas y de la zona estigmatizada– sobre territorios marginales o periféricos (Wacquant, Slater y Pereira, 2014; Freidin et al., 2018; 2020a). El estigma puede entenderse también como una cristalización y simbolización del espacio social en el espacio físico, naturalizando las realidades sociales en el “mundo natural” (Bourdieu, [1993] 2007). El estigma se inscribe en las diversas formas de producción del hábitat por parte de distintos actores sociales, a partir de las cuáles emergen imaginarios que distinguen y diferencian los grupos sociales entre sí en el marco de desigualdades sociourbanas y procesos de segregación (Elorza, 2019; Freidin et al., 2018; 2020a). Si bien la reputación y las representaciones de los barrios reflejan el estatus individual de sus residentes, estas representaciones no son monolíticas, sino que difieren entre no-residentes y residentes, y también dentro de estos últimos (Permentier, 2009). En

este sentido, los residentes de áreas estigmatizadas despliegan estrategias frente al estigma que pueden rechazarlo o reproducirlo hacia otros habitantes del territorio estigmatizado (Freidin et al., 2018; 2020a). Estas pueden ir desde actitudes de sumisión, como el disimulo, el distanciamiento y la construcción de microdiferencias, la denigración lateral (el traspaso del estigma hacia otros residentes del área, despegándose individualmente), el retiro hacia el ámbito privado y familiar o la salida del barrio; o actitudes de resistencia, como la indiferencia adrede hacia el estigma, la defensa del barrio (individual o colectiva) o la inversión del estigma, exaltando los atributos positivos del barrio (Wacquant, Slater y Pereira, 2014; Freidin et al., 2018; 2020a).

El correlato subjetivo de la estigmatización de vivir en ambientes con distintos niveles de degradación presenta consecuencias negativas para la salud psicofísica de los habitantes de dichos territorios y el acceso a recursos para el cuidado (Pearce, 2012; Kessler, 2012; Freidin et al. 2018; 2020a). Así, el estigma territorial se filtra hacia las identidades de los residentes, corroyendo las identidades individuales y colectivas y afectando las estrategias de obtención de recursos (Wacquant, Slater y Pereira, 2014). Los efectos del estigma sobre la salud pueden agruparse en tres grandes mecanismos: a través del acceso a recursos que promueven la salud (o empleos para acceder a esos recursos) y protegen frente a la enfermedad; la exposición a niveles de estrés y los procesos para sobrellevarlos; y los procesos relacionados con la formación de la identidad y su manejo (Keene y Padilla, 2014). La mayor exposición a niveles de estrés que implican los territorios estigmatizados es una de las vías por las cuáles los residentes pueden alcanzar niveles de “estrés tóxico”, con efectos sobre el sistema inmunitario y la regulación hormonal –vinculada con desórdenes alimentarios (Corburn, 2017).

Género y salud

La determinación social de la salud también incluye a las relaciones de género, en tanto implica comportamientos y situaciones diferenciales frente al proceso de salud/enfermedad/atención y cuidado. Las relaciones de género se erigen sobre la construcción sociocultural de características y roles asignados a mujeres y varones para la reproducción social, que se expresan a través de actitudes, comportamientos y representaciones sociales acerca de lo masculino y lo femenino, naturalizados en

las relaciones sociales, de poder y de subordinación (Checa, 2012: 25-26). La masculinidad puede definirse entonces como una construcción cultural y relacional, que implica una posición específica dentro de las relaciones de género, prácticas a través de las cuáles se expresa y efectos determinados de esas prácticas que se expresan en la construcción identitaria de los sujetos y en la esfera social (Faur, 2004). Así, surgen modelos de masculinidad hegemónica que movilizan una definición sobre la forma “adecuada” de ser hombre –frecuentemente asociada a roles como los de proveedor económico, ser (hetero)sexualmente activo, padre y a atributos como la racionalidad y el “control” de la emoción, el éxito económico, entre otros–, a partir de la cual los sujetos construyen simbólicamente y materialmente su propia identidad masculina, pudiendo distanciarse o acercarse más a ese modelo de acuerdo con las prácticas materiales y discursivas (reflexivas o no) de la vida cotidiana (Connell y Messerschmidt, 2005). Este acercamiento o distanciamiento lleva a diversos autores a remarcar la existencia de múltiples masculinidades y feminidades, buscando evitar el binarismo de las representaciones hegemónicas de género y el tratamiento de hombres y mujeres como grupos homogéneos (Rieker, Bird y Lang, 2012; Hammarström et al., 2013; Freidin, 2017a; Freidin y Krause, 2017). Esto también implica reconocer las jerarquías que se establecen entre las distintas masculinidades, que, como construcciones sociales e históricas, también están sujetas al cambio (Connell y Messerschmidt, 2005).

El género también implica diferencias en los patrones de morbilidad y mortalidad y en las decisiones sobre cuidado y atención que toman las personas a partir de los distintos constreñimientos que los roles de género imponen a las personas para realizar prácticas de cuidado (Rieker, Bird y Lang, 2012; Freidin 2017a; Freidin y Krause, 2017). Las relaciones de género también ubican a hombres y mujeres en distintas esferas de la actividad laboral (Checa, 2012; Gómez-Gómez, 2002), condicionando diferencialmente el acceso a recursos, los roles sociales y la disponibilidad de tiempo para el cuidado (Ballesteros, Freidin y Wilner, 2021).

Para los hombres, la socialización de género refuerza las conductas de riesgo para la salud, fomentando “comportamientos propios de los hombres”, basados en la virilidad, la fuerza y la valentía (Figuroa Perea, 2007; Muñoz Franco, 2012). En este sentido, la construcción social de las masculinidades se corporiza de distintas maneras, movilizandando distintas concepciones y usos del cuerpo de los hombres (el

cuerpo como arma, como herramienta de trabajo, entre otros) (Connell y Messerchmidt, 2005; Hammarström et al., 2013), que a su vez se relacionan con distintas situaciones de salud y prácticas de cuidado (Freidin 2017a; Freidin y Krause, 2017). Estas diferencias se relacionan con necesidades de cuidados diferenciales, la asunción de riesgos y actitudes frente a la prevención, y con factores institucionales que refieren a sesgos en la provisión de servicios y a la mayor medicalización de los procesos biológicos de las mujeres por los profesionales de la salud (Gómez-Gómez, 2002; Bell y Figert, 2012; Freidin 2017; Freidin y Krause, 2017).

El modo en que se construyen las relaciones de género también varía de acuerdo con las diferentes culturales locales (producto de las interacciones entre relaciones locales y globales), que condicionan la construcción simbólica del espacio, las identidades de los sujetos y las prácticas que articulan en él, donde las relaciones de poder y control juegan un papel central (Massey, 1994). En este sentido, Berg y Longhurst (2003) señalan el carácter temporal y geográficamente contingente de las masculinidades, considerando la multiplicidad de prácticas, relaciones y contextos que las constituyen. Esto resulta en la construcción de ciertos espacios como propios de un género que resultan en distintas formas de habitar el espacio –cristalizados en la forma urbana– y en las prácticas que se realizan en el espacio público y privado, a la vez que refuerzan las desigualdades de género (Spain, 2014). Así, las identidades de género se construyen a través de prácticas que implican distintos usos del espacio, que lo constituyen parcialmente y que afectan el modo en que se percibe el territorio y los riesgos (naturales y sociales) asociados a lugares específicos. Incorporar las interrelaciones entre género y espacio urbano, particularmente en contextos de mayor vulnerabilidad socioambiental, permite entonces abordar la interseccionalidad de las desigualdades de género (Hammarström et al., 2013; Freidin et al. 2021), en este caso, con referencia a la salud y a las prácticas de cuidado.

Movilidad y accesibilidad a los servicios de salud

Por otra parte, los grupos sociales y las personas tienen capacidades diferenciales de movilizarse a través del espacio urbano, en función de una variedad de atributos que se estructuran a nivel micro, meso y macrosocial; y que pueden influir en el acceso a recursos importantes para el cuidado, en el acceso a la atención de la salud e incluso en la posibilidad de mantener o acceder a empleos. Kaufmann, Bergman y

Joye (2004) proponen el concepto de *motilidad* (*motility*) para hacer visibles las capacidades de los distintos grupos sociales para movilizarse a través del espacio. Así, plantean que dichas capacidades varían de acuerdo con el acceso (el rango de posibilidades de movilidad de acuerdo con el lugar, tiempo y las barreras contextuales); la competencia (habilidad física, habilidades adquiridas –conocimiento de reglas y recursos–, habilidades organizacionales –capacidad de planificar y llevar a cabo esa planificación); y la apropiación (como los actores interpretan y se apropian de su rango de posibilidades) (Kaufmann, Bergman y Joye, 2004). Las prácticas de movilidad pueden entonces entenderse a partir de la intersección no lineal de las condiciones sociales de los hogares, los individuos, sus lugares de residencia y las conexiones metropolitanas (Blanco y Apaolaza, 2018).

Si se entiende a la movilidad como una práctica social de viaje que combina deseos y necesidades de desplazamiento con la capacidad de satisfacerlos, y que está influida por factores físicos, ambientales y sociales (Gutiérrez, 2009); puede establecerse que habitar en barrio segregado impone obstáculos adicionales a la movilidad, dada la menor disponibilidad de transporte público, la menor infraestructura vial y los factores que restringen la circulación por el espacio urbano (eventos de inseguridad, por ejemplo). Dado que movilizarse de un punto a otro requiere, además de las capacidades ya mencionadas, disponer del tiempo necesario para realizar el trayecto, la disponibilidad de tiempo se ubica como un factor determinante para las prácticas de movilidad. Los mayores tiempos de traslado pueden contribuir a la falta de tiempo libre en general, puede ser entendida como “pobreza temporal” (*time poverty*), con efectos potenciales para el cuidado de la salud (Strazdins et al., 2015). En este sentido, las prácticas de movilidad se ven condicionadas por las desigualdades socioterritorial y se retroalimentan entre sí (Blanco y Apaolaza, 2018), y afectan al cuidado de la salud por distintas vías. Se configuran de esta manera movilidades vulnerables, caracterizadas por el riesgo de continuidad, reducción o deterioro de las prácticas sociales de viaje, haciendo que la movilidad de algunos grupos sociales se torne frágil o se debilite (Gutiérrez, 2009). La movilidad de las personas a través de la ciudad es así afectada por la existencia de fronteras materiales y simbólicas (Di Virgilio y Perelman, 2014). Es decir, quienes habitan en barrios segregados no solo cuentan con una menor disponibilidad de recursos (materiales y sociales) donde desarrollan su vida cotidiana, sino que también

presentan movilidades vulnerables, marcadas por los obstáculos que impone el territorio (Ballesteros et al., 2016; Freidin et al., 2019). Las consecuencias de esta vulnerabilidad pueden hacerse presentes en diversas dimensiones de la vida cotidiana, entre ellas, el cuidado y la atención de la salud, o la posibilidad de acceder a y mantener empleos.

Las prácticas de movilidad se relacionan directamente con la accesibilidad geográfica a los servicios de salud, en tanto el acceso a la atención requiere del desplazamiento de las personas para poder acudir a los servicios. La dimensión territorial del acceso a la atención incluye dimensiones como la accesibilidad determinada por factores institucionales (incluyendo los procedimientos administrativos), la continuidad de la atención brindada por el equipo de salud, la integralidad de las respuestas sanitarias según las necesidades de los pacientes, el grupo familiar y la comunidad, y la coordinación asistencial entre los distintos efectores (Chiara, 2016). Sin embargo, es necesario también considerar otros tipos de barreras, que pueden acarrear consecuencias indirectas como tener que viajar más tiempo (y gastar más) para acudir a otro efector o incluso la búsqueda de otras alternativas por parte del usuario ante la falta de respuesta de los efectores más próximos a su lugar de residencia (Ballesteros et al., 2016; Freidin et al., 2019).

Como señalamos en Ballesteros et al. (2016) y Freidin et al. (2019), Pechansky (citado en Ricketts y Goldsmith, 2005: 275) propone una tipología de 5 dimensiones en las que pueden ser agrupadas las barreras en la búsqueda de atención: disponibilidad (volumen de profesionales y efectores de salud), accesibilidad (relación geográfica entre los servicios y usuarios potenciales), organización (horarios de atención, tiempos de espera y aquellas cuestiones que hacen a la facilidad con la que los usuarios pueden acceder a la atención), coste (requerimientos de pago por parte los servicios en relación a la capacidad de pago de los usuarios) y aceptabilidad (actitudes de los usuarios hacia el sistema de salud y viceversa). En términos específicamente espaciales, Guagliardo (2004) integra las dimensiones de disponibilidad y accesibilidad en el concepto integrador de “accesibilidad espacial”, el cual pone de relieve la relación entre la disponibilidad geográfica de los servicios y los profesionales de la salud, con los requerimientos de movilidad de la población, no sólo en términos de distancia física, sino también en términos temporales, y que afecta la probabilidad de acceso a la atención. Los requerimientos en términos de

espera, desplazamiento y costo de transporte constituyen una barrera para el cuidado de la salud (Restrepo Zea et al., 2014; Stradznis et al., 2015; Ballesteros et al., 2016; Freidin et al., 2019), pudiendo empeorar el estado de salud de los potenciales usuarios, generar ansiedad y sufrimiento adicional, y disuadirlos de buscar atención especializada (Lindelov et al., 2015; Ballesteros et al., 2016).

Finalmente, las prácticas de movilidad y el despliegue de recursos que estas representan pueden entenderse como parte del trabajo que los usuarios de los servicios de salud realizan para lograr el acceso a la atención. Siguiendo a Dixon-Woods et al. (2006) los servicios de salud determinan la elegibilidad (*candidacy*) de los usuarios para acceder a la atención, aunque también los usuarios intervienen en esta construcción a partir de sus estrategias de autopresentación y la selección de los efectores a los cuáles acudir. Así, las prácticas de movilidad se constituyen como una de las dimensiones en las cuáles se despliega esta elegibilidad y a partir de la cuál los usuarios construyen (parcialmente) el acceso a la atención a partir de su capacidad de agencia.

En conclusión, en el territorio se articulan de forma compleja y múltiples diversos factores a nivel micro, meso y macrosocial que repercuten en las prácticas de cuidado de las personas. Así, es necesario reconocer el carácter multiescalar y relacional del territorio, que implica que los sujetos construyan sus prácticas de cuidado en contextos que no pueden determinar por sí mismos, ya que su constitución está condicionada por procesos que se dan más allá de las “fronteras” del barrio. La disponibilidad de recursos materiales y sociales en el territorio de proximidad, la posibilidad de acceder a empleos registrados, la exposición a factores ambientales y sociales, la capacidad para desplazarse a través del territorio para satisfacer diversas necesidades así como la disponibilidad de tiempo para el cuidado se articulan y contribuyen a configurar los modos de vida colectivos en el espacio urbano, condicionando la conformación de hábitos y prácticas de cuidado de la salud. Incorporar una perspectiva procesual del proceso de salud, enfermedad, atención y cuidado y su determinación social, permite considerar como influye la articulación de los factores antes mencionados en cada una de las dimensiones del PSEAC. Asimismo, estas dimensiones presentan efectos diferenciales a lo largo de la vida de

los sujetos, condicionando distintos estados de salud de acuerdo con la etapa del curso de vida en que se producen. Esto requiere considerar las transformaciones territoriales y la capacidad de agencia de los sujetos como mediadora de los efectos de esas transformaciones. Por otra parte, cabe destacar de la articulación material y objetiva de las desigualdades en el espacio urbano con las representaciones e interpretaciones que hacen los sujetos sociales sobre ellas, permitiendo relacionar la percepción subjetiva de estas desigualdades con las prácticas y hábitos de cuidado.

Las relaciones entre salud y territorio no pueden comprenderse acabadamente sin incorporar los roles e identidades de género como una dimensión de análisis. Así, debe considerarse como los roles de género se construyen a través de prácticas espacializadas y el efecto particular de esas prácticas sobre las prácticas de cuidado de la salud. La construcción de roles hegemónicos resulta particularmente importante, puesto que puede determinar la exposición a riesgos particulares para la salud en el espacio público así como el condicionamiento del desarrollo de prácticas de cuidado. Además, los roles de género implican una relación diferente con los servicios de salud y con las y los trabajadores de los servicios, condicionando la indicación de tratamientos terapéuticos y la constancia de los contactos. Es decir, el género se ubica como un determinante social de la salud, pero también de las relaciones que se construyen en el territorio.

Por último, el análisis de las relaciones entre territorio y salud incluye a los servicios de salud. En concreto, su accesibilidad geográfica y su asociación con otras barreras de acceso –con sus consecuencias en términos de necesidades de movilidad o de disponibilidad efectiva de la oferta de servicios de salud– resultan fundamentales para comprender las estrategias de acceso que desarrollan los sujetos en el contexto de restricciones y recursos territorialmente definidos. Las prácticas de movilidad se ubican entonces como una dimensión de peso al momento de considerar el acceso a la atención de la salud.

Estrategia metodológica

La selección del barrio en el que realizamos el trabajo de campo corresponde al desarrollo de investigaciones previas y en curso, como lo señalamos en la introducción, a través del cual forjamos junto al equipo de investigación vínculos de confianza tanto con miembros del Centro de Salud, referentes barriales y distintas organizaciones sociales. Si bien se trata de un barrio de clase popular con una importante estratificación interna y espacial, en este trabajo nos focalizamos en el “peor lado” del barrio (ver descripción en capítulo siguiente) lo que permitirá identificar microdiferenciaciones en el territorio de proximidad y qué rol juega la desigual provisión de infraestructura urbana en dichas prácticas y cómo los entrevistados desarrollan prácticas de cuidado de acuerdo con los recursos de los que disponen en esta escala. Los proyectos contaron con el aval del comité de ética del Instituto de Investigaciones Gino Germani, y se utilizaron formularios de consentimiento informado donde constaban los objetivos del estudio y el compromiso de preservar el anonimato y la privacidad de los entrevistados y del barrio.

El estudio asume las características de un estudio de caso. Los estudios de caso resultan adecuados para el estudio de fenómenos en profundidad en su “contexto real” y en los que la relación entre fenómeno y contexto es difusa (Yin, 2018). Nuestra investigación apunta a la identificación de las múltiples relaciones entre territorio y salud en el contexto de un barrio específico, considerando que el contexto barrial y “extra-barrial” no puede distinguirse netamente por la naturaleza multiescalar del territorio. Siguiendo a García (2006), asumimos la naturaleza compleja de las relaciones entre territorio y salud a partir de su interdefinibilidad y dependencia mutua, que implica descartar la noción de causalidad directa entre fenómenos complejos, priorizando la identificación de condiciones de surgimiento. De esta forma, en los términos de Schwandt y Gates (2018) se combinan definiciones del caso como un objeto dado (el barrio), pero también como un constructo teórico, en tanto se “recortan” las múltiples relaciones que determinan el territorio en un lugar determinado con el objetivo de analizar las relaciones entre características socioterritoriales y la salud. En línea con los principios de la investigación cualitativa (Taylor y Bogdan, 1987), la selección del caso no apunta a la generalización de los resultados hacia barrios de características similares, sino a la comprensión de las relaciones teórico-

empíricas entre territorio y salud, que van más allá de las experiencias particulares de los entrevistados.

En concreto, los datos a partir de los cuales se desarrolla este trabajo provienen principalmente de siete entrevistas en profundidad con varones residentes en el barrio, realizadas entre octubre y diciembre del año 2019. La utilización de entrevistas en profundidad resulta una elección adecuada para el tema bajo estudio debido a que permiten acceder a la perspectiva subjetiva de los entrevistados, así como a datos de sus biografías. En su modalidad semi-estructurada, las entrevistas permiten además abordar una variedad de temas y facilitan un mayor control para el entrevistador sobre la conversación de modo tal de poder acceder a descripciones, propósitos e interpretaciones de los entrevistados (Brinkmann, 2018). Las entrevistas fueron grabadas en formato digital con el correspondiente consentimiento de los entrevistados y fueron desgravadas *verbatim* para su posterior análisis.

El equipo de investigación participó en su conjunto de la realización de las entrevistas, priorizando que siempre hubiese al menos uno de los dos hombres del equipo en cada una de ellas, a fin de facilitar el *rapport con* los entrevistados por su condición de género, que podría haber implicado ciertas reticencias a compartir aspectos de su salud con mujeres. Accedimos a entrevistar a cuatro de los entrevistados a través de un bachillerato popular ubicado en el barrio. Accedimos a los demás entrevistados a partir de los vínculos preexistentes del equipo de investigación con referentes barriales. El trabajo de campo fue interrumpido por la irrupción de la pandemia por COVID-19, que impidió la realización de nuevas entrevistas presenciales en el año 2020. La imposibilidad de realizar trabajo de campo presencialmente, sumada a la vulnerabilidad socioeconómica de los potenciales entrevistados, su falta de recursos tecnológicos y la falta de infraestructura general del barrio imposibilitó seguir el trabajo de campo por vías virtuales.

En las entrevistas preguntamos acerca cuestiones referidas a la situación de salud de los entrevistados (qué problemas de salud tenían y si tomaban medicación o debían acudir regularmente a los servicios de salud), sus prácticas de cuidado y sus percepciones sobre la situación social y ambiental del barrio. En línea con el diseño interactivo y flexible de la investigación cualitativa (Maxwell, 1996; Huberman, Miles y Saldaña, 2014; Freidin, 2017), la guía de entrevista y los temas abordados fueron variando a medida que se desarrollaba el trabajo de campo, con el objetivo de abordar

los temas emergentes surgidos en los relatos de los entrevistados. También abordamos su situación laboral y la organización del hogar, específicamente cómo estas dimensiones se relacionaban con la disponibilidad de tiempo para el cuidado de su salud. Luego de cada entrevista, confeccionamos memos. Estos memos nos permitieron para ir sintetizando los temas surgidos y contextualizar y avanzar con el análisis preliminar.

Integramos un apartado descriptivo del barrio en dónde toma lugar el estudio. La integración de múltiples fuentes de datos es un rasgo distintivo de los estudios de caso, en tanto permiten reconstruir la relación entre el fenómeno bajo estudio y aspectos contextuales (Yin, 2018). En el capítulo siguiente, se desarrolla en primer lugar una descripción cualitativa del barrio a partir de la experiencia de trabajo de campo y de experiencias previas en el barrio a lo largo de proyectos de investigación previos, sumando fotografías y datos provenientes de notas de campo. También se incorpora una descripción cuantitativa a partir de datos del Censo Nacional de Población, Hogares y Viviendas del año 2010 y a partir de la plataforma Poblaciones (UCA-CONICET), que procesa datos también del Censo 2010 a nivel del radio censal, aportando indicadores de distinto tipo. La presentación de estos datos se realiza en tres niveles de agregación: para la totalidad del Partido; la totalidad del barrio; y para la zona más postergada del mismo, conocida como el “fondo”. Para la reconstrucción de esta última zona, se seleccionaron los radios censales que mejor se ajustaran a la delimitación que los mismos residentes del barrio reflejan en sus relatos. De allí que el ajuste entre la delimitación de dicha zona por los mismos residentes y la que permiten realizar los radios censales no necesariamente se corresponden de forma perfecta. Sin embargo, estas permiten un acercamiento a las diferencias sociodemográficas y habitacionales entre cada uno de los niveles de agregación mencionados. Para ello, se toman tres unidades de análisis: las viviendas, los hogares y la población. Estos elementos permitirán contextualizar los datos provenientes de las entrevistas realizadas.

Las experiencias previas de trabajo de campo en el barrio, como ya lo señalamos, también informan este trabajo, dándole un carácter de bricolaje –propio de la investigación cualitativa (Denzin, 2005)–, a partir de la integración de distintas fuentes de datos y de relatos provenientes de las previas del equipo de investigación.

El análisis de los datos, en línea con Miles, Huberman y Saldaña (2014), se estructuró en dos ciclos de codificación una vez hechas las 7 entrevistas. El primero de ellos se basó principalmente en la utilización de códigos descriptivos y algunos códigos *in vivo*. El segundo ciclo de codificación se basó en la identificación de patrones y asociaciones entre los códigos del primer ciclo, con el objetivo de identificar ejes de análisis a partir de la búsqueda de temas y patrones (Coffey y Atkinson, 2003). En términos de Strauss y Corbin (2002), la primera etapa consistió en un proceso de codificación abierta, asignando conceptos o códigos *in vivo* a fragmentos de las entrevistas, con el objetivo de identificar sus principales temas; mientras que la segunda etapa consistió en la identificación de relaciones entre los códigos construidos en la primera etapa para así identificar ejes temáticos en base a las preguntas de investigación.

La codificación y el análisis siguió entonces los principios del análisis temático, caracterizado como iterativo, relacional y dinámico. La codificación de los datos se realizó a través del programa *Atlas.Ti* con la participación conjunta del equipo de investigación. A partir de la codificación, se construyeron ejes temáticos, que permitieron su posterior análisis y la selección de fragmentos *verbatim* para incluirlos en el cuerpo de este trabajo. El análisis también integró matrices cualitativas para distintos ejes temáticos, contribuyendo a la sistematización de los datos a partir del ordenamiento temático y secuencial de fragmentos *verbatim* y/o resúmenes de los relatos de cada entrevistado, permitiendo reconstruir lo específico de cada caso y patrones de recurrencias entre los casos (Freidin, 2017b).

Partiendo de estos datos, analizamos en primer lugar la percepción de los entrevistados acerca de la problemática ambiental del barrio, tomando en consideración cómo despliegan estrategias para evitar los efectos perniciosos de dichas problemáticas, y cómo estas estrategias se reflejan en sus prácticas de cuidado de la salud. En segundo lugar, abordamos cómo los entrevistados perciben los estigmas que pesan sobre distintas partes del barrio y sus habitantes, así como su vivencia de los episodios de inseguridad recurrentes en el barrio y su percepción del ambiente social del mismo; considerando cómo esto afecta al cuidado de su salud. Finalmente, damos cuenta de sus experiencias de acceso a la atención de la salud con foco en su aspecto territorial. Específicamente, identificamos que papel juega la accesibilidad geográfica de los servicios de salud y su relación con las estrategias de

movilidad en sus experiencias de atención. Todas estas dimensiones de análisis serán consideradas de acuerdo con la etapa del ciclo vital en la que se encuentra cada uno de los entrevistados. En todos los ejes, cuando fue posible, comparamos los relatos de mujeres del barrio, analizados en los trabajos anteriores del equipo de investigación.

Capítulo III. Caracterización del barrio Reconquista

El Barrio Reconquista

El Barrio Reconquista se ubica en el segundo cordón del norte del Conurbano Bonaerense, a aproximadamente 30 minutos de viaje en transporte público desde el centro del Partido en el que se ubica. Está rodeado de urbanizaciones cerradas al oeste, al sur y al norte. De este a suroeste está delimitado por el Río Reconquista, del cuál se desprende un arroyo que atraviesa al barrio. Hay tres vías de ingreso al barrio (ver mapa). Uno por la ruta provincial que atraviesa al barrio de este a oeste. Otro por una avenida que se desprende de esa misma ruta unas 20 cuadras antes en dirección al centro del Partido. El último ingreso es en la intersección entre la ruta provincial y un camino que conecta los barrios cerrados de la zona. Al oeste, el barrio está delimitado por un enrejado tras el cual se ubica el camino que conecta las urbanizaciones cerradas. Al sur, el barrio está separado de uno de los barrios cerrados aledaños por una doble barrera. Del lado de Reconquista, un alambrado y abundante vegetación dificultan la circulación por allí. Mientras que del otro lado del alambrado se erige un muro que delimita el barrio cerrado, con alambre de púas y torres de vigilancia.

De acuerdo con estudios por encuestas realizados con muestras probabilísticas en distintas zonas del barrio en los últimos años³, Reconquista es un barrio de clase popular, aunque presenta una importante heterogeneidad socio-territorial. El nivel educativo formal, la inserción laboral, la cobertura de salud, la percepción de planes sociales y/o la condición migratoria son algunos de los atributos que varían entre los residentes, dando cuenta de la heterogeneidad de la población del barrio. Así, existen áreas donde hay una casa por lote, mientras que existen otras donde hay más de una vivienda por lote o donde viven familias extendidas, que construyen paulatinamente habitaciones o pequeñas viviendas para sus miembros a medida que conforman sus propios núcleos familiares, compartiendo el terreno y en ocasiones la misma vivienda. También hay zonas con viviendas muy precarias (ranchos y casillas). Algunos terrenos se encuentran en zonas inundables, particularmente aquellos más próximos

³ Se omite referencia bibliográfica para preservar el anonimato del barrio.

al Río Reconquista y las urbanizaciones cerradas, elevadas por técnicas de relleno y refulado. Este es el segundo río más contaminado del país –tras la cuenca Matanza-Riachuelo–, por contaminantes domiciliarios e industriales (Curutchet et al., 2012). La infraestructura vial y pluvial también varía a través del barrio. En algunas zonas, existen calles sin numeración y algunas aún no están asfaltadas. Además, en gran parte del barrio hay zanjas a cielo abierto por donde circulan aguas residuales. La presencia de zanjas es más problemática en las zonas inundables, ya que las inundaciones implican que el agua residual sea arrastrada dentro de los hogares. Las diferencias también abarcan a la provisión de gas de red. La mayoría del barrio tampoco cuenta con cloacas, aunque esta es una característica común en gran parte del Partido. La mayoría de los hogares cuentan con pozos ciegos o cámara séptica, lo que trae dificultades al momento de su vaciado, como se verá más adelante.

El barrio tiene además un arroyo semientubado que lo divide en dos partes (ver mapa, línea celeste). Hacia el lado de la ruta provincial se encuentra el “mejor” lado, mientras que “peor” está compuesto por la zona entre el zanjón y el Río Reconquista, según las distinciones que realizan los y las vecinas, y que son evidentes para los observadores externos al barrio. Así, las diferencias mencionadas en el párrafo



Fotografía 1 - Vista del arroyo y el zanjón. Fotografía tomada por el equipo de investigación el 10/11/17

anterior tienden a seguir este patrón de distribución: del “mejor” lado las viviendas son de mayor calidad constructiva, hay un mayor porcentaje de calles asfaltadas y menor

cantidad de zanjas a cielo abierto y una mayor proporción de las viviendas disponen de gas de red. Por allí también pasa la única línea de colectivo que ingresa al barrio, mientras que las demás líneas cercanas pasan por la ruta provincial. Del “peor” lado suele haber más de una vivienda por lote, algunas calles aún no están asfaltadas, la gran mayoría tiene también zanjas a cielo abierto y muy pocas viviendas disponen de gas de red, la mayoría en el “barrio nuevo”, un conjunto de viviendas sociales construidas hacia el Río. Además, en el zanjón se acumula basura, que en parte algunos vecinos queman (ver fotos) y hay presencia de ratas. Todas las vías de entrada y salida al barrio son a través del “mejor” lado, donde también se ubica la mayoría de los espacios verdes, comercios y equipamiento urbano. La excepción a esta distribución está dada por una pequeña villa de emergencia ubicada del “mejor lado” sobre la margen del río, hacia el extremo este del barrio.



Fotografía 2 - Quema de basura en zanjón. Fotografía tomada por el equipo de investigación el 10/11/17

El CAPS del barrio se encuentra sobre el arroyo, en la parte entubada y parquizada, en el límite oeste del barrio. Esta ubicación motivó a una referente de una de las organizaciones sociales del barrio a afirmar que el centro se encuentra “*de espaldas al barrio*”, aspecto acentuado por la ubicación de la entrada principal al CAPS, de frente al alambrado que delimita al barrio (Freidin et al., 2020). El centro también articula con la red social del barrio, un conjunto de distintas organizaciones sociales que también incluye a una de las urbanizaciones cerradas aledañas, ONGs

localizadas en el barrio y a la Iglesia Católica. Las organizaciones participantes se reúnen mensualmente, cuando discuten las distintas problemáticas del barrio y en ocasiones coordinan iniciativas. Además, en articulación con organizaciones el barrio, existen distintas postas sanitarias en el barrio donde se brinda atención simplificada o se realizan controles de salud programados.

Del “peor” lado también se ubica la zona del “fondo”. Esta distribución llevaba a una de las médicas que formó parte de las etapas iniciales del trabajo de campo a definir la composición del Barrio Reconquista como un *degradé* social, comenzando por sectores medios y medios-bajos del mejor “lado” y descendiendo en términos socioeconómicos hacia el fondo. En esta parte del barrio, el tejido sigue la forma de manzana (como en el resto del barrio), a excepción de las cuadras donde habitan los carreros. Si bien se pueden identificar manzanas, en esta zona predominan las casillas y ranchos, entre los cuáles existen algunos pasillos internos. Además, en el “fondo” se encuentra el terraplén, un terreno baldío que es utilizado como basural ilegal por empresas y actores ubicados por fuera y dentro del barrio. Allí se ubica una de las postas sanitarias, que están coordinadas e integradas por miembros del CAPS y cuentan con el trabajo voluntario de referentes barriales, agentes territoriales contratados por el Municipio y por promotoras de salud que actúa en red con el CAPS barrial. La comparación de imágenes satelitales a través del tiempo permite conjeturar que este terreno estaba originalmente pensado como espacio verde, pero su obra inconclusa implicó que su uso se modificara con el paso del tiempo. En el año 2019, el basural fue erradicado y el Municipio construyó una plaza al lado de la posta allí ubicada, no obstante, podía observarse todavía basura en la vía pública y animales sueltos merodeando la zona.



Fotografía 3 – Terraplén. Fotografía tomada por el equipo de investigación el 7/10/18.



Fotografía 4 - Posta ubicada en el terraplén. Fotografía tomada por el equipo de investigación el 7/10/18

En esta zona también se ubica el “barrio nuevo”, definido por un conjunto de 70 viviendas sociales, integrando casas particulares y 12 edificios de departamentos. Estas fueron construidas en la zona cercana al río, que según vecinos antes eran “bañados”, como toda la zona del fondo, y fueron ganados al río a partir del relleno del terreno. De acuerdo con los relatos de entrevistados y referentes, la construcción de viviendas se realizó bajo el proyecto “Sueños Compartidos” desarrollado por la

organización de las Madres de Plaza de Mayo a través de fondos públicos. Además, hay otros 10 conjuntos de edificios de departamentos que quedaron sin finalizar a raíz de los conflictos y judicialización de dicho proyecto. No obstante, la construcción de las viviendas no fue sólo por una iniciativa unilateral del Estado. Como explica Luis, el primer antecedente de la constitución del barrio nuevo fue una toma de terrenos en esa zona en el año 2000, que fue desalojada por la policía. Fue a partir de la segunda toma de tierras allí, en 2008, que se formó una comisión de vecinos que comenzó a articular con el Municipio para la construcción de soluciones habitacionales. El proyecto comenzaría en 2010 y comenzaron a entregarse en 2013. Cabe destacar que el proceso de construcción y asignación no estuvo exento de conflictos, especialmente por la adjudicación de viviendas a quiénes no vivían en el barrio, pero esto excede el propósito de este apartado. La construcción de viviendas también implicó la urbanización de esta zona del barrio, que antes no estaba loteado ni tenía el trazado de calles, ya que era un terreno fiscal. Para los primeros adjudicatarios de viviendas, esto implicó problemas para la circulación y de referencia por la ausencia de numeración y señalización de las calles.



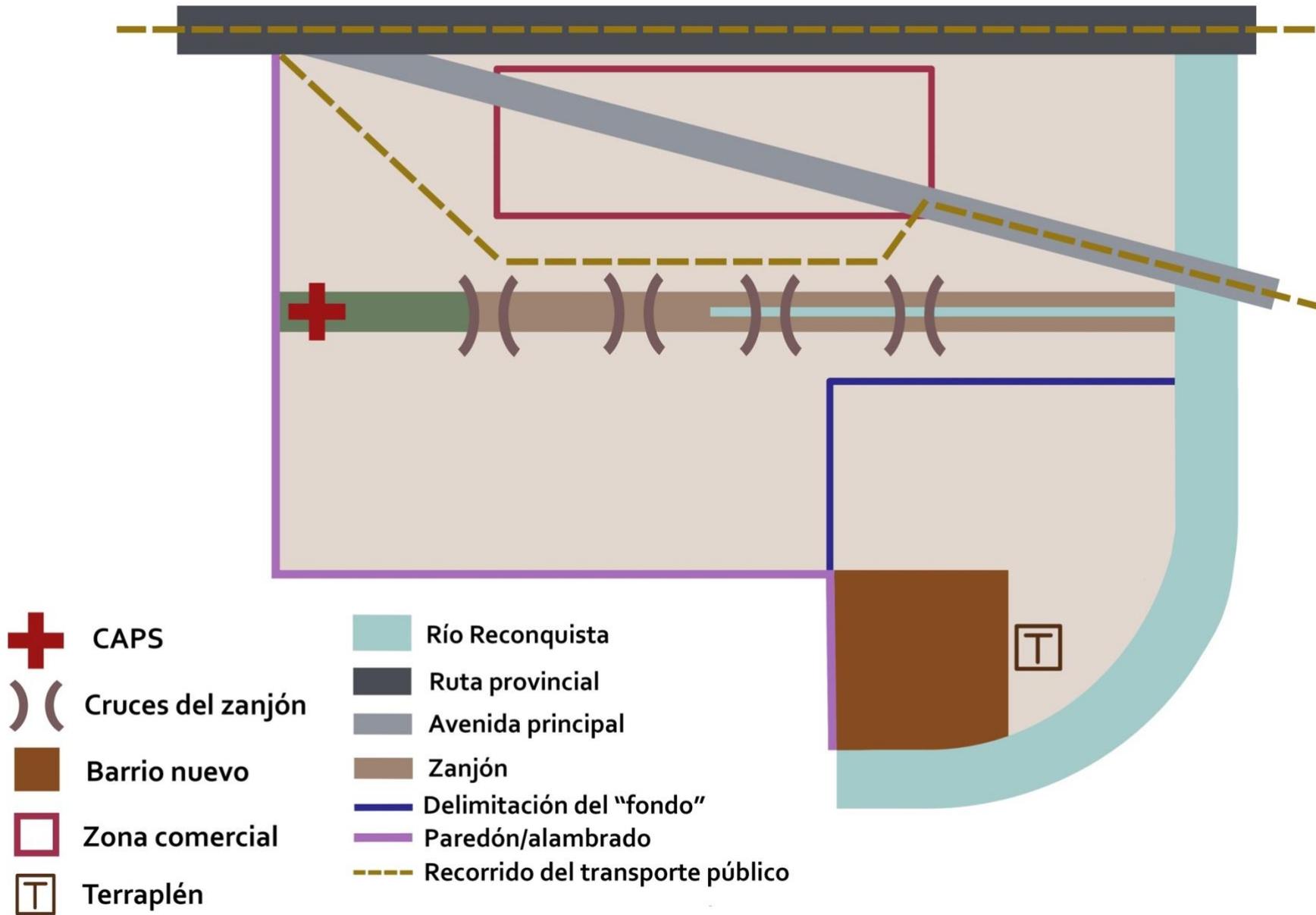
Fotografía 5 - Conjunto de departamentos en "barrio nuevo". Fotografía tomada por el equipo de investigación el 7/10/18

En términos generales, el barrio Reconquista puede ser entonces caracterizado como un barrio heterogéneo con áreas de segregación socioeconómica hacia su interior. Además, el barrio presenta una segregación socioespacial, especialmente en el peor lado, debido a los problemas de accesibilidad que implican las ubicaciones de los principales puntos de acceso y egreso al barrio. Dentro de este lado, la zona del

fondo es la más marginada y la que presenta mayores obstáculos de accesibilidad. También es donde se presenta con mayor agudeza la problemática socioambiental del barrio, junto con las calles paralelas al zanjón.

A continuación, se caracteriza cuantitativamente al barrio. Se apunta de esta manera a reconstruir globalmente la situación socioeconómica del barrio, de manera de contextualizar el análisis de las experiencias de los entrevistados.

Mapa 1. Barrio Reconquista.



Caracterización del barrio a partir de fuentes estadísticas

En este apartado se caracteriza al barrio bajo estudio a partir del Censo Nacional de Población, Hogares y Viviendas del año 2010, último relevamiento censal realizado en el país. Para ello se reconstruyó el área barrial a partir de radios censales identificados a través de la Plataforma Poblaciones, elaborada en conjunto por la UCA y el CONICET, y se confeccionaron cuadros para variables seleccionadas. A fin de contextualizar la información, se indican los valores de las mismas variables para el total del Partido en el que se ubica el barrio. Se evitan las técnicas georreferenciadas con el objetivo de preservar el anonimato y la identidad de los entrevistados. Se incluyen también indicadores para la zona del “fondo”, el área más postergada del barrio Reconquista, donde habitan los “carreros” y se ubica un terraplén que funciona como basural a cielo abierto. La reconstrucción de los indicadores correspondientes a esta zona se realiza a nivel de radio censal, que se presenta como el nivel más adecuada para el estudio de la segregación socioespacial (Clichevsky, 2000). Las variables se seleccionaron en base a criterios teóricos, tomando en consideración como éstas pueden afectar a la situación de salud de las personas.

Los datos se presentan en 3 niveles, de acuerdo con la propia estructura del cuestionario censal: vivienda, hogares y personas. Se busca así construir un panorama de los niveles que el barrio presenta en términos de calidad de vivienda, acceso a servicios básicos, modalidad de tenencia, necesidades básicas insatisfechas, nivel socioeconómico, nivel educativo y condición de actividad. Mientras que la caracterización de las viviendas permite aproximarse a sus condiciones para cumplir las necesidades básicas de habitación, considerando su relación con la salud: refugio; privacidad; almacenamiento, procesamiento y consumo de alimentos; higiene personal y doméstica, la convalecencia de enfermos, el cuidado de los ancianos (OPS-OMS, 1999, citado en Rojas et al., 2008). Las relaciones entre vivienda y salud pueden ser agrupadas en tres grandes vínculos: las características del área, las condiciones internas de la vivienda y su forma de tenencia (Gibson et al., 2011). Mientras que la caracterización de los hogares permite acercarse a las condiciones para su reproducción y los recursos con los que cuentan para desarrollar estrategias protectoras o dañinas para la salud. En este punto, los datos censales implican limitaciones por la falta de información sobre los ingresos de

los hogares. No obstante, estos datos permiten aproximarse a situaciones de pobreza estructural que suelen encontrarse asociadas a menores ingresos y, en contextos de segregación socioeconómica, un menor capital social (Bayón, 2008; Suárez, 2011). Asimismo, en estos contextos, también se retroalimentan las desigualdades sociales con las vulnerabilidades producidas por el ambiente social y construido (Diez Roux y Mair, 2010).

Por otra parte, los datos se informan en tres niveles de agregación. El primero, el total del Partido. Luego, al nivel del barrio Reconquista. Finalmente, a la zona más postergada, la del “fondo”. Mientras que el barrio contiene en su interior los valores del fondo (que se informan además por separado para dar cuenta de la especificidad de esa zona); el Partido también contiene los valores del barrio.

Las dimensiones a nivel de las viviendas, los hogares y la población se presentan relacionadas en el marco de la asociación entre pobreza y precariedad urbana, definidas por bajos ingresos a raíz de trabajos precarios, falta de capital educativo y social, así como la falta de cobertura de necesidades habitacionales (Winchester, 2008). Así, se consideran los aspectos dominiales y de urbanización que hacen a la precariedad del hábitat (Clichevsky, 2000). Con respecto a la vivienda su calidad es una de las formas en las que las desigualdades del ambiente social y construido se traducen en desigualdades en salud (Di Virgilio, 2003; OMS, 2018).

Características de las viviendas

Para comenzar con dicha caracterización, corresponde en primer lugar identificar las diferencias en torno a los tipos de viviendas (CUADRO 1). De este modo, el barrio presenta un valor de 2,5 puntos porcentuales (p.p) mayor que el total del partido en cuanto a las viviendas tipo casa, al mismo tiempo que muestra un valor 1,4 p.p. mayor de viviendas tipo casilla. Ahora bien, las diferencias aumentan cuando se considera la zona del fondo, marcada por una mayor presencia de ranchos y particularmente de casillas (superando al barrio por 6,13 p.p. y 8,76 p.p. respectivamente), dando cuenta de la peor situación habitacional que allí se manifiesta. De acuerdo con las definiciones del INDEC (2017), las viviendas tipo casilla suelen estar construidas con materiales de peor calidad (incluso materiales de desecho) que las viviendas tipo casa, que generalmente

tienen paredes de ladrillo, piedra, bloque u hormigón. El uso de materiales de baja calidad puede implicar la exposición a sustancias o materiales nocivos para la salud a partir de la inhalación o la ingestión, con un efecto acumulativo a través del tiempo, y/o el riesgo de lesiones o accidentes domésticos por fallencias constructivas (Howden-Chapman, 2004). Por otra parte, el barrio también presenta 4,6 p.p. menores de viviendas tipo departamento, lo que da la pauta de su bajo nivel de densidad.

Cuadro 1. Tipo de vivienda particular. Total Partido, Reconquista y Fondo. Año 2010. En %.

Tipo de vivienda particular	Partido	Reconquista	Fondo
Casa	86,82	89,32	76,62
Rancho	0,87	0,88	7,01
Casilla	3,85	5,27	14,03
Departamento	7,42	2,85	1,82
Otras	1,04	1,68	0,52
Total	100,0 (128424)	100,0 (5903)	100 (1456)

Fuente: Elaboración propia en base a datos del Censo 2010.

Ahora bien, el mayor porcentaje de viviendas tipo casa en el barrio con respecto al partido se relativiza al considerar la calidad constructiva de las viviendas (Cuadro 2). La calidad constructiva de la vivienda refiere a la calidad de los materiales con que éstas están construidas, pudiendo ser: satisfactoria (materiales resistentes, sólidos y con aislación acorde, a la vez que disponen de cañerías dentro de la vivienda y el inodoro con descarga de agua); básica (viviendas que no cuentan con elementos adecuados de aislamiento o techo de chapa o fibrocemento, pero cuentan con cañerías dentro de la vivienda e inodoro con descarga de agua); e insuficiente (viviendas que no cumplen con ninguna de las dos condiciones anteriores) (INDEC, 2017). En efecto, el barrio presenta la mitad del valor del Partido para las viviendas con calidad satisfactoria. El fondo muestra un valor aún menor, equivalente a un cuarto del valor del Partido. De forma contrapuesta el barrio y el Fondo presentan valores considerablemente mayores de viviendas (sin considerar su tipo) de calidad básica o insuficiente. El fondo es la zona con mayor

incidencia de viviendas de calidad insuficiente, con un valor de 42,7%, valor 2,35 y 1,82 veces mayor al del Partido al del barrio, respectivamente.

Cuadro 2. Calidad constructiva de las viviendas según tipo de vivienda. Total Partido, Reconquista y Fondo. Año 2010. En %.

	Calidad constructiva de la vivienda	Tipo de vivienda						Total
		Casa	Rancho	Casilla	Depto	Pieza en inquilinato	Otras	
Partido	Satisfactoria	59,81	8,13	7,73	75,49	32,36	30,72	57,88
	Básico	24,68	21,90	18,83	20,83	28,14	35,24	24,26
	Insuficiente	15,50	69,98	73,44	3,67	39,50	34,04	17,86
	Total	100	100	100	100	100	100	100 (108558)
Reconquista	Satisfactoria	52,72	8,00	7,28	74,05	30,43	42,86	49,99
	Básico	27,67	10,00	21,85	20,61	26,09	0,00	26,98
	Insuficiente	19,61	82,00	70,86	5,34	43,48	57,14	23,03
	Total	100	100	100	100	100	100	100 (5903)
Fondo	Satisfactoria	28,68	10,81	5,06	27,27	38,46	20,00	25,89
	Básico	34,79	10,81	16,46	54,55	15,38	0,00	31,42
	Insuficiente	36,53	78,38	78,48	18,18	46,15	80,00	42,70
	Total	100	100	100	100	100	100	100 (1456)

Fuente: Elaboración propia en base a datos del Censo 2010.

Considerando las viviendas tipo casa, se verifica que el Fondo no sólo presenta un menor porcentaje de viviendas de este tipo (ver cuadro 2), sino que estas son de peor calidad constructiva. El valor correspondiente a las casas de calidad insuficiente es más de dos veces mayor al del Partido y es 1,86 veces mayor al del barrio. Esta zona presenta mayores valores de viviendas de calidad insuficiente en todas las categorías, a excepción de la categoría Rancho, en la que el porcentaje del barrio es mayor. El uso de materiales de baja calidad puede implicar la exposición a sustancias o materiales nocivos para la

salud, con un efecto acumulativo a través del tiempo, a partir de la inhalación o la ingestión; el riesgo de lesiones o accidentes domésticos por falencias constructivas; así como dificultades para calefaccionar la vivienda (Howden-Chapman, 2004; OMS, 2018).

Asimismo, aunque no se puede extraer de los datos, dado que gran parte del fondo se ubica sobre antiguos “bañados” (terrenos ganados al río a través del relleno, a veces con basura) estas viviendas de calidad insuficiente tendrán probablemente más posibilidades de presentar ambientes internos húmedos. La humedad y la presencia de hongos se relaciona con mayores problemas respiratorios y la transmisión de enfermedades (Gibson et al., 2011; Howden-Chapman, 2004).

Cuadro 3. Calidad de conexiones a los servicios básicos según tipo de vivienda. Total Partido, Reconquista y Fondo. Año 2010. En %.

	Calidad de conexión a los servicios básicos	Tipo de vivienda particular						Total
		Casa	Rancho	Casilla	Depto.	Pieza en inquilinato	Otras	
Partido	Satisfactoria	14,80	4,85	2,83	44,13	11,46	9,04	15,93
	Básico	25,92	11,96	11,92	21,81	18,29	20,48	24,91
	Insuficiente	59,28	83,18	85,25	34,06	70,25	70,48	59,16
	Total	100	100	100	100	100	100	100 (108558)
Reconquista	Satisfactoria	2,05	0	1,99	3,05	1,09	42,86	2,09
	Básico	47,54	12	19,54	61,07	28,26	28,57	45,69
	Insuficiente	50,41	88	78,48	35,88	70,65	28,57	52,22
	Total	100	100	100	100	100	100	100 (5601)
Fondo	Satisfactoria	1,48	0	2,53	9,09	1,92	0,60	1,84
	Básico	25,54	10,81	12,03	36,36	13,46	0	23,19
	Insuficiente	72,97	89,19	85,44	54,55	84,62	0,40	74,96
	Total	100	100	100	100	100	100	100 (1410)

Fuente: Elaboración propia en base a datos del Censo 2010.

Las diferencias con respecto al total del Partido son aún más pronunciadas en el caso de la calidad de las conexiones a los servicios básicos, consideradas según tipo de vivienda (cuadro 3). Esta puede ser satisfactoria (viviendas con conexión a la red pública de agua y desagüe cloacal), básica (con conexión a la red pública de agua y desagüe a pozo con cámara séptica) o insuficiente (viviendas que no cumplen con ninguna de las

condiciones anteriores) (INDEC, 2017). El fondo presenta peores calidades de conexión para todos los tipos de vivienda, dando cuenta de las falencias infraestructurales en esa zona. Si bien resulta esperable que una vivienda tipo casilla presente una calidad deficiente, las peores conexiones se dan también en las viviendas tipo casa (superando en 22,56 p.p. al valor del barrio y en 13,69 p.p. al valor del Partido). Considerando a la totalidad del barrio, aunque presenta un menor porcentaje de casas con conexiones insuficientes, también muestra un menor número con conexiones satisfactorias. Esto contrasta con un mayor número de conexiones básicas, presumiblemente por la falta de cloacas. La disponibilidad de servicios básicos afecta a la salud a partir de diversas formas, posibilitando o no el acceso a recursos del hábitat para la higiene y la preservación de la salud. La falta de desagües cloacales por su parte implica el riesgo de contaminación de las aguas subterráneas y –como sucede en el barrio– de las zanjas a cielo abierto, incrementando la contaminación ambiental (Curutchet et al., 2012).

Por otra parte, en tanto incluye a la disponibilidad de agua de red, cabe destacar las dudas de los vecinos y vecinas sobre su calidad. Como señalamos en un estudio previo del equipo de investigación (Freidin et. al, 2020a), las mujeres del barrio se quejan en numerosas oportunidades de la calidad del agua de red, ya que ésta trae una cantidad considerable de sedimento o cloro en exceso. Si bien algunas decidían consumirla tomando algunas medidas preventivas (dejarla reposar para que sedimente o hervirla antes de consumirla), otras optaban por comprar agua envasada. Esto lógicamente trae aparejado un costo adicional, que se suma a un marco de restricciones presupuestarias.

Características de los Hogares

Como indica el cuadro 4, los hogares del barrio en el que se desarrolló el estudio muestran niveles mayores de necesidades básicas insatisfechas con respecto al total del partido en el que se ubica el barrio, mientras que los hogares localizados en el fondo muestran un valor casi 10 p.p. mayor. Así, el barrio presenta una diferencia de 5.3 puntos porcentuales (p.p) mayor de hogares con al menos un NBI con respecto al total del partido. Más aún, la presencia de NBI es levemente mayor en las viviendas con un solo

hogar⁴. Mientras que la diferencia entre el barrio y el Partido es de 5.71 p.p. en el caso de las viviendas con un solo hogar, esta diferencia se reduce a 3.39 p.p. en las viviendas con dos y/o más hogares. Las diferencias aumentan al considerar la zona del fondo, aumentando las viviendas con un hogar con NBI en 5,82 p.p. y en 13,95 p.p. en las viviendas con dos o más hogares que presentan NBI, con respecto a los valores del barrio. Como indicador de pobreza estructural, la presencia de NBI indica falta de recursos que afectan a la salud y al cuidado directa e indirectamente. Al estar frecuentemente asociadas a la pobreza por ingresos, el cuadro también permite inferir la menor disponibilidad de recursos monetarios en los hogares del barrio y especialmente del fondo, con respecto al Partido.

Cuadro 4. Hogares con al menos un NBI según cantidad de hogares en la vivienda. Año 2010. En %.

	Presencia de al menos un NBI	Viviendas con un hogar	Viviendas con dos y más hogares	Total
Partido	Hogares sin NBI	89,91	83,77	88,96
	Hogares con NBI	10,09	16,23	11,04
	Total	100	100	100 (108558)
Reconquista	Hogares sin NBI	84,21	80,38	83,74
	Hogares con NBI	15,79	19,62	16,26
	Total	100	100	100 (5601)
Fondo	Hogares sin NBI	78,39	66,43	73,88
	Hogares con NBI	21,61	33,57	26,12
	Total	100	100	100 (1410)

Fuente: Elaboración propia en base a datos del Censo 2010.

El barrio también muestra peores indicadores en términos de hacinamiento crítico y no crítico. El hacinamiento se asocia con una mayor incidencia enfermedades transmisibles y no transmisibles (Howden-Chapman, 2004; Bonnefoy, 2007). También

⁴ Esta diferencia puede deberse a que las viviendas con un solo hogar suelen presentar hogares de tamaños más pequeños, pudiendo presentar menores niveles de hacinamiento, aunque esta diferencia en el tamaño de los hogares es muy leve.

afecta a la calidad del descanso, a partir de su asociación con desórdenes del sueño (Johnson, 2012). Como puede verse en el cuadro 5 para el hacinamiento crítico (más de tres personas por cuarto) el barrio presenta un valor de 2.3 p.p mayor, mientras que para el hacinamiento no crítico (entre dos y tres personas por cuarto) la diferencia asciende a 6.5 p.p, nuevamente mayor para el barrio en el que se desarrolló el estudio. Ahora bien, el fondo casi duplica el valor de hacinamiento no crítico del Partido y supera el valor de hacinamiento crítico del barrio por 4.p.p, ya de por sí superior al total del Partido. Asimismo, el hacinamiento se vincula con la falta de capacidades económicas para la mejora, ampliación o construcción de una vivienda adecuada que pueda evitarlo (Marcos, Di Virgilio y Mera, 2018). Al asociarse a problemas de salud y a efectos sobre el desarrollo de los niños (Solari y Mare, 2012; OMS, 2018), el hacinamiento también presenta un efecto acumulativo a través del tiempo, a la vez que puede requerir un mayor gasto (de recursos escasos) para dar solución a los problemas de salud que genera.

Cuadro 5. Hogares con hacinamiento. Año 2010. En %.

Hacinamiento	Partido	Reconquista	Fondo
Hogares no hacinados	78,2	69,5	54,18
Hogares con hacinamiento no crítico	17,4	23,9	35,04
Hogares con hacinamiento crítico	4,3	6,7	10,78
Total	100 (108558)	100 (5601)	100 (1410)

Fuente: Elaboración propia en base a datos del Censo 2010.

En el cuadro 6 se muestra el combustible usado para principalmente para cocinar, nuevamente comparando al barrio con el total del Partido. Como puede verse, existen grandes diferencias en torno a los hogares que utilizan gas de red (-15,52 p.p.) en el barrio. Diferencia que se compensa casi en su totalidad por la mayor cantidad de hogares (17,05 p.p.) que utilizan gas en garrafa. Los valores del fondo son aún más claros, ya que casi la totalidad de los hogares de la zona utilizan gas en garrafa. Además, allí el gas de red es prácticamente inexistente. Además del costo por unidad, el gas en garrafa puede motivar usos menos intensivos del gas al momento de cocinar, favoreciendo el consumo de frituras o alimentos menos saludables (Freidin et al., 2018). Para el resto de las categorías, no sólo los valores correspondientes al Partido y el Barrio son

relativamente muy pequeños, sino que las diferencias entre ellos son prácticamente insignificantes.

Cuadro 6. Combustible usado principalmente para cocinar. Hogares en el total del Partido y el Barrio. Año 2010. En %.

Combustible usado principalmente para cocinar	Partido	Reconquista	Fondo
Gas de red	54,51	38,99	0,14
Gas a granel (zeppelin)	0,18	0,07	0,07
Gas en tubo	2,21	1,34	1,35
Gas en garrafa	42,30	59,35	97,87
Electricidad	0,54	0,04	0,07
Leña o carbón	0,12	0,05	0,07
Otro	0,15	0,16	0,43
Total	100 (108558)	100 (5601)	100 (1410)

Fuente: Elaboración propia en base a datos del censo 2010.

Para culminar con los indicadores al nivel del hogar, el cuadro 7 consigna el nivel educativo del jefe o jefa de hogar, según haya completado o no la secundaria. El barrio presenta una mayor proporción de hogares con jefes o jefas que no completaron la secundaria frente al partido (14,79 p.p. más). Esto luego podrá complementarse con los máximos niveles educativos alcanzados como se muestra más adelante. Por otra parte, el barrio también muestra un valor de 7.28 p.p. menor con respecto al Partido en lo que respecta a hogares con jefes que hayan completado el nivel universitario. Ante la ausencia de un indicador de nivel socioeconómico, estas diferencias permiten caracterizar a la situación socioeconómica del barrio con respecto al partido, dando cuenta de sus peores indicadores a nivel del hogar y, como se verá a continuación, de las personas.

Cuadro 7. Nivel educativo del jefe de hogar. Total Partido, Reconquista y Fondo. Año 2010. En %.

Nivel educativo del jefe de hogar	Partido	Reconquista	Fondo
Hogares con jefes con secundaria completa	38,59	23,80	13,49
Hogares con jefes sin secundaria completa	61,41	76,20	86,51

Total	100 (108558)	100 (5601)	100 (1410)
--------------	---------------------	-----------------------	-----------------------

Fuente: Elaboración propia en base a datos de la plataforma Poblaciones (UCA-CONICET).

Considerando los resultados mostrados hasta aquí, y ante la ausencia de indicadores sobre el nivel de ingresos, en la medida que el barrio presenta una peor calidad de viviendas, peor calidad de conexión a los servicios básicos, mayor incidencia de NBIs y los jefes de hogar presentan menores niveles educativos, puede inferirse que los hogares del barrio y del fondo presentan menores niveles socioeconómicos que el total del Partido. Tener un menor nivel socioeconómico implica una mayor exposición a riesgos ambientales y sociales, como la contaminación ambiental, el hacinamiento y la menor disponibilidad de equipamiento urbano (Evans y Kantrowitz, 2002). También limita la obtención de otros recursos fundamentales para el cuidado como una alimentación saludable o el acceso a medicamentos (Link, Phelan y Tehranifar, 2010; Muntaner et al., 2012). Las personas de menor nivel socioeconómico también presentan mayores dificultades para acceder a la atención de la salud por la dependencia del subsector público de salud, por los mayores tiempos de espera y acceden a una menor oferta sanitaria según el lugar de residencia (Ballesteros, 2014). Una menor disponibilidad de recursos también puede afectar la movilidad a partir de las restricciones para disponer de automóvil propio, poder pagar el transporte o la imposibilidad de resignar ingresos en empleos precarios por la pérdida del jornal (Hirmas Aduy et al., 2014; López et al., 2019).

Por otra parte, la forma de tenencia de la vivienda también puede impactar sobre la salud psicofísica y autoreferida de las personas. Ser propietario implica la posesión de mayores activos que pueden aumentar la disponibilidad de recursos para el cuidado; el alquiler por otra parte implica un flujo de gastos que reduce el ingreso disponible (Gibson et al., 2011). Poseer una vivienda se ubica además como un atributo socialmente deseable a la vez que el alquiler puede ser considerado como una forma menos valorada de acceder a la vivienda, afectando la salud mental y autoreferida de las personas, aunque las evidencias sobre estas asociaciones no son concluyentes, a la vez que depende de aspectos culturales (Pierse et al., 2016). A esto se suma que no ser poseedor

de la vivienda implica mayores restricciones o la imposibilidad de realizar refacciones o ampliaciones, dimensión de peso en el marco de elevados niveles de déficit habitacional, como se verá más adelante. Asimismo, ser propietario sólo de la vivienda implica una menor seguridad en la tenencia, aumentando la exposición a desalojos y vinculándose con una mayor ansiedad o estrés producto de esta inseguridad. La irregularidad dominial es además una de las formas en las que se expresa la precariedad urbana, particularmente en el marco de la urbanización popular (Clichevsky, 2000; Di Virgilio, 2015). En el cuadro 9, se muestran los valores de los distintos regímenes de tenencia. Se evidencia así que el fondo muestra una mayor proporción de una de las formas de tenencia con mayor vulnerabilidad: propietarios sólo de la vivienda (coincidente con la forma de urbanización por asentamiento en esta zona del barrio). La proporción de inquilinos es casi similar con respecto al partido y al barrio, mientras que la cantidad de ocupantes por préstamo es levemente mayor. Esto último puede deberse a la presencia de múltiples familias en un mismo terreno, aunque cada una con su propia vivienda, como es el caso de uno de los entrevistados.

Cuadro 8. Régimen de tenencia de la vivienda. Total Partido, Reconquista y Fondo. Año 2010. En %.

Régimen de tenencia	Partido	Reconquista	Fondo
Propietario de la vivienda y del terreno	68,21	63,88	59,50
Propietario solo de la vivienda	6,13	9,41	13,12
Inquilino	14,87	14,32	14,18
Ocupante por préstamo	7,41	9,66	10,28
Ocupante por trabajo	0,77	0,14	0
Otra situación	2,61	2,59	2,91
Total	100 (108558)	100 (5601)	100 (1410)

Fuente: Elaboración propia en base a datos del Censo 2010.

Por último, resulta útil analizar el déficit habitacional cualitativo y cuantitativo a nivel del barrio y partido, para comprender cómo estos indicadores se expresan en la

necesidad de viviendas nuevas o la ampliación de las existentes. Siguiendo a Marcos, Di Virgilio y Mera (2018) el déficit cuantitativo expresa la cantidad de viviendas nuevas que debieran construirse para que haya un hogar por vivienda, cuya calidad sea adecuada para la vida; mientras que el déficit cualitativo representa las viviendas que deben ser ampliadas o mejoradas para ser adecuadas, sea por problemas constructivos, sanitarios o de tamaño (hacinamiento). En esta línea, se tomaron como base los indicadores de déficit habitacional en base a la plataforma Poblaciones (ODSA-CONICET) elaborados por Di Virgilio y Serrati (2019) construidos sobre la propuesta de las autoras mencionadas, con el objetivo de calcular el déficit habitacional para las áreas bajo análisis en esta tesis.

Cuadro 9. Hogares con déficit cuantitativo y cualitativo⁵. Año 2010. En %.

	Partido	Reconquista	Fondo
Hogares con algún tipo de déficit (1)	74,65	76,79	95,55
Hogares con déficit cuantitativo	15,91	16,21	30,03
Hogares con déficit cualitativo	58,74	59,33	65,52
Hogares sin déficit (2)	25,35	23,21	4,45
Total (1+2)	100 (108558)	100 (5601)	100 (1410)

Fuente: Elaboración propia en base a datos de plataforma Poblaciones (ODSA-CONICET).

Si bien no existen grandes diferencias con respecto al partido, más de tres cuartas partes de los hogares del barrio Reconquista presentan algún tipo de déficit, en su mayoría cualitativo. Los valores son superiores en la zona del fondo, donde casi la totalidad de los hogares presenta algún tipo de déficit. Allí también aumenta la incidencia del déficit cuantitativo, prácticamente duplicando los valores del barrio y del partido. También es superior la cantidad de hogares con déficit cualitativo, que se puede

⁵ No se contabilizan las viviendas que, de acuerdo plataforma Poblaciones, presentan ambos tipos de déficit. Ya que pueden presentarse de forma simultánea o en hogares distintos, no corresponde sumarlos (Marcos, Di Virgilio y Mera, 2018). El déficit se calculó sobre el total de viviendas menos las informadas con ambos tipos de déficit, que presentaban proporciones marginales respecto del total original.

relacionar con una menor capacidad económica de los hogares para resolver sus necesidades habitacionales.

Características de la población

Señalados estos datos al nivel de las viviendas y de los hogares, puede pasarse ahora a las estadísticas al nivel de la población, comenzando por la estructura poblacional del barrio en comparación con la del total del Partido. Como puede verse en el gráfico 1, el barrio presenta un mayor peso de los grupos de edad más jóvenes, tanto en los hombres como en las mujeres. Las diferencias son relativamente similares para ambos sexos⁶ y en ningún caso superan los dos puntos porcentuales respecto de la población de la misma edad para el total del Partido. Contrariamente, el barrio presenta una menor proporción de hombres y mujeres en edades centrales (con la excepción de los hombres de entre 30 y 34 años, donde el barrio supera al Partido) y edades avanzadas.

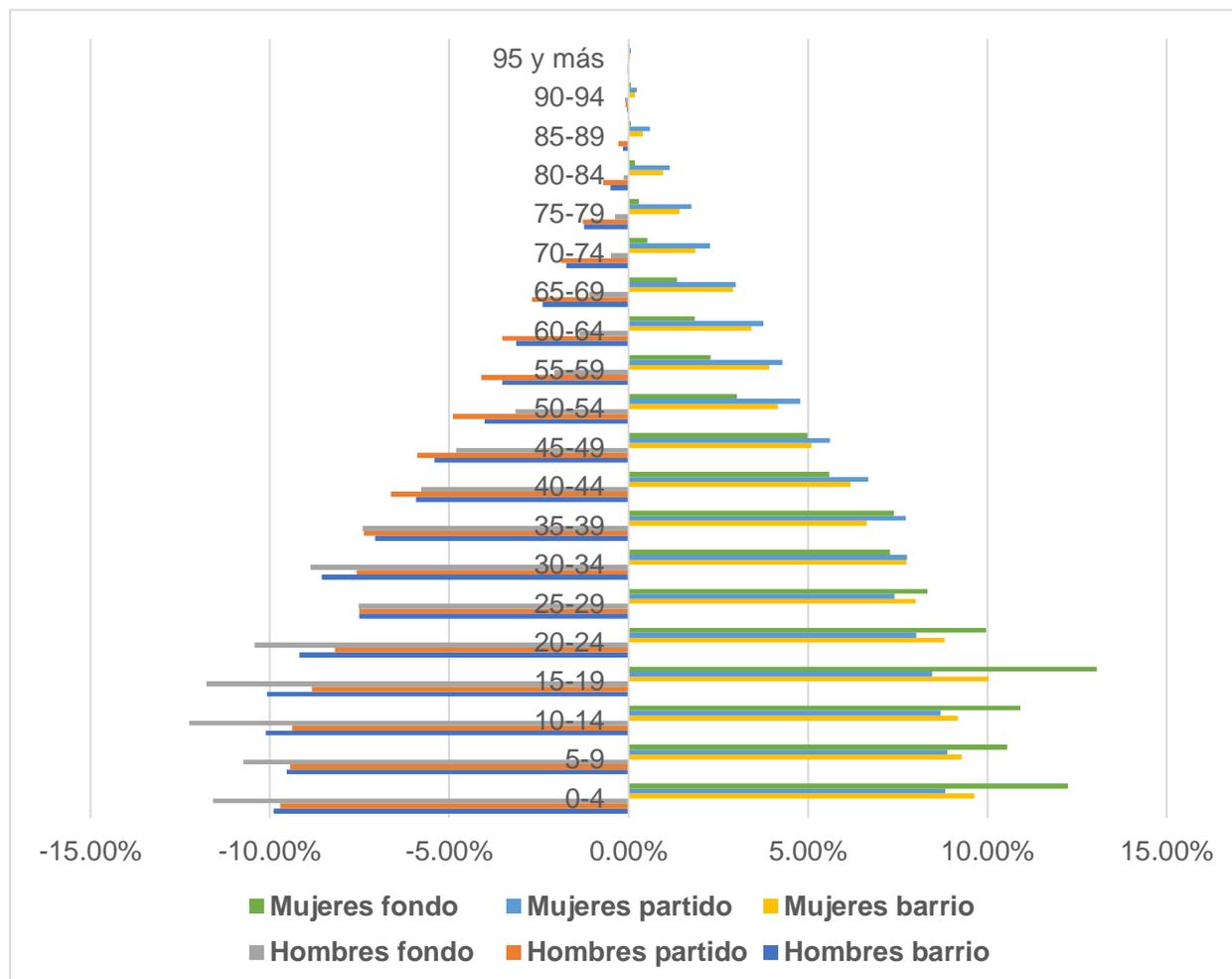
La presencia de grupos más jóvenes se refuerza aún más en el caso del fondo, superando al barrio y al partido en todos los grupos hasta los 30-34 años, cuando la presencia de los grupos de mayor edad comienza a disminuir. De acuerdo con este gráfico, las situaciones previamente referidas en cuanto al déficit habitacional, la calidad constructiva de las viviendas y las necesidades básicas insatisfechas, mayores en la zona del fondo, afectan en mayor medida a niños y jóvenes. Destaca entonces el efecto potencialmente acumulativo (producto de su persistencia en el tiempo y de la intersección entre sí) sobre la salud y el desarrollo de las personas del barrio y del fondo en particular. Como la zona del fondo es también la de mayor incidencia de la contaminación ambiental (Freidin et al., 2020a), destaca también su efecto sobre la salud de niños/as y adolescentes. La mayor presencia de niños/as y adolescentes se condice con las tendencias de la composición de los hogares de menores ingresos a nivel latinoamericano, marcadas por un mayor tamaño promedio por la presencia de menores dependientes y miembros de la familia ampliada (hogares nucleares biparentales y

⁶ El uso de la palabra sexo en lugar de género no busca bajo ningún punto de vista desconocer la diferencia entre este término y el de género, siendo este último la construcción sociocultural de características y roles asignados a mujeres y varones para la reproducción social, que se expresan a través de actitudes, comportamientos y representaciones sociales acerca de lo masculino y lo femenino, naturalizados en las relaciones sociales, de poder y de subordinación (Checa, 2012: 25-26). Por el contrario, el uso del término “sexo” se debe a que éste es el usado por el Censo y en la recolección misma de los datos censales.

extensos biparentales), jefes de hogar en etapas principalmente medias o iniciales del ciclo de vida; que contrastan con la mayor proporción de hogares unipersonales y menores tasas de fecundidad de los sectores medios y altos (Ullman et al., 2014). Para Argentina, el informe del ODSA (2018; 2020) señala la mayor incidencia de privaciones monetarias y no monetarias en los hogares con presencia de niños, mostrando no sólo una mayor incidencia de la indigencia y la pobreza, sino también mayores obstáculos para acceder a recursos alimentarios y para la salud.

Las experiencias de privación desde edades tempranas influyen en la salud psicofísica de las y los niños, así como en su desarrollo, en línea con la perspectiva de los determinantes sociales de la salud y del PSEAC como un proceso situado en tiempo y espacio con un efecto acumulativo a través del ciclo vital de las personas (ALAMES, 2008). Las condiciones de pobreza y privación tienen entonces un efecto sobre el desarrollo físico, cognitivo y emocional de los niños y niñas, que influyen a su vez en su rendimiento escolar/académico, en su salud y en las posibilidades de inserción laboral futuras (Rajmil, Díez y Peiró, 2010). La experiencia de un entorno de privaciones puede implicar a su vez la experiencia de niveles crónicos de estrés, que repercuten sobre la salud de los niños y niñas, así como en la posibilidad de desarrollar consumo problemático de sustancias o enfermedades crónicas a futuro (Braveman y Barclay, 2009; Wise, 2016; Francis et al., 2019). Las consecuencias de los problemas de salud repercuten a su vez sobre las posibilidades de desarrollo, inserción laboral y apropiación de oportunidades, alimentando la reproducción de la pobreza.

Gráfico 1. Grupos de edad por sexo. Total Partido, Reconquista y Fondo. Año 2010.



Fuente: Elaboración propia en base a datos del censo 2010.

La mayor presencia de jóvenes en la zona del fondo se corresponde con una mayor cantidad de personas económicamente inactivas. Esto se expresa en una mayor dependencia económica y la necesidad de contar con recursos para la satisfacción de las necesidades de estos jóvenes. En el cuadro 10, se muestra la condición de actividad según sexo para la población de 15 años y más. En primer lugar, puede destacarse que en el fondo existe una cantidad levemente mayor de varones ocupados, lo que puede deberse a una mayor necesidad de obtener ingresos para el sustento de la vida cotidiana. La cantidad de mujeres ocupadas, si bien supera al valor del barrio, es aproximadamente 3 p.p. menor que el total del Partido. Consecuentemente con la situación de mayor privación económica de la zona del fondo, allí los valores de inactivos son levemente

menores al resto del barrio, y entre los varones, también menores al total del Partido. Se evidencia allí también un porcentaje ligeramente mayor de desocupados, lo que puede afectar aún más la disponibilidad de recursos materiales y monetarios.

Cuadro 10. Condición de actividad según sexo. Población de 15 años y más. Total Partido, Reconquista y Fondo. Año 2010. En %.

Condición de actividad	Partido			Reconquista			Fondo		
	Sexo		Total	Sexo		Total	Sexo		Total
	Varón	Mujer		Varón	Mujer		Varón	Mujer	
Ocupado	80,56	56,53	68,15	79,29	52,56	65,56	82,17	53,75	67,81
Desocupado	3,33	5,26	4,33	3,67	5,94	4,83	3,80	6,60	5,22
Inactivo	16,11	38,21	27,52	17,04	41,50	29,60	14,03	39,65	26,98
Total	100	100	100 (271848)	100	100	100 (14623)	100	100	100 (3777)

Fuente: Elaboración propia en base a datos del Censo 2010.

El cuadro 11 profundiza esta relación, ya que muestra la condición de actividad según la edad en grandes grupos, para las personas mayores de 15 años y más. Los datos confirman la situación de mayor vulnerabilidad de la zona del fondo, en tanto muestra un porcentaje 10 puntos mayor de ocupados en las personas de 65 años y más, dando cuenta de una mayor extensión de la vida laboral de las personas en esta zona. Esto se corresponde con un menor porcentaje de inactivos en este rango etario en comparación al resto del barrio y el total del Partido. El mayor porcentaje de ocupados en este grupo de edad puede deberse a una mayor necesidad de complementar ingresos familiares o jubilaciones mínimas, en función de la falta de aportes por haberse desempeñado en trabajos informales. En el fondo también es apenas mayor la cantidad de desocupados entre 15 y 64 años, aunque este porcentaje es relativamente similar al de resto del barrio y ligeramente superior a la del resto del Partido.

Cuadro 11. Condición de actividad según edad en grandes grupos. Población mayor de 15 años y más. Total Partido, Reconquista y Fondo. Año 2010. En %.

Condición de actividad	Partido			Reconquista			Fondo		
	Edad en grandes grupos		Total	Edad en grandes grupos		Total	Edad en grandes grupos		Total
	15-64	65 y más		15-64	65 y más		15-64	65 y más	
Ocupado	73,04	28,46	68,15	69,79	26,10	65,56	69,02	35,29	67,81
Desocupado	4,74	0,99	4,33	5,26	0,85	4,83	5,41	0,00	5,22
Inactivo	22,22	70,55	27,52	24,95	73,06	29,60	25,57	64,71	26,98
Total	100,00	100,00	100 (271848)	100,00	100,00	100 (14623)	100,00	100,00	100 (3777)

Fuente: Elaboración propia en base a datos del Censo 2010.

Por último, un estudio por encuesta con un muestreo aleatorio probabilístico hecho en el año 2013 por residentes del CAPS de Reconquista, desarrollado en una zona coincidente en parte con la del fondo, muestra que el 77% de los hombres trabajaba al momento del estudio, mientras que el 50,14% de las mujeres lo hacía [se omite referencia bibliográfica a fin de preservar el anonimato del barrio]. Además, el estudio señala que el 47.32% de los hombres de esa zona del barrio trabajan más de 45 hs semanales frente al 29.31% de las mujeres que trabajan con esa carga horaria. La diferencia se invierte en las jornadas de menos de 35 hs semanales, dando cuenta del 43.10% de las mujeres y el 14.88% de los hombres. Más aún, el trabajo también señala que un 58.14% es remunerado con un salario, mientras que un 14.64% y un 9.62% obtienen sus ingresos a través de changas o un negocio propio, respectivamente. Así, puede inferirse que una porción considerable se inserta en empleos potencialmente precarios, marcados por las jornadas extensas de trabajo, ingresos inestables, la incertidumbre y la intermitencia, incrementando la vulnerabilidad de las personas y las familias (Busso y Longo, 2017). El trabajo precario puede ser considerado entonces como un determinante social de la salud (Benach et al., 2014).

En conclusión, los indicadores informados permiten caracterizar a Reconquista como un barrio de mayores privaciones estructurales con respecto al Partido en el que se

emplaza. Dentro del barrio, la zona del fondo muestra indicadores de privación y pobreza estructural particularmente agudos, dando cuenta de la intensidad de la segregación socioeconómica que pesa sobre esa zona del barrio. Estos indicadores permiten contextualizar en parte las experiencias de los entrevistados para cuidar su salud, a la vez que tampoco reflejan la totalidad de vulnerabilidades (como la ambiental) a las que están expuestos los vecinos de esta parte del barrio. Así, los datos no reflejan la pérdida de capital social a raíz de la concentración geográfica de la pobreza que resulta un recurso fundamental para el cuidado de la salud (Muntaner et al., 2012). Más aún, la consideración de estos indicadores debe incluir el hecho que el barrio se encuentra rodeado por urbanizaciones cerradas, con mayores ingresos e infraestructura, acentuando su carácter segregado.

Capítulo IV. Salud ambiental: cuidar la salud entre la basura, animales sueltos e inundaciones

En este capítulo, abordamos las relaciones entre la contaminación ambiental, el ambiente social y construido y el cuidado de la salud, considerando cómo los entrevistados perciben el entorno en el que viven y cómo consideran que afecta al cuidado de su salud. Consideramos en primera instancia la problemática en torno a la presencia de basura en los espacios públicos del barrio y la relación que se establece entre los vecinos a raíz de este problema, así como también los efectos concretos y potenciales sobre la salud física y mental. Como podremos ver, las experiencias de los entrevistados muestran un gran descontento con la presencia de basura en la vía pública y la de animales sueltos que rompen las bolsas y desparraman sus contenidos. Además, los entrevistados consideran que la presencia de basura facilita su quema por parte de los vecinos, liberando humos molestos y preocupando a quienes padecen afecciones respiratorias.

En segundo lugar, analizamos la relación entre las carencias o privaciones de infraestructura de servicios básicos (agua de red y cloacas) y las prácticas de higiene urbana que se desarrollan en el barrio, considerando su efecto con la salud ambiental y los riesgos individuales.

Servicios de recolección y basura en la vía pública: demandas y responsabilidades

Al igual que en otros barrios del Conurbano bonaerense (Grinberg et al. 2013; D'Hers, 2011; Shammah, 2007; Auyero y Swistun, 2008 – entre otros) la basura y la contaminación ambiental son parte de la vida cotidiana en el barrio Reconquista. No obstante, este barrio presenta una mayor heterogeneidad social con respecto a los casos de los estudios mencionados, parte del barrio puede considerarse como de clase trabajadora y/o sectores medios, mientras que en las áreas más postergadas se ubican hacia el fondo del barrio. Así, el barrio difiere de los estudios previos en tanto no puede

considerarse como un territorio completamente expoliado⁷, ya que su degradación es principalmente por factores ambientales (cercanía a basurales, calidad del suelo, riesgo ambiental por inundaciones). La degradación ambiental implica la simultaneidad de procesos físicos, urbanos, naturales y sociales que afectan la estabilidad de los ecosistemas y aumentan la vulnerabilidad y el riesgo ambiental (Herzer y Gurevich, 1996; Lavell, 1996).

El significado atribuido a cada una de las problemáticas socioambientales se integra a la percepción del barrio y del ambiente, constituyendo en parte la identidad de los entrevistados y la representación del barrio hacia fuera y hacia dentro, entrelazándose con estigmas y divisiones internas. La problemática ambiental se superpone además con la social, integrando significados asignados a la basura y al territorio habitado. En el relato de Bruno, puede verse cómo el problema de la basura se focaliza en el “barrio nuevo” a la vez que se vincula con las relaciones entre los vecinos. La falta de unión entre vecinos para “*cuidar las cuerdas*” se vincula con el estado de los espacios públicos del barrio, resultando en vidrios sueltos o basura en la calle o quemadas que generan humos molestos. No obstante, Bruno reconoce que las quemadas se vinculan con la saturación de los volquetes disponibles para tirarla, dando una primera pauta de la falta de infraestructura. Además, destaca que el servicio de recolección de residuos y la limpieza del espacio público “*van de vez en cuando para que no se acumule mucho*”. Incluso, cuenta que las primeras veces que vieron como vecinos prendían fuego la basura filmaron la situación para comunicarla a las autoridades municipales, pero “*no le dan bolilla*”: “*Es más, ya las primeras veces que se empezó a prender fuego filmamos ahí, para que lo vea la municipalidad, pero no le dan bolilla, ya con todas las cosas que se envió no le dan bolilla*”.

Silvio, por su parte, también ubica en la falta de conciencia de los vecinos la principal razón por la presencia de basura en la calle. Esta visión coincide con la que expresaron mujeres del barrio (Freidin et al., 2018), que calificaban a sus vecinos de *crotos* o *mugrientos*. Los hábitos con respecto a la basura se tornan así en bases para la distinción

⁷Siguiendo a Soldano (2008) la expoliación puede definirse como la degradación del hábitat en contextos urbanos que restringe o condiciona las posibilidades de reproducción social de los sujetos.

simbólica entre distintos tipos de vecinos, afectando las relaciones interpersonales y la solidaridad entre ellos. Siguiendo a Subirats y Blanco (2008), el deterioro de las relaciones con los vecinos incrementa la segregación social en un área ya segregada, como parte de la acumulación geográfica de desventajas. Se generan de esta forma fronteras materiales y simbólicas entre vecinos, dando cuenta de los efectos de la segregación agravada (Carman, Vieira y Segura, 2013). Retomando a Silvio, esta es la primera imagen que surge en su relato para describir la zona en la que vive, dando cuenta de la cotidianeidad del problema. Al mismo tiempo, reconociendo que “*fue así siempre*”, ubica la cuestión de la basura como una problemática característica del barrio.

Agustín-¿Y cómo describirías la zona en la que vivís?

Silvio- Eh...falta de higiene. Como que la gente no toma conciencia en tirar la basura. Pasan los recolectores pero cuando limpian al rato ya están tirando de vuelta y eso es también como que es falta de conciencia de los mismos vecinos nomás. [...] Fue así siempre.

Sin embargo, no todos coinciden al momento de asignar responsabilidades por el estado de la situación. Mientras que Bruno y Silvio ubican la principal causa en el comportamiento de los vecinos –principalmente por tirar basura en la vía pública–, también se reconoce cierta responsabilidad del Municipio. Responsabilizar a unos u otros tiene consecuencias considerables al momento de reclamar o luchar por la modificación de estas situaciones en tanto las vías de acción individual y colectiva difieren de acuerdo con los actores a los que se dirige. Siguiendo a Duhau y Giglia (2004), puede considerarse que la asignación de responsabilidades por la presencia de basura en el espacio público remite a distintas dimensiones del orden urbano, que determinan los usos y apropiaciones de los espacios públicos.

Como señalamos en Freidin et al (2018), apoyándonos en Ugalde (2015), la salud ambiental se enmarca en el derecho a la ciudad a nivel individual y colectivo, y requiere de la acción estatal. Así, responsabilizar al Municipio implica una apelación directa a las reglas formales de este orden, en tanto considera normativas y atribuciones políticas formales, pero también moviliza una demanda directa por el derecho a la ciudad. Si la justicia espacial, fundamento principal del derecho a la ciudad, integra redistribución de los bienes y recursos en el territorio (Levenzon y Tedeschi, 2015), el reclamo de Luis se relaciona con una distribución justa de los servicios de recolección, cuyas falencias

focalizadas resultan en injusticias socioespaciales, en tanto la basura se acumula en territorios específicos. La responsabilización de los vecinos, por su parte, se vincula más con las reglas informales que determinan la convivencia y las interacciones entre los habitantes de la ciudad. Luis matiza la responsabilidad del Municipio, ya que explica que la empresa encargada de la recolección de residuos todavía no entra a esa zona del barrio (el “barrio nuevo”) y razona sobre el por qué de esta falencia en el servicio, explicándola por su costo. Así, relativiza la responsabilidad de los vecinos por la presencia de basura.

Acá [nombre de la empresa de recolección de residuos] todavía no entra, eso es malo para nosotros, porque acá tendría que entrar. Pero uno pensando, como yo estuve trabajando con gente de la política, veo que ellos manejan números. [nombre de la empresa] le debe cobrar muy caro para hacer todo este barrio, ¿no es cierto?, le debe cobrar muy caro [...] Entonces tenemos tachos acá a la vuelta, que los llenan, entonces vienen los animales, lo primero que dice la gente, dice: la gente es sucia, porque tira. [...] Como el tacho se llena tanto, este tacho que está acá enfrente de mi casa tiramos solamente nosotros, estas tres familias que están acá en la esquina, después no tira más nadie, por eso siempre está así. Y aparte si hay mugre la juntamos y la tiramos al tacho. Entonces en la esquina qué pasa, se llena de bolsas, vienen los animales, sacan, tiran las bolsas, vienen todos los perros y desparraman todo. [...] Obviamente que de ahí qué trae, de ahí trae todo bacterias, trae enfermedades, todo el barrio pasa por ahí, viste...

La asociación de la basura con enfermedades infecciosas o con la presencia de animales que pueden transmitir las también está presente en las preocupaciones de las mujeres del barrio, como vimos en trabajos anteriores (Freidin et al, 2018). Allí, esta preocupación se asociaba con la presencia de niños que jugaban en la vía pública en contacto con la basura. Retomando la cuestión de la responsabilidad, Luis también responsabiliza al Municipio por la forma en que hicieron los contenedores, que facilita que los animales sueltos que circulan por el barrio (visto en detalle más adelante) se *hagan un festín*, nuevamente en el “barrio nuevo”. La desigual provisión de infraestructura en distintas zonas del barrio también refleja el carácter relacional y multiescalar de la construcción del territorio, en la que también intervienen actores de diversas redes –que en ocasiones se superponen– (Pierce et al., 2011). Esto permite vincular la forma de producción del territorio urbano con los diversos órdenes que se

estructuran en él, condicionando prácticas de uso y apropiación del espacio (Duhau y Giglia, 2004).

Y [canastos] sin tapa, nada. Yo pensé, cuando lo iban a hacer, yo pensé que lo iban a poner en cada departamento, en la puerta de ellos, con tapa y con candado que manejen ellos, entonces cada torre tiene su... como pasa en [nombre de calle], al lado del [nombre de cadena de supermercados mayoristas], no sé si conocen. [...] No, pusieron eso ahí, los animales se hicieron un festín, peor todavía. (Luis)

La presencia de basura y la falta de canastos se vinculan con las quemadas, cuyo humo y olor resulta molesto para los entrevistados y sus familias. Para Raúl, la limpieza es una de las cuestiones que podrían mejorarse en el barrio nuevo a partir de la recolección de los residuos por cada domicilio como en el resto del barrio, ya que la junta de basura en los volquetes facilita que luego la prendan fuego, especialmente por la noche. De este modo, las representaciones sobre la basura están relacionadas con las dinámicas de la sociabilidad barrial, donde la edad adquiere un carácter demarcatorio (aunque no generalizable a la totalidad de los jóvenes del barrio).

[...] quizás la limpieza... ahora hace poco andan barrenderos, pero de repente el camión viene y busca el volquete, cosa que podríamos ya tener como todo el barrio el camión que retira por cada domicilio, y se me hace que es más limpieza porque el volquete por ahí de un día para el otro se junta mucho, los chicos tiran para todos lados las cosas, no falta el que prende fuego a la noche, si viene el viento para acá te comés el humo, eso es horrible.

De acuerdo con Tomás, no todos los vecinos quieren que se reemplacen los volquetes por canastos como pide Luis, ya que los jóvenes usan los volquetes para hacer fogatas al juntarse por la noche. Como se verá más adelante, aquí la cuestión de la basura se superpone con la preocupación por la inseguridad y su asociación con grupos de varones jóvenes y el consumo de sustancias. Esto refuerza a su vez las representaciones negativas sobre este grupo, profundizando la división social al interior del barrio. Él mismo reconoce esta complejidad al decir que “*el tema de la basura es bastante amplio*”, seguido de un reclamo hacia la toma de responsabilidad por la situación. La persistencia de una situación de tal complejidad, que implica que su resolución requiera la articulación entre diversos actores, puede relacionarse con la persistencia de niveles de estrés crónicos (Corburn, 2017). Si la preocupación por las

infecciones que pueden provenir de los animales que se alimentan de la basura o los humos nocivos de las quemadas remiten a un efecto directo sobre la salud de la acumulación de basura en la vía pública; la presencia de jóvenes que utilizan esa basura para hacer fogatas en sus reuniones suma otros efectos sobre la salud a partir de situaciones de estrés generadas por habitar en un lugar con pautas de uso del espacio público por fuera de las esperadas.

Tomás- Más que nada los pibes jóvenes, que son los que se paraban en las esquinas, que ahí justo donde está el volquete se juntaban, y no querían, y enojados con todos los vecinos porque todos queríamos que saquen el volquete, porque generaba una mugre terrible, porque ellos mismos sacaban la basura para quemarla y hacer la fogata. [...] Pero el tema de la basura es un tema bastante amplio, que nadie toma el toro por las astas como corresponde tampoco.

Para Silvio, las quemadas también se relacionan con la falta de conciencia de los vecinos sobre la basura como un problema. En este caso, cuenta como el terraplén ubicado en la zona del fondo funciona como un basural a cielo abierto⁸. Además, la acumulación de basura implica que luego los vecinos la quemen. Sin embargo, habla también de los carreros, vecinos del barrio que recuperan residuos y viven hacia el “fondo”, principalmente en casillas.

En una entrevista realizada por el equipo en el año 2017, una referente barrial relataba que uno de los elementos buscados en el basural por los carreros era el cobre o la madera tirada por camionetas que venían desde lugares fuera del barrio. En línea con los aportes de Grinberg et al. (2013) y D’Hers (2011), y como vimos en el estudio anterior (Freidin et al., 2020a), mientras que para algunos la basura representa lo abyecto y aquello que se quiere desechar y no ver, para otros es una fuente de trabajo que les permite sustentar sus vidas, llevando a que su presencia se naturalice. Se ponen de manifiesto entonces distintas relaciones sociales construidas en torno a la basura que configuran a la vez los usos del territorio en el barrio y las representaciones sobre el mismo. Resulta útil la distinción propuesta por Shammah (2007) respecto de aquellos

⁸ En las distintas etapas del trabajo de campo pudimos ver la evolución de este espacio. Aunque inicialmente funcionaba de forma casi integral como un basural a cielo abierto, luego se hicieron obras de limpieza y –de acuerdo con el relato de los entrevistados– dejaron de ingresar camiones con basura de lugares fuera del barrio. Además, el Municipio construyó una plaza al lado de una Posta sanitaria ubicada en ese terraplén. No obstante, en nuestra última visita (20/12/19), este espacio seguía mostrando basura y la presencia de animales sueltos.

que viven por los residuos (trabajo), quiénes viven de los residuos (alimentación), y quienes viven en la basura (vivienda). Cada una de estas relaciones con los residuos o la basura configuran entonces distintos significados que no se agotan en esta cuestión, sino que se expanden hacia otras dimensiones de la vida en el barrio y la relación con los vecinos.

Si la espacialidad es el medio y el resultado de la acción y las relaciones sociales (Soja, 1994), las relaciones entre vecinos y los lugares que ocupan en el barrio, así como las diferencias en infraestructura (que remiten a falencias por parte del Municipio o el Gobierno Provincial), son constitutivas de una espacialidad específica en el barrio en general y de esta zona en particular. Esta temática tiene entonces dos expresiones principales: una hacia dentro del barrio y otra hacia fuera. La primera está dada por las diferenciaciones y demarcaciones entre vecinos, que se ubican como unas de las características de la construcción del lazo social en el barrio o de la percepción de la vida en el mismo. La segunda remite al reclamo por la toma de responsabilidad de las autoridades, sea para evitar la presencia de animales sueltos o para brindar la infraestructura correspondiente. Esta doble expresión afecta entonces al cuidado de la salud también por dos vías. Por un lado, por la exposición a contaminantes ambientales sin el tratamiento adecuado y a la presencia de animales sin el control correspondiente. Por otro, sumando obstáculos a la interacción entre vecinos y afectando negativamente la percepción del lugar en el que viven, deteriorando las relaciones entre sí y afectando la salud mental a través del aislamiento.

Silvio- Sí, hay quemas. Quemas que son arriba del terraplén, que por eso te digo, la gente no comprende y va y tira la basura, como acá es un barrio que hay carros que juntan cosas y van y los tiran al fondo. Y después les prenden fuego y sí, hay quemas, quemas también que contaminan el ambiente, que ese mismo olor perjudica al barrio. [...] mayormente son los que trabajan en carros, son los que están ahí constantemente tirando la mugre o... Y después prenden fuego.

Basura, quemas y animales sueltos

Si el arroyo parcialmente entubado marca la existencia de “dos barrios en uno” a partir de la discriminación estructural de las políticas de urbanización, que generan estigmas sobre partes específicas del barrio (Freidin et al., 2020a); las experiencias de los entrevistados muestran cómo los estigmas y las diferenciaciones internas se

actualizan a medida que el barrio crece, tomando nuevos elementos como referencia. La experiencia cotidiana en un territorio que no cumple con los estándares de la urbanización “formal” puede ser una fuente de insatisfacción que puede resultar en sentimientos de frustración frente a una situación que no se puede modificar o en un barrio que es discriminado estructuralmente por las decisiones sobre aspectos infraestructurales que construyen a su vez significados en los territorios locales, poniendo de manifiesto la naturaleza multiescalar de la construcción del territorio y de los barrios (Di Virgilio y Perelman, 2014; Jessop, Brenner y Jones, 2008; Bernard et al., 2007). Esto es particularmente claro en el siguiente extracto del relato de Tomás, para quién cambiar los volquetes por canastos individuales sería una forma de “civilizar” el barrio.

Betina- Para vos parte de la solución sería eso: sacar los volquetes, que el camión pase y vaya sacando la basura de los canastos.

Tomás- Casa por casa como en cualquier parte del barrio, como corresponde. A ver, civilicémonos, ¿por qué tenemos que ser diferentes a los demás? ¿Por qué tenemos que tener un volquete? Manejémonos como se manejó toda la vida. Nadie quiere. No sé ahí si hay intereses políticos o no, porque nadie quiere los votos en contra, entonces nadie se mete en forma política, porque si vamos al caso, el delegado dice: vamos, levantemos los volquetes, hagamos una reunión con los vecinos, se les avisa lo que va a hacer, desaparecieron los volquetes, listo. Por más que los pibes se quejen, ya está.

Sin embargo, el fondo no es el único lugar del barrio donde la basura es considerada un problema. Aunque cuenta que en la zona donde vive las quemas no son frecuentes, el relato de Damián las asocia con la falta de entubamiento del zanjón. Los relatos de las mujeres participantes en trabajos anteriores (Freidin et al., 2020a) mostraban que allí se generaba un ambiente en el que se juntaban ratas de tamaño considerable, nombrándolo como un “foco infeccioso”. La basura y las quemas entonces no son una problemática focalizada en lugares específicos del barrio, si bien allí adquiere mayor intensidad, sino que está presente en distintas partes de este y de forma relativamente generalizada. Damián reclama entonces la finalización del entubamiento para evitarlas: “Capaz que pasás a veces a la noche y están quemando ahí en el costado del zanjón. Por eso te digo, viste, esto de... estaría bueno para que el día de mañana lo hagan, cerrar todo ahí, hacer toda una plazoleta y estas cosas no van a pasar más”.

Como ya se adelantó, la problemática de la basura también incluye a la presencia de animales sueltos. Como los animales están en una zona cercana al terraplén, rompen las bolsas de basura en búsqueda de alimento y son una fuente de inquietud entre los vecinos de la zona. Además, Luis se refiere a esta cuestión como “el tema del que todo el barrio habla”, dando cuenta de la sensibilidad que implica entre los vecinos, pero cuya gravedad deriva principalmente de la presencia de basura que los animales rompen y desparraman. La preocupación por los animales sueltos también se percibe como una amenaza para sus hijos, como en el caso de Raúl, ya que los animales merodean el barrio.

Si bien la mayoría de los relatos giran en torno a la responsabilidad de los vecinos, la falta de la infraestructura correspondiente, de regularidad en el servicio de recolección de residuos o la falta de control de los animales sueltos apuntan a la producción interesalar de territorios segregados y excluyentes (Subirats y Blanco, 2008). Así, la falta de inversión municipal y provincial se ubica como parte de procesos estructurales de largo alcance vinculados a la desindustrialización, la pérdida del trabajo y la concentración geográfica de la pobreza, procesos que sobrepasan el territorio barrial, municipal, provincial e incluso nacional, pero que condicionan la capacidad de demanda de sus habitantes. Se producen así territorios “al margen” del resto de la ciudad, estériles desde el punto de vista de la producción del capital, y donde la exposición a factores ambientales afecta la salud física y mental a través de distintas vías.

Contaminación ambiental: aguas servidas y el zanjón semi-entubado

En trabajos anteriores, mujeres de distintas partes del barrio comentaron en numerosas oportunidades como el agua de red venía con mucho sedimento o con gusto a cloro e incluso había días que salía con mucho olor, lo que las llevaba a evitar tomarla y tener que comprar bidones o botellas de agua mineral –sobre la que también había dudas en cuanto a la calidad de su contenido (Freidin et al., 2020a).

Si bien en los relatos de los varones el tema no surgió sistemáticamente, en el siguiente fragmento Luis cuenta con detalle las características del agua de red en la zona donde vive, calificándola de “*intomable*” por el sedimento que trae. Además explica que, en la casa de su madre, a cinco cuadras de donde vive, el agua es más rica, aunque

también tiene gusto a cloro. En su caso, la presencia de sedimentos lo llevó a dejar de tomar el agua de red a raíz del descubrimiento de un problema en sus riñones, que luego fue postergado por un problema de salud más grave. Tomar agua mineral entonces se transforma en una medida de cuidado y prevención, cuestión que queda clara cuando Luis comenta su parecer luego de ver como el resultado de los filtros purificadores de agua para el hogar. Lógicamente, esto acarrea un costo extra que, en contextos de precariedad laboral y caída de los ingresos, puede resultar difícil de sostener.

Betina- ¿Y se puede tomar el agua?

Luis- No, esto es agua mineral [la botella que estamos tomando].[...] si vos llevás un poquito de agua un día en algo fijate, vas a ver que... todo el mundo. No, es intomable. Aparte yo... yo te digo la verdad, yo he tomado agua de ahí, pero después de que descubrí mi problema yo corté con esa agua. [...] vinieron con la máquina ahí a traer, viste que te ponen en la canilla.[...] pero una cosa cara era. [...] Y cuando el muchacho sacó lo que es, todo lo que tira, la mugre que tira, es impresionante. ¿Qué no te vas a enfermara acá? ¿Qué no te va a agarrar diarrea, dolor de estómago?

Además de la inconveniencia de no poder tomar el agua de red, la presencia de basura y suciedad en la vía pública también genera inundaciones y consecuencias para el funcionamiento de los desagües y el desagote de estos en el zanjón o en el río; a lo que se suma la contaminación del río Reconquista, el segundo más contaminado del país. La presencia de zanjas a cielo abierto y el vertido de aguas servidas en la vía pública puede tener graves consecuencias sobre las fuentes de agua potable, más aún si las últimas presentan conexiones precarias (Curutchet et al., 2012). La preocupación por las cloacas y las zanjas abiertas del “peor” lado del barrio fue común entre las mujeres del barrio (Freidin et al., 2020).

La ausencia de cloacas implica además que en ocasiones los vecinos vacíen los pozos ciegos en la vía pública, incrementando el riesgo de contaminación del agua y de infecciones. En el caso de Damián, su relato permite entender qué es lo que lleva a realizar esta práctica. El costo elevado del servicio de vaciado de pozos ciegos hace que su padre opte por vaciarlo en la vía pública, utilizando los caños originalmente instalados para las cloacas, obra que quedó inconclusa en el barrio nuevo. Además, la cuestión de las cloacas se superpone con las frecuentes inundaciones en algunas partes del barrio,

generando una dinámica de retroalimentación de las vulnerabilidades ambientales e incrementándolas: “*Lo que tiene esa zona ahí donde yo vivo es que se inunda a veces, cuando llueve mucho*” (Damián). Puede inferirse que estas inundaciones se deben a que algunas partes del barrio se encuentran por debajo de la cota de inundación, agravado por los barrios cerrados construidos bajo técnicas de construcción sobre humedales. En este sentido, Suárez y Calello (2012: 170) señalan como la planificación selectiva produce nuevas amenazas, por ejemplo, para los barrios cercanos a las urbanizaciones cerradas, generando nuevas vulnerabilidades ambientales y sociales. El incremento del riesgo ambiental al que está expuesto el barrio puede entenderse entonces como el producto de una distribución desigual de las externalidades de la construcción de urbanizaciones cerradas (Sabatini, 1997). Mientras que los habitantes de las segundas priorizan el disfrute de un ambiente valorado en términos de su paisaje; los habitantes del barrio lindante quedan expuestos al riesgo agravado de inundaciones por las crecidas del río debido a la degradación de los servicios ambientales que prestan los humedales sobre los que se emplazan las urbanizaciones; incrementando los riesgos ambientales y los impactos sobre la salud.

Damián- Sí, sí, sí. Sí, sí, está. Sí, y de vez en cuando mi viejo lo que hace... porque no contratamos un... estos que van a sacar la mierda, ¿no?, sino que le manda la máquina y lo saca él a veces. Viste que ya no podés hacer ni eso, creo que te cobran como cinco o seis lucas, cuando mi viejo averiguó la última vez. Sí, pero sí hay. [...] Y la manda para ahí, para... Porque ahora encima como está todo entubado lo manda por los tubos. Sí, está mal lo que hace, obvio, está mal.

Betina- Pero lo hacen todos, ¿no?, casi todos.

Damián- Sí, no sé, creería que sí, no sabría decirles, pero sí, seguramente.

Silvio ratifica la incertidumbre de Damián, ya que explica que vaciar los pozos ciegos a la vía pública por los caños de las cloacas inconclusas es una práctica común entre los vecinos. Esta situación pone de manifiesto cómo la desinversión en infraestructura básica tiene como correlato una mayor degradación ambiental, aumentando la vulnerabilidad de los habitantes de las áreas empobrecidas (Herzer y Di Virgilio, 1996). Como señalan Tobías y Pereira (2013), junto a la desinversión en agua potable y saneamiento se suma al desequilibrio hídrico de la región metropolitana y a la

disminución de los niveles de escurrimiento por los procesos de urbanización (a los que se suma la elevación de terrenos de las urbanizaciones cerradas), que favorecen el contacto de las napas con aguas contaminadas. Se relacionan así las condiciones generales de infraestructura, determinadas por la ausencia de cloacas, las restricciones monetarias, explicadas por el coste del servicio de limpieza de pozos ciegos el contexto de la crisis económica, con prácticas ambientalmente perjudiciales. Así, esto resulta en una práctica perjudicial para la salud de los habitantes del barrio. En términos de Diez-Roux y Mair (2010), esta situación ejemplifica cómo la segregación socioespacial se retroalimenta a nivel individual y produce efectos perjudiciales sobre la salud, en este caso a través de prácticas de higiene del hogar constreñidas por la disponibilidad de infraestructura. En este sentido, la salud ambiental debe entenderse a partir de la simultaneidad de procesos y la multiplicidad histórica que configura la vida cotidiana y las prácticas sociales en el territorio que hacen al proceso de la salud/enfermedad/atención y cuidado (Jaramillo, 2018). Es decir, la salud ambiental no está dada sólo por la exposición a factores de riesgo determinados, sino que también se explica por las prácticas que se conforman en el contexto de restricciones materiales. La descarga de aguas cloacales sin tratamiento reviste una gravedad aún mayor, dado que gran parte del barrio era antes un bañado por lo que los pozos pueden filtrarse a las napas subterráneas, profundizando la contaminación ambiental. Como comenta Silvio, cuando llueve esta situación es peor, ya que “*sube toda el agua y sale todo*”, cuestión que resulta “*perjudicial para la salud, para uno mismo*”.

Silvio- [...] por ejemplo... los pozos que vienen del... los pozos de los baños, un ejemplo, que van todos... salen hacia las calles. Ponen los caños que... porque como acá constantemente las capas del agua suben muy rápido, se llenan muy rápido los pozos. Y como para tratar de evitar que ellos sigan pagando todos los meses, sacan los caños como para que salga a la calle, ¿me entendés? Y eso es perjudicial para la salud, para uno mismo. Pero eso, por eso te digo, no toman conciencia en eso también, porque [...] Sale directo a la calle. Cuando llueve, peor, cuando llueve, peor; sube toda el agua y sale todo. Y eso... bueno.

Betina- ¿Eso pasa en algunas cuadras en particular o es algo común, más general?

Silvio- En general, en todo el barrio pasa eso porque en todo el barrio se nota eso, porque como no hay... cosas cloacales, así que, bueno.

Las inundaciones son un tema recurrente y motivo de preocupación entre las mujeres del barrio, más aún cuando hay presencia de niños con enfermedades crónicas respiratorias en los hogares a los que entra el agua (Freidin et al., 2020a). Como ya se mencionó, considerando las distintas etapas de trabajo de campo realizadas en el barrio desde el año 2015, las obras de infraestructura implicaron una mejora progresiva en algunas zonas del barrio. No obstante, las inundaciones siguen siendo un problema en áreas determinadas. Se reflejan aquí también los tiempos progresivos y acumulativos de las urbanizaciones populares (Caldeira, 2017; Di Virgilio, 2015) (incluyendo disputas y articulaciones con las autoridades estatales para la obtención de recursos), que resultan en la construcción paulatina de infraestructura y de servicios básicos. Esto se contrasta con la planificación previa de las urbanizaciones cerradas.

En la zona de las viviendas nuevas otorgadas por el Estado, las inundaciones no son frecuentes. Raúl estima que esto se debe a que el barrio nuevo está más elevado y lo relaciona con posibles problemas en la zona cercana *“Lo que sería acá esta parte nueva, no. Pero más de una vez que llovió muy fuerte, lo que es terraplén por ahí tuvieron problemas. No sé si es porque la parte nueva la hicieron muy alta y no pensaron ahí.”* . En la medida que estas intervenciones favorecen a los habitantes de esta zona del barrio y les evitan tener preocupaciones en torno a las inundaciones como en otras zonas, puede verse el efecto de las intervenciones públicas (en este caso, una política de vivienda y urbanización) sobre la salud urbana (Azambuja et al., 2011). Sin embargo, como explica Raúl, esto puede agravar la situación en zonas aledañas, dando cuenta del efecto limitado de estas intervenciones, si no se consideran integralmente. Por otra parte, la delimitación de zonas inundables de las no inundables, superpuestas con zonas de viviendas públicas –que motivan divisiones entre los vecinos–, puede contribuir a la construcción de fronteras simbólicas entre los habitantes del barrio, en tanto definen un área de mayor bienestar relativo. Además, las inundaciones implican que el tránsito por el barrio se vea afectado, ya que hay una cantidad considerable de calles de tierra que se tornan intransitables cuando se inunda. No obstante, Raúl comenta que esta situación mejoró con respecto al pasado.

La incidencia de inundaciones y el arrastre de basura que implican, sobre todo cuando el agua ingresa a los hogares, implica que las y los habitantes del barrio lleven

adelante estrategias para minimizar el daño y preservar su salud dentro de sus posibilidades (Freidin et al., 2018). De acuerdo con Suárez y Calello (2012: 164), estas estrategias pueden ser entendidas como un conocimiento elaborado por quienes necesitan reducir los impactos negativos de una situación amenazante, validado en la práctica. Más aún, la amenaza tiene una doble cara: las crecidas pueden implicar pérdidas materiales considerables y el elevado nivel de contaminación de dichas aguas implica riesgos para la salud de los habitantes del barrio.

En este capítulo puede verse cómo la cuestión ambiental integra aspectos estructurales y microsociales. Las prácticas en torno a la basura, condicionadas por la disponibilidad de cestos públicos y el funcionamiento de los servicios de recolección, propician la construcción de divisiones simbólicas entre vecinos. Además, los entrevistados muestran preocupación por cómo la presencia de basura en la vía pública puede afectar su salud, tanto por las quemas como por la presencia de animales sueltos, que resultan una amenaza al transitar por la vía pública, sobre todo para sus hijos.

La problemática ambiental también se relaciona con la disponibilidad de cloacas y la contaminación del agua. La instalación inconclusa de cloacas implica que los vecinos descarguen los desechos cloacales en los tubos ya colocados o que estos circulen por el sistema de zanjas del a cielo abierto del barrio. Esto es agravado por las inundaciones en algunas zonas del barrio, motivadas en gran parte por las crecidas del río. Así, también intervienen las urbanizaciones cerradas aledañas (elevadas mediante técnicas de relleno) y por la presencia de basura, que tapa los desagües pluviales.

Como resultado del entrecruzamiento de estas dimensiones, se construyen y reproducen significados sobre el barrio –y la zona del fondo en particular– que también impactan en los entrevistados a partir de situaciones de frustración y estrés que van en detrimento de su salud psicofísica. La distinción entre vecinos y la asignación de responsabilidad por el estado de la situación también implica efectos indirectos para la salud, en tanto afecta a la sociabilidad y a la percepción del lugar que los entrevistados habitan. Estas cuestiones pueden integrarse al análisis que se realiza en el capítulo siguiente, sobre las distintas formas de estigma socioterritorial que pesan sobre el barrio.

Capítulo V. Inseguridad, violencia, estigma y salud

En este capítulo abordamos en primera instancia las experiencias de los entrevistados en torno a hechos de inseguridad (personales, familiares o cercanos) y sus efectos para la salud. Consideramos estos efectos a partir de las dimensiones objetivas y subjetivas de la inseguridad y cómo éstas se relacionan con distintas estrategias autoprotectivas que a su vez afectan la salud de distintas formas, haciendo énfasis en la portación de armas de fuego.

En la segunda parte del capítulo, abordamos el estigma socioterritorial que pesa sobre el barrio, específicamente sobre la zona del fondo y su articulación con distintos efectos sobre la salud de los entrevistados. Tratamos como los entrevistados se posicionan frente al estigma y lo incorporan o no en sus testimonios. Relacionamos así el estigma y la salud a partir de las estrategias que los entrevistados asumen frente al estigma socioterritorial.

Inseguridad y violencia interpersonal

La inseguridad fue un tema recurrente en los relatos de los entrevistados. La preocupación por sufrir robos violentos o por vivir en una zona con repetidos eventos de inseguridad surgió en diversas oportunidades, condicionando su mirada sobre el lugar que habitan. Desde la perspectiva de la salud poblacional (*population health*) (Diez Roux y Mair, 2010), se afirma que el ambiente social del hábitat afecta la salud de acuerdo con los niveles de violencia interpersonal, seguridad u otras dimensiones de la organización social.

La inseguridad subjetiva, que refiere a la percepción de seguridad en la vivienda y en el barrio, así como sobre la probabilidad de ser víctima de un delito, es mayor entre los sectores de nivel socioeconómico bajo y los habitantes de villas y asentamientos (Muratori y Rodríguez, 2016); ubicándose como una fuente de preocupaciones y condicionando el desarrollo de la vida cotidiana. La inseguridad subjetiva se determina

en parte por la percepción de los sujetos acerca de la frecuencia con la que suceden hechos delictivos en el lugar que habitan, y determina el desarrollo de distintas estrategias autoprotectivas en función de su acceso a bienes y recursos públicos y privados (Bregman y Kessler, 2008). Por esto, tanto el crimen como el miedo al mismo se relacionan con el bienestar psicofísico de las personas y se ubican como uno de los potenciales mediadores entre las características del entorno y la salud de las personas (Lorenc et al., 2012). Vivir en un barrio percibido como inseguro tiene entonces consecuencias potenciales sobre la salud y la salud mental de las personas, asociándose con peores estados de ánimo y restringiendo prácticas preventivas que se realizan en el espacio público (Morello-Frosch et al., 2011).

La zona del “fondo” la que se percibe como más insegura y el terraplén aparece ahora como escenario para la venta de drogas, potenciando su demarcación como zona “indeseable” (Freidin et al., 2018; 2020a). Como argumentan Auyero y Swistun (2008), la superposición de la degradación ambiental, la vulnerabilidad socioeconómica y la inseguridad contribuyen a generar zonas a las que “no ir”, dando cuenta de la articulación entre desigualdades y la construcción de espacialidades. Más aún, las representaciones sobre lugares particulares se reproducen hacia quiénes habitan en ellas, ubicándose como una de las causas de estigmas socio-territoriales.

Damián- Donde yo vivo [...]vos hacés cuarenta metros para allá, que chocás con la cuadra, y ahí ya tenés todo carros, todo gente que vive ahí todo el día escabiando [...]ahí ya está el terraplén, están los paraguayos que venden droga, seguramente algunos chicos les habrán contado más o menos eso de lo que es ahí[...] está jodido. [...] capaz que en cierto horario no te conocen y te roban [...] o capaz que no.

En el relato de Damián queda clara la focalización en la zona del fondo. Además, de acuerdo con su perspectiva, la probabilidad de sufrir un evento de inseguridad depende de si te conocen o no en el barrio. Así, ante la pregunta de si alguna vez le robaron a él responde “No, quién me va a robar”, reflejando que en su caso la inseguridad no constituye un problema en particular. Algo similar expresa Luis, ya que explica que la situación es más complicada para quiénes no viven en el barrio o hayan llegado hace poco, poniendo de manifiesto las relaciones entre inseguridad y sociabilidad-proximidad. Formar parte del colectivo barrial o “ser conocido” puede entonces –de acuerdo con los

relatos— evitar sufrir un hecho de inseguridad. A pesar de esto, también cuenta que es “*muy raro*” que no le hayan robado a alguien: “*Esta parte [zona en la que vive] [...] Está complicada para la gente que no son de acá ... los que somos nacidos y criados acá somos un poco más conocidos, no tenemos grandes problemas. Acá es muy raro el que no le hayan robado, muy raro*”. Esto último es coherente con la mayor incidencia de hechos de inseguridad entre las personas de nivel socioeconómico bajo o residentes en villas o en asentamientos precarios (Muratori y Rodríguez, 2016).

La cuestión de la seguridad se articula frecuentemente con la presencia de jóvenes en la vía pública y el consumo de sustancias, por lo que se reclaman distintas soluciones que van desde lo estrictamente punitivo hacia miradas más preventivas. Se entrecruzan entonces las preocupaciones por las “juntas” en las esquinas (visto anteriormente con respecto a la basura) con relatos sobre ajustes de cuentas o peleas entre las bandas que venden droga en el barrio. Si ser conocido puede evitar ser víctima de un robo, esta condición se desvanece ante el consumo, ya que los jóvenes hacen “*cualquier cosa por conseguir droga*” (Luis). En el siguiente fragmento puede verse la interpretación de Lautaro sobre la perspectiva de los jóvenes que se juntan en la calle. Además, explica que “*no sabe quién tiene la culpa de todo*”, dando cuenta de la complejidad de la situación, producida por la articulación de múltiples procesos en el territorio.

No sé, muchos... algunos pibes... a mí me pasó en su momento también de tener trece, catorce años y ya agarrar la calle y creértela que te llevás todo el mundo por delante. Hoy la mayoría de los que están todo el día en la calle son los pibes que no trabajan o que deciden dejar la escuela y están todo el día en una esquina, están ahí todo el tiempo en la calle, buscando a ver en qué casa nos podemos meter a sacar algo, estudian la jugada de la gente que pasa, la que no pasa, cuándo deja la casa sola, cuándo no. Es como que están mucho así los pibes, y no sé quién tiene la culpa de todo eso, pero es lo que se vive, viste, lo que está todos los días.

Volviendo a Luis, él afirma que además, cuando hay algún hecho de inseguridad, no se puede recurrir a mucha ayuda: “*cada uno se cuida solo*”. De acuerdo con su perspectiva, los vecinos evitan meterse en problemas de otros en los cuáles pueden terminar lastimados ya que “*la liga cualquiera*”. Como respuesta, él toma una actitud vigilante y protectora sobre su hogar, que implica estar despierto y alerta durante la noche: “*Yo me tengo que levantar a las cuatro de la mañana, quedarme parado ahí*

afuera para que no intenten cruzar por acá para el terreno del fondo". Estos representan un riesgo mayor para su salud si se considera que Luis presenta una patología cardiovascular de gravedad, por el estrés que esto genera y las posibles repercusiones sobre la cantidad y calidad del descanso. Además, implica un mayor sentimiento de miedo producto del aislamiento, pudiendo relacionarse con una mayor carga de ansiedad y/o estrés, particularmente cuando hay peleas o enfrentamientos en el barrio.

Luis- Se cuidan solos en el sentido que cada uno hace su seguridad, tratan de no meterse con el problema del otro, digamos, si hay un problema con otro... Porque acá a veces cuando hay pelea en la calle acá liga cualquiera. [...] Yo me tengo que levantar a las cuatro de la mañana, quedarme parado ahí afuera para que no intenten cruzar por acá para el terreno del fondo. Y yo me quedé adentro de mi casa, con mi hijo despierto, ¿no es cierto? Y vos fijate una cosa, que también a veces te da cosa, yo comprendo que la policía no quiere romper su patrullero, pero esto pasó, te estoy hablando, más o menos cuatro de la mañana, y la policía habrá venido como a las dos horas y media, tres horas. [...] Entonces esas cosas a nosotros, obviamente, como vecinos, más de uno tiene miedo, y por eso se cuidan solos.

En el relato de Luis pueden señalarse dos cuestiones adicionales: la demora en la llegada de los móviles policiales y la portación de armas de fuego por parte de algunos vecinos. La decisión entre distintas estrategias o mecanismos de autodefensa puede explicarse, siguiendo a Cravino (2016), como el resultado de la capacidad diferencial de agencia de los habitantes del barrio en un marco en el cuál el Estado no sostiene el cumplimiento de las normas sociales de la misma manera que en otras partes de la ciudad. La demora en la respuesta policial se suma a la connivencia antes señalada, reforzando la necesidad de establecer prácticas de autopreservación, entre las cuáles se ubica la portación de armas. En las elecciones de los mecanismos intervienen entonces distintas dimensiones como habilidades particulares (conocimiento sobre el manejo de armas, por ejemplo), recursos, trayectorias personales y sociabilidades; así como por la percepción de riesgos y las experiencias previas de inseguridad (Lorenc et al., 2012).

La responsabilidad por la seguridad propia y la de los seres queridos implica que la vigilancia permanente y las estrategias frente a la inseguridad se constituyan como parte de las prácticas cotidianas de las personas en la ciudad, generando así una espacialidad específica vinculada a estas prácticas (Berneth Peña, 2016). Así, el "cuidarse solo"

señala también un efecto sobre las relaciones con los otros (que pueden ser o no objeto de sospecha) y sobre la sociabilidad, ya que implica la ausencia de acciones colectivas y la negativa a recurrir a otros para establecer redes de ayuda, afectando los lazos intrabarriales como soportes colectivos (Merklen, 2005). Sin embargo, en el barrio también existen redes de comunicación entre vecinos donde se notifican hechos de inseguridad, se coordinan para saber qué lugares evitar e incluso se organizan respuestas colectivas a las bandas –como el caso del “barrio de los paraguayos” donde los hombres de dicha colectividad corren en conjunto a las bandas de jóvenes que “ranchean” allí (Freidin et al., 2018). En esta línea, Tomás relata un ejemplo de la coordinación entre vecinos cuando, ante un robo a una vecina, salieron “*todos los vecinos afuera*” para asistir a la Prefectura y la patrulla municipal, que estaban buscando al autor del hecho. Así, dieron aviso a las fuerzas de seguridad de la ubicación del autor, que fue finalmente aprehendido por un oficial de Prefectura.

De esta forma, la experiencia de vivir en un lugar inseguro se relaciona con distintas estrategias para evitar ser víctima de la inseguridad. En este sentido, la seguridad puede considerarse como una necesidad psicológica que permite proyectar actividades y objetivos, contribuyendo al bienestar y a la salud de las personas (Paéz, Morales y Fernández, 2007, citado en Muratori y Rodríguez, 2016). Una de estas estrategias es la de limitar las salidas a lo estrictamente necesario y evitar salir por la noche, momento de mayor peligrosidad; estrategia que también llevan adelante las mujeres del barrio (Freidin et al., 2018). El miedo al crimen repercute sobre el bienestar y la salud de las personas a partir de: 1) la ansiedad, con consecuencias para la salud mental y el bienestar; 2) un peor estado de salud (especialmente salud mental) que puede exacerbar el miedo al crimen; 3) la adopción de conductas que busquen evitar la exposición al crimen (como las que se detallan a continuación) que repercuten negativamente sobre la interacción social y la actividad física; y 4) los efectos del crimen sobre la confianza y la cohesión comunitaria, afectando el bienestar social (Lorenc et al., 2012). El caso de Silvio contribuye a mostrar elocuentemente como se perciben las consecuencias de esta estrategia protectora desde el punto de vista psico-emocional (“*tenés que vivir como preso*”). Además, su testimonio refleja cómo la falta de dinero condiciona las estrategias

de autopreservación, ya que poner rejas en su casa –para evitar que vuelvan a entrar a robarle– le resulta muy costoso para su situación actual.

Silvio- En realidad no es vida para vivir enrejado, porque tenés que estar pensando que no te roben nada, que no te saquen nada, una vez ya me robaron, por eso te digo.

Betina- ¿Y ahí pusiste las rejas o ya tenías?

Silvio- Sí... no, no, no, te digo sinceramente, no las puse todavía, pero estoy en eso porque [...] hoy en día cuesta...

Para Raúl y su familia, la estrategia es relativamente similar. Evitan salir y llegar tarde a su hogar, ya que viven en el barrio nuevo, en las inmediaciones del “fondo”. Además, junto a su pareja intentan evitar que sus hijas jueguen fuera de su casa. Sin embargo, el problema no es solamente de noche. Tomás y su familia también intentan no salir en horarios nocturnos para evitar ser víctimas de hechos de inseguridad. Además, explica que la reputación del barrio implica que algunos remiseros (aquellos que vienen desde afuera del barrio o de otras partes de este) no quieran pasar más allá del zanjón que divide el barrio por temor a sufrir episodios de inseguridad. Como se verá en la próxima sección, estas situaciones refuerzan el estigma que pesa sobre algunas zonas del barrio y las divisiones entre los vecinos. Ante la imposibilidad de acudir a un remis, Tomás y su familia establecen estrategias de cuidado, como ir a buscar a su hija que llega tarde de trabajar, para evitar que atravesara el barrio en ciertos horarios: “*entonces yo me tomaba el recaudo de ir a buscarla [con el auto] hasta la ruta, porque a veces salía a las doce de la noche de laburar. Tenía que caminar de la ruta hasta acá, entonces, bueno, la iba a buscar hasta la ruta, la traía*”.

En general, el recorte de horarios de salida y los intentos por evitar circular por la vía pública dan cuenta de cómo la percepción del ambiente social del barrio condiciona las posibilidades para movilizarse. Las estrategias de autopreservación y de cuidado del grupo familiar cobran mayor relevancia si se consideran los testimonios sobre el desempeño de las fuerzas de seguridad. Aunque algunos relatos, como el de Silvio, describen una mayor presencia de los móviles municipales, o el de Lautaro, que rescata la mayor cantidad de cámaras y cómo esto mejoró la situación a su parecer. No obstante, los relatos muestran que realizar una denuncia en la policía implica el riesgo de luego ser delatado y sufrir represalias por parte del denunciado: “*No vas a estar apuntando con*

el dedo porque a más de uno acá han denunciado y después los mismos policías le dicen: mirá, el que te denunció fue tu vecino. Entonces al que te cascotean tu casa es a uno” (Luis). La imposibilidad de acudir a las fuerzas de seguridad luego de ser víctima de un delito recorta considerablemente las posibilidades de acción de los vecinos, que deben optar por recluirse en sus hogares o establecer otro mecanismo de defensa. Para Tomás, denunciar implica ser categorizado como *“el ortiva que habla”* e implica *“tener pecho para bancársela”*; mostrando nuevamente como la cuestión de la seguridad refuerza representaciones de la masculinidad hegemónica vinculadas a la capacidad de proteger lo propio a partir de la fuerza física y las armas de fuego. A su juicio, esto implica que termine rigiendo la ley del más fuerte, reforzando la idea de *“mostrar plomo”*: *“Y si le mostrás plomo, se frenan, es así, lamentablemente a veces es la ley del oeste, me pasó a mí en carne propia”*. De acuerdo con Cravino (2016), la falta de respuesta de la policía sumada a su connivencia con quiénes realizan prácticas delictivas implica la negación de una gran parte de los habitantes de barrios populares como sujetos de derecho, generando un marco propicio para la proliferación de dichas prácticas de autodefensa.

Aún así, la experiencia de vivir en un lugar inseguro puede relacionarse asociarse con mayores demandas preventivas/disuasivas. Esto es claro cuando Tomás relata una experiencia, que él valora positivamente, con un jefe de calle que *“se puso la mochila al hombro”* y dispersó las juntas en el barrio. Esto va en línea con las orientaciones mayoritarias de la población hacia medidas preventivas frente al delito, antes que el apoyo de penas más severas, tal como muestran estudios con encuestas nacionales (Otamendi, 2014). En el caso de Tomás, siguiendo los aportes de Sack (1986) y Duhau y Giglia (2004; 2008), su relato puede vincularse a una demanda por cambios en la territorialidad y en el orden público barrial, reclamando que sea la policía la que controle las pautas de comportamiento, uso y apropiación del espacio público.

Tomás- El tipo se tiró la mochila en la espalda y salió con dos, tres patrulleros a la calle y los desparramó todos, no los dejó que se junten más en las esquinas, el barrio estaba más tranquilo. [...] Y después, bueno, volvió a lo mismo, porque si no mantenés eso del patrullaje continuo y no dejarlos que se junten en las esquinas, y el hecho de la presencia policial es muy importante, porque eso ya no los deja con libre acción de hacer lo que quieren.

No obstante, la discontinuación de la presencia policial (“volvió a lo mismo”) implica que al momento de la entrevista Tomás afirmara que “quedás a la buena de Dios” a la vez que matizaba la responsabilidad policial, aclarando que “hacen lo que pueden”. En su caso, esta situación se relaciona con la portación de armas para defender a su hogar y a su familia. En el siguiente fragmento relata un episodio que se dio a raíz de un robo a su sobrino en el barrio. Luego del robo, su esposa quiso hablar con las madres de los chicos que le habían robado a su sobrino. Como su sobrino quiso ir a buscar con un cuchillo a quiénes le habían robado, pero estos eran un mayor número, terminaron refugiados en el hogar Tomás. Como empezaron a tirarle piedras a su casa, Tomás decidió sacar junto a su hijo dos armas que tienen en su casa y disparar al aire como signo de advertencia, ya que “cuando ven que hay plomo se calman”. En su relato se evidencia el razonamiento que justifica el usar armas para defender el hogar. La imposibilidad de contar con la policía (que “brillaba por la ausencia”) implica que para él haya otra alternativa, ya que sino “te rompen toda la casa”. En línea con Otamendi (2014), la insatisfacción por parte de las fuerzas de seguridad de la demanda de seguridad puede resultar en un mayor protagonismo de las respuestas privadas hacia este problema, tanto legales como ilegales. La contracara de estas prácticas es una exposición directa a riesgos físicos y psicológicos, vinculados al estrés crónico frente a los episodios de violencia, que en este caso se vinculan además con roles de género. Así, la portación de armas se relaciona con la construcción y sostenimiento de rasgos de la masculinidad hegemónica, como mostrarse fuerte y preparado para defender lo propio (Otamendi et al., 2019). La participación de su hijo en el acto de defensa muestra además el carácter aprendido de la violencia (Auyero y Berti, 2013).

Tomás- [...] para mi casa, a refugiarse acá. Todos atrás de él, todos corriendo para acá, yo ya lo empujé para adentro de la casa de un vecino, le dije: quedate, que estaba con el bebé en brazos, y cuando vengo acá nos agarraron a cascotazos la casa y yo sé lo que viene después, te rompen toda la casa, no les importa nada, más allá de que los otros también tenían armas, y dije bueno, de tripas corazón, lamentable, saqué el arma, mi hijo agarró la recortada, y tiramos dos tiros al aire y salieron como ratas. Y se quedaron a dos cuadras y yo fui y los encaré. Y me dice: eh, tirás al aire. Sí. Eh, hay chicos. En mi casa también hay chicos. Le digo el problema no es conmigo, fue con mi sobrino, o sea, arreglalo con él, si él vino acá no me interesa, en mi casa mi familia no se toca, así que al próximo que se acerque... Porque

suelen juntarse y volver de vuelta a arremeter, viste, entonces le digo: si vienen de vuelta no va al aire, va al pecho de alguien, fíjense lo que van a hacer. Para todo esto la policía brillaba por la ausencia.[...] cuando llegaron, llegaron media hora después cinco patrulleros, cuando ya se había calmado todo. Yo hablé con los pibes [...] les dije: a mí no me interesa, hablen con mi sobrino, si él metió la pata con ustedes arréglenlo con él, mi casa no se toca, al que vuelve, yo no tiro al aire, tiro al pecho, arréglenlo. Me volví, no volvieron más. Por eso te decía, cuando ven que hay plomo se calman.

Tomás luego profundizó sobre las razones que lo llevan a tener armas en su hogar. Si la aprobación sobre la tenencia de armas de fuego para protección personal se relaciona principalmente con dimensiones cognitivas (la percepción sobre la probabilidad de ser víctima de un delito o una mayor preocupación por el mismo) y/o afectivas (el temor o la ira hacia los delincuentes) (Otamendi et al., 2019); el caso de Tomás es un buen reflejo de estas dimensiones. Sus palabras muestran que es principalmente la preocupación por el delito y su frustración con la situación del barrio (falta de respuesta policial, juntas en la calle, drogadicción y narcomenudeo) lo que lo motiva a tener armas en su hogar. Esta situación es también ilustrativa del carácter interactivo y concatenado de la violencia urbana, que no puede separarse de la inacción estatal en territorios específicos (Auyero y Berti, 2013). La ocurrencia de hechos de inseguridad en el barrio, la consecuente alimentación de la inseguridad subjetiva y objetiva y la falta de respuesta policial propicia de este modo que Tomás disponga de las armas de fuego como medio de defensa personal y familiar, con la mayor probabilidad de dañar o ser dañado en este proceso.

Para cerrar este apartado, el siguiente fragmento sintetiza las consecuencias que tienen las situaciones relatadas sobre la perspectiva a futuro. Tomando el caso de Tomás, la recurrencia de episodios violentos, sus propias experiencias personales o familiares junto a las falencias en las respuestas de las fuerzas de seguridad ya señaladas; lo llevaron a él y a su familia a contemplar la posibilidad de devolver la casa que obtuvieron a través del plan de viviendas y volver a donde vivían antes, en el mismo terreno donde vive su suegra, también dentro del barrio. Así, sus palabras dan cuenta de una serie de cuestiones que ponen de relieve las relaciones entre ambiente social, la crianza de los hijos y calidad de vida. Sus reservas con respecto a la crianza de sus hijos en el barrio nuevo (*“¿en qué barrio se está criando, que está viviendo, que está*

mamando?”) y la frecuencia de la violencia junto a la falta de respuesta estatal se ubican como las principales razones que los han motivado a contemplar esta posibilidad.

[Llegamos]al punto de decirte que tomamos la decisión de devolverle la casa al Municipio. Yo le dije a ella, o sea, criar al nene en este barrio ya no me dan... desde ese día que pasó lo que pasó con mi sobrino y todo eso, fue como la gota que colmó el vaso. Más allá de que vos lo quieras criar a tu hijo con todos los valores que puedas enseñarle, a ver, ¿ en qué barrio se está criando, qué está viendo, qué está mamando?. Que vos te acostumbres a ver y lo tomes como natural, una batalla campal de cuarenta monos y que venga el patrullero y ver que el patrullero se va con los vidrios rotos y con la cola entre las piernas, y naturalizarlo. Naturalizar que te roben, que hagan lo quieran y que los cruzás en la calle y se te ríen, y por más que hagás la denuncia nadie hace nada. O sea, ¿por qué tengo que naturalizar eso y que mi hijo se críe en este ambiente? Le dije: no, basta, me vuelvo adonde estaba antes. Y si puedo alquilar, si esto mejora, nosotros vamos a esperar este año que sabemos que va a ser jodido, y si la economía mejora, yo le dije [a su esposa]: yo tengo que alquilar, alquilo, me voy, nos vamos todos.

En otras palabras, el malestar relacionado al ambiente social del barrio y a los episodios ya relatados implican un grado de considerable de insatisfacción con la situación cotidiana. El fragmento pone de manifiesto entonces los efectos directos e indirectos de la inseguridad y la violencia sobre el bienestar individual y grupal. Más aún, en la medida que contemplan mudarse dentro del barrio, el relato también muestra como la inseguridad y los problemas ambientales se estructuran a escalas micro, dónde distancias mínimas pueden marcar la diferencia en cómo se percibe y se etiqueta un territorio. Si bien Tomás nombra el episodio de su sobrino (relatado más arriba), el fragmento considera ante todo los efectos indirectos de la inseguridad y el rechazo a su naturalización. La decisión de relocalizarse constituye entonces una respuesta a estos efectos y se vincula con la búsqueda de una mayor tranquilidad.

Ambiente social y estigma: representaciones sobre el barrio y divisiones internas

Como ya se adelantó, las problemáticas analizadas también generan y refuerzan representaciones sobre distintas partes del barrio, configurando un mapa social complejo. El arroyo parcialmente entubado y el zanjón que atraviesan el barrio de este a oeste dividen al barrio geográficamente y simbólicamente (Freidin et al., 2018). Del “mejor” lado no sólo hay mayor infraestructura (más calles asfaltadas, una casa por lote y el grueso

de los comercios del barrio) sino que los residentes de esa zona rara vez van hacia el “peor” lado, del otro lado del zanjón. Este último está “encerrado” entre el zanjón y el río Reconquista, lo que implica que para salir sí o sí uno deba atravesar el “mejor” lado y la circulación de gente asuma un sentido unidireccional (en palabras de una participante de las etapas anteriores “ellos [por quiénes viven del “mejor” lado] no tienen nada que hacer acá” (Freidin et al., 2020a). Las divisiones se replican del “peor” lado, ubicando al fondo como la zona con peor reputación dentro de este lado.

Apoyándonos en las conceptualizaciones de Wacquant et al. (2014), Slater (2015), Pearce (2012), entre otros, en investigaciones previas (Freidin et al., 2018; 2020a) vimos como las mujeres del barrio experimentaban el estigma socioterritorial. El concepto de estigma territorial incorpora las estructuras simbólicas en la producción de desigualdades y marginalidad en las áreas relegadas del espacio urbano producidas desde “arriba” (discursos científicos, periodísticos y oficiales, etc.) y desde “abajo” (las representaciones que circulan en las conversaciones y encuentros cotidianos), que denotan negativamente a un lugar determinado y (Slater, 2015; Wacquant et al., 2014; Freidin et al., 2018; 2020a). Se genera de esta manera una “mancha” sobre el lugar en cuestión –a *blemish of place*– que se extiende hacia sus habitantes, corroyendo el *self* y afectando la vida individual y colectiva (Wacquant et al., 2014; Slater, 2017).

Al mismo tiempo, los lugares estigmatizados luego muestran dinámicas de retroalimentación del estigma, ya que las representaciones negativas llevan generalmente a un descenso en las inversiones en infraestructura, a la vez que los comercios suelen evitar ubicarse en dichas zonas o a partir de las estrategias que los habitantes despliegan para resistir el estigma (separarse discursivamente del colectivo estigmatizado, ocultar la dirección de su residencia, entre otras) (Slater, 2017). Si el habitar no se compone solo por una dimensión material, ligada a la reproducción de la vida, sino que también se vincula con un registro simbólico, marcado por la relación del sujeto o grupo con un lugar y la relación con sus semejantes (Duhau y Giglia, 2008); el estigma es una parte fundamental de la vida cotidiana en el barrio, especialmente en la zona del “fondo”.

La salud en un territorio estigmatizado

Los testimonios de los entrevistados testimonios reflejaron cómo el zanjón que atraviesa el barrio es percibido como una barrera física y simbólica que divide el barrio en dos, condicionando la movilidad de las personas de uno y otro lado, la disponibilidad de servicios, equipamiento urbano y comercios, así como la incidencia de hechos de inseguridad y violencia y marcando diferencias en la “higiene barrial” (Freidin et al., 2018; 2020a). Aquí analizamos las experiencias de los varones entrevistados en torno a estos aspectos. En términos de Soja (1994), puede argumentarse que la condición de frontera que adquiere el zanjón entubado refleja los vínculos entre espacio físico y cognitivo que constituyen la producción social de la espacialidad; donde el espacio físico es apropiado y resignificado en la producción social de la espacialidad.

En las siguientes palabras de Silvio, se refleja que, además de las distinciones sociales (“*del arroyo para allá es como que es clase media*”), también existen diferencias significativas en cuánto a la provisión de infraestructura a uno y otro lado del zanjón. Más aún, Silvio explica que el delegado barrial (con quién las organizaciones articulan para reclamar al municipio) se dedica principalmente “*para la zona del otro lado*”, dando cuenta de cómo la articulación con el Municipio refuerza el sesgo en las intervenciones sobre el otro lado.

Silvio- Del arroyo para allá es como que es clase media, y del arroyo para acá es clase baja. Y sí, hay diferencias porque te digo en el sentido cuando uno necesita que le pongan una iluminación tenés que hacer un... es una lucha, que constantemente tenés que tener con el encargado. Pero lo que es zona del otro lado, Independencia y Almirante Brown, todo iluminación, todo lo que necesites tienen ahí.

Al mismo tiempo, explica que para lograr que instalen luminarias (fundamentales para la percepción de un lugar como seguro) “*es una lucha*”. Esto último pone de manifiesto uno de los mecanismos de refuerzo del estigma. Para las mujeres del barrio, parte de la experiencia del estigma barrial para las mujeres se percibía a partir de la presencia de la mayoría de los comercios en el “mejor” lado del barrio, generando que “*ellos [quienes residen del “mejor” lado] no tengan nada que hacer acá [del “peor” lado]*”(Freidin et al., 2018). Allí, basados en Wacquant et al. (2014) y Slater (2017), dimos cuenta de cómo los comercios tienden a evitar instalarse en zonas con reputaciones

negativas, que a su vez refuerza el estigma que pesa sobre esas zonas. La lejanía de los comercios dificulta el acceso a recursos que pueden afectar al cuidado de la salud, constituyendo una de las vías a través de las cuales el estigma afecta la salud (Keene y Padilla, 2014).

La dimensión de frontera que adquiere el zanjón queda especialmente reflejada en el siguiente fragmento del relato de Damián. De acuerdo con su perspectiva, tapar el zanjón implicaría quitar una dimensión importante del estigma que pesa sobre la parte del barrio en la que vive. Sus palabras ponen de manifiesto el lugar que ocupa la infraestructura urbana y la (des)inversión pública y privada en la producción y reproducción de estigmas territoriales, además de las características sociohabitacionales (“*de allá para acá los que tienen la casa linda*”). Además, puede rastrearse en el relato de Damián la problemática relación entre la distancia social y la distancia física que se establece de uno y otro lado del barrio. Esto resulta más relevante si se consideran las urbanizaciones cerradas que rodean el barrio. Siguiendo a Carman (2015) en el Conurbano bonaerense la proximidad espacial de territorios habitados por distintas clases sociales implica la consolidación de “regiones morales” que, en función de las diferencias en sus condiciones materiales y representaciones de unas y otras, evitan el contacto entre sí. Ahora bien, el extracto sugiere que estas “regiones morales” también pueden desarrollarse al interior de los barrios. Surgen en consecuencia reputaciones negativas, principalmente en los territorios a ser “evitados”. Las referencias físicas que demarcan los espacios a evitar son al mismo tiempo reificadas, en tanto se perciben como las causas de la estigmatización, ocultando su carácter social.

Damián- Y yo creo que lo que quizá estaría bueno para que hagan en el barrio es tapar este zanjón, hacer una plazoleta, creo que eso es algo que siempre me hubiese gustado, viste. Aparte siempre los de este lado fuimos los villeros, ¿entendés?, siempre estuvo esa línea, viste, de allá para acá los que tienen la casa linda y de allá para acá los villeros, viste [...].

Continuando con la noción de región moral, en el relato de Lautaro quedan claros los demarcadores materiales y simbólicos del estigma espacial. Así, explica que en la zona que es considerada como la más peligrosa del barrio puede ser identificada a través de la presencia de carros, casa de chapa, pero más significativamente, porque “vas a

escuchar cumbia, gente en la esquina, todo eso". Si los espacios se asocian con sociabilidades y prácticas específicas que determinan modos de vida particulares territorializados (Duhau y Giglia, 2008); estos modos de vida pueden ser representados positiva o negativamente por otros sujetos. El relato de Lautaro reconoce las representaciones negativas que pesan sobre los carreros "*pobres, están mal vistos*", aunque no las comparte, incluso contrastando su propia situación económica con la de ellos "*yo estoy sin laburo, y yo los veo a ellos y todos los días salen [...] y a veces te sorprendés porque conozco gente que se hace una luca por día, dos lucas*". Así, Lautaro relativiza el estigma en función del bienestar monetario que entiende que tienen los carreros, más allá de la apariencia y los demarcadores cognitivos y sensoriales que se vinculan a la representación sobre esa parte del barrio y los carreros. El relato de Lautaro muestra como los habitantes de zonas estigmatizadas desarrollan distintas estrategias frente al estigma (Wacquant et al., 2014). En este caso, es a través de la relativización de la categorización negativa sobre un "tipo" de habitantes del barrio, los carreros.

No obstante, los relatos no apuntan exclusivamente a los carreros como portadores del estigma. En el siguiente fragmento de la entrevista con Silvio, se asocia a quiénes vinieron de "otros barrios" a las viviendas sociales ubicadas en la zona del fondo. Las palabras de Silvio dan cuenta de cómo el estigma hacia otros, provenientes de otros barrios, como portadores de conductas moralmente reprobables se entrecruza con la asignación de viviendas sociales. Aquí también puede verse otras de las estrategias frente al estigma. Asignar la responsabilidad por las conductas y atributos estigmatizados implica desligarse personalmente del mismo, desplazando el estigma hacia esos otros. En su relato, responsabiliza entonces a los nuevos habitantes del barrio por las situaciones de violencia e inseguridad.

Silvio- [...] se hizo un barrio nuevo, que son departamentos, ahí es como que vinieron gente de otro barrio y... porque... vinieron gente de otro barrio, de otros lugares que, bueno, lo empeoraron al barrio.[...] vinieron mala gente, mala gente, y sus hijos son iguales. [...] Se drogan, pelean entre ellos, pelean... buscan pelea a otros, van y le roban un celular a un mismo vecino, sin darse cuenta, a través de la droga, obviamente [...]

Luis comparte la posición de Silvio con respecto a los nuevos habitantes del barrio, aún siendo él uno de ellos. En este fragmento, puede notarse como a partir de la

percepción de quiénes fueron “metidos” en las nuevas viviendas como sujetos que no lo merecen debido a los bienes materiales de los que disponen, se generaliza esta condición a los habitantes del nuevo barrio. Más significativamente, el relato también revela otra de las estrategias posibles frente al estigma: abandonar el barrio estigmatizado (Wacquant et al., 2014).

Luis- Y eso generó otro conflicto, por qué, porque ellos peleaban que la gente tiene que ser toda de [Reconquista] primero, y resulta que los que están acá no son de [Reconquista], [...] son de otro[s] barrio[s], no son de acá. [...] Los tipos, no estoy en contra de ellos, el tipo anda con una Hilux que vale una fortuna. Está bien, se lo ganaron, todo lo que vos quieras, pero vive en un departamento. A mí, mirá, si a mí me dan una plata, pero sabés cómo yo no vendría a vivir acá, yo vine acá por necesidad, no porque tengo. Si yo tuviera no estoy viviendo acá, me compro un lote en otro lado[...].

No obstante, cabe comparar estas perspectivas con la de Raúl, residente del barrio nuevo en una de las viviendas construidas por el Estado Nacional. Su situación es paradigmática de la categorización negativa que adquiere el habitar en una vivienda social, ya que antes vivía dentro del barrio, pero del “mejor” lado, en un terreno que compartían con su suegra. Mudarse representaba entonces de tener una casa y un terreno propio, pero que requirió un considerable trabajo de articulación y lucha política por parte de la “Comisión” y de los propios residentes, que debieron organizarse para cuidar sus terrenos.

Su relato da cuenta además de cómo, sumado a la cuestión de la inseguridad y la ambiental, las representaciones de los otros sobre quiénes ocupan un territorio definido como nuevo puede añadir una dimensión adicional a enfrentar y soportar. En términos de D’Hers (2013), se articulan en el relato elementos del sufrimiento y lo que debió atravesar para *merecer* estar en un espacio determinado y apropiárselo, mecanismos constitutivos de la soportabilidad social que implican prácticas corporales con sus correspondientes dimensiones sensibles y emocionales que configuran la percepción del espacio. Es decir, Raúl relata lo que tuvo que atravesar para poder residir donde lo hace ahora, como obstáculos que debió superar a partir de prácticas como las guardias nocturnas, la organización y la defensa del terreno propio que definen un modo de apropiación y construcción del territorio del “barrio nuevo”. Ahora bien, queda además

claro cómo el plano simbólico juega un papel de peso en este proceso, ya que debió “ganarse” su derecho a habitar esa parte del barrio, a pesar de haber residido aproximadamente a 15 cuadras de allí durante gran parte de su vida; dando cuenta de las microdiferenciaciones que se establecen a nivel barrial y cómo el estigma es producido en esas escalas.

Raúl- [las personas que vivían en el fondo] Como que lo entendían como que venías a usurpar, como que venías de otro lado, otro barrio, como no pertenecías al barrio y te vienen a dar una casa o te regalan una casa, hay gente que lo entendía así. [...] te ponían cascotes grandes, veníamos así de mudanza, tenías que bajarte, correr, pasar, te buscaban roña y esas cosas. Y después, bueno, cuidarse, me acuerdo que hasta hacíamos guardia de noche, entre los varones decíamos, bueno, vamos a quedarnos despiertos tres o cuatro, después quedaban los otros, así nos íbamos cuidando entre nosotros, era terrible, y no había ni alambre, nada, caminaban, por ahí te golpeaban la puerta ahí atrás, y era complicado, porque se te asomaban ahí y te golpeaban la puerta. [...] Pero como eran las primeras familias, no éramos todos los que nos veíamos los viernes, que pasábamos como un presente, porque iba todo acomodadito bien de los que necesitaban realmente. Bueno, no entramos todos juntos, entró una tanda nomás, entonces para la gente de este lado parecía como que no éramos del barrio

Sin embargo, no son solamente los discursos de otros habitantes del barrio los que producen y reproducen el estigma. Como ya se adelantó, el estigma es producido tanto “desde arriba” como “desde abajo” (Larsen y Delica, 2019; Freidin et al., 2020a). La producción desde arriba, además de los discursos periodísticos y de autoridades estatales, también involucran a los dispositivos de geoposicionamiento y navegación. Tal es así que la denominación de “zona peligrosa” a partir del GPS se ubica como un potente elemento disuasorio para quiénes no conocen o habitan el barrio, limitando los ingresos (Freidin et al., 2020a). Así, tanto Damián como Luis comentan que el GPS categoriza como zona peligrosa a la zona del fondo, a la que las mujeres del barrio se referían como “zona roja” (Freidin et al., 2018). De este modo, se evidencia el rol de los dispositivos sociotécnicos en la producción de imaginarios y representaciones sobre el territorio, que repercuten en la vida de sus habitantes. Luis explica además que, para quienes no conocen el barrio e ingresan una vez, la experiencia puede resultar en la intención de evitar regresar a esa zona del barrio, incluso cuando se trata de familiares. Las consecuencias potenciales de esta actitud por parte de familiares y conocidos

implican limitaciones para la vida social de quienes residen en esta parte del barrio, sumándose al efecto de las estrategias previamente mencionadas para evitar los episodios de inseguridad. Por lo tanto, estas dimensiones dan cuenta de cómo los episodios de violencia interpersonal, la percepción de un lugar como inseguro y las reputaciones negativas que se construyen en esos territorios, a partir de distintos discursos, se articulan y producen efectos para la salud.

Luis- Sí, nosotros figuramos, por eso mucha gente no entra acá. Si algún familiar viene alguna vez acá, y, capaz que dos veces no quiere venir, eh. Porque cuando sale o cuando entra por ahí le hacen problema, o por ahí dejan el coche afuera, o por ahí se lo quieren abrir, pasan los chicos...

Si bien se localiza fundamentalmente en la zona del fondo. El estigma también abarca a la zona del “otro” lado en general. Tal es el caso de los remises de afuera del barrio, que evitan ingresar a esta parte del barrio por temor a episodios de inseguridad, como ya se comentó en el caso de Tomás. Así, restringen la movilidad de quienes habitan en esta zona que, como solución, suelen tomar remises de esa misma parte del barrio. Ahora bien, la valoración de los remises externos al barrio sobre la zona del “peor” lado inevitablemente se filtra hacia sus residentes. Esto da cuenta de cómo los agentes exteriores (*outsiders*) pueden constituirse como productores y reproductores del estigma (Larsen y Delica, 2019). Recibir una negativa a entrar a la zona del barrio donde viven, además de la obvia consecuencia de tener que caminar hasta su hogar, implica también el reforzamiento de la reputación negativa del barrio y del colectivo que lo habita, donde los entrevistados están incluidos. Esta situación fue común entre mujeres que residen en el barrio, acudiendo a la misma estrategia para evitar ser discriminadas por la zona en la que viven (Freidin et al., 2018, 2020a). Las dificultades para desplazarse por la ciudad pueden ser críticas al momento de requerir un transporte con urgencia, más aún si se consideran las demoras de ambulancias que comentaron los participantes en diversas ocasiones y en trabajos anteriores (Freidin et al., 2019). En esos momentos, la solidaridad entre vecinos puede ser crucial para evitar episodios de gravedad o para atender una urgencia, como comentaron las mujeres del barrio.

Tomar los remises del barrio constituye tan solo una de las estrategias frente al estigma. Como se dijo más arriba, habitar en un territorio estigmatizado tiene

consecuencias sobre la identidad de las personas. Por lo tanto, las estrategias para resistir el estigma también se desarrollan en el plano simbólico. Una de ellas es la “denigración lateral” –lateral denigration–, que implica la demarcación personal del estigma, sin necesariamente combatirlo (Wacquant et al., 2014). Esta estrategia se desarrolla entonces en el plano individual, al diferenciarse y separarse del colectivo con reputación negativa a pesar de habitar el mismo territorio. La consecuencia es una reproducción del estigma, erosionando la identidad colectiva y la cohesión social, dando cuenta del efecto disgregador del estigma que opera tanto entre los vecinos como las vecinas del barrio (Freidin et al. 2020a).

En la primera parte de este capítulo abordamos como la percepción subjetiva sobre la inseguridad y la vivencia de hechos concretos, personales o familiares, se vincula con situaciones de estrés crónico por la posibilidad –percibida o concreta– de ser víctima de algunos de esos episodios. También vimos cómo estas percepciones se vinculan con estrategias autoprotectivas que impactan sobre la sociabilidad (con el consecuente efecto sobre la salud a partir del aislamiento y el abandono de prácticas preventivas en el espacio público), o que implican una mayor exposición a riesgos psicofísicos tanto individuales como familiares, particularmente a través de la portación de armas de fuego.

En la segunda parte, abordamos cómo los relatos y experiencias de los entrevistados muestran la articulación entre pobreza urbana, segregación socioespacial y la producción de representaciones sobre el territorio y sus habitantes. En la medida que estas representaciones se filtran hacia sus identidades, tienen efectos potenciales sobre la vida social y sobre la salud psicofísica de las personas. Se conjugan así efectos estructurales de largo alcance y pertenecientes a distintas escalas, resultando en la producción de territorios degradados. La falta de infraestructura, de inversión pública y privada, la contaminación y el sufrimiento ambiental, el desempleo y la inseguridad, la falta de perspectiva a futuro para los jóvenes, son dimensiones constitutivas de este problema y que dan cuenta de su complejidad y articulación múltiple. En este contexto, las personas despliegan estrategias que, si bien les permiten soportar el estigma y llevar adelante su vida cotidiana, pueden reproducirlo al mismo tiempo, profundizando sus efectos.

También es posible ver algunas estrategias desarrolladas por los entrevistados frente al estigma. En el caso de Luis, Tomás y Damián, los tres consideran o consideraron abandonar el barrio por la imposibilidad de visibilizar el futuro que desean allí. Lautaro, por su parte, relativiza las categorizaciones negativas hacia los carreros, rescatando como “viven bien” a pesar de las representaciones que pesan sobre ellos. Las mujeres del barrio replican algunas de estas estrategias –particularmente el desplazamiento del estigma hacia otros–, aunque también emprenden estrategias colectivas de reclamo frente al abandono estatal (Freidin et al., 2020a). Además, los entrevistados suelen desligarse de los comportamientos y atributos que componen el estigma, desplazando estas categorías hacia otros habitantes del barrio. A continuación, se desarrolla el último capítulo analítico de este trabajo, en el cual abordamos las experiencias de acceso a la atención de la salud de los entrevistados, poniendo énfasis en el aspecto territorial del proceso de atención.

Capítulo VI. El acceso a la atención de la salud y el territorio: tiempo, espacio y movilidad

La disponibilidad geográfica de efectores que sean capaces de dar solución a las demandas a los usuarios, así como sus capacidades para trasladarse y acceder a los servicios de salud constituyen dimensiones de peso en el condicionamiento del acceso a la atención de la salud. El acceso supone el vínculo entre una necesidad y un deseo de atención, luego enlazado con la búsqueda, el inicio y su continuidad en el tiempo hasta que la necesidad sea resuelta. Los obstáculos que surgen en este proceso se conceptualizan como barreras en el acceso a los servicios de salud (Frenk, 1992; Restrepo–Zea et al., 2014).

Las barreras en el acceso pueden acarrear consecuencias como tener que viajar más tiempo (y gastar más dinero) para acudir a otro efector o incluso la búsqueda de otras alternativas por parte del usuario ante la falta de respuesta de los efectores más próximos a su lugar de residencia (Shareck, Frohlich y Kestens, 2014; Ballesteros et al., 2016; Freidin et al., 2019). Si se entiende a la movilidad como una práctica social de viaje que combina deseos y necesidades de desplazamiento con la capacidad de satisfacerlos, y que está influida por factores físicos, ambientales y sociales (Gutiérrez, 2009), puede establecerse que habitar en barrio segregado impone obstáculos adicionales a la movilidad, dada la menor disponibilidad de transporte público, la menor infraestructura vial y los factores que restringen la circulación por el espacio urbano (eventos de inseguridad, por ejemplo). Las prácticas de movilidad no implican sólo la capacidad de movilizarse –constreñida por las opciones contextuales de movilidad de cada lugar específico– sino también la apropiación cognitiva del territorio (Kaufmann, Bergman y Joye, 2004).

Se configuran de esta manera movilidades vulnerables, caracterizadas por el riesgo de continuidad, reducción o deterioro de las prácticas sociales de viaje, haciendo que la movilidad de algunos grupos sociales se torne frágil o se debilite (Gutiérrez, 2009). Las consecuencias de esta vulnerabilidad pueden hacerse presentes en diversas

dimensiones de la vida cotidiana, entre ellas, el cuidado y la atención de la salud. No obstante, el factor territorial también puede incluir ventajas o favorecer procesos de cuidado, cómo la disponibilidad cercana de efectores de salud que faciliten el acceso a los residentes del barrio. Así, el CAPS ubicado en el barrio se presenta como un recurso de peso en algunos de los relatos de los entrevistados, tanto por su cercanía como por la relación más estrecha que establecen con el equipo de salud (incluso algunos de sus miembros son vecinas y vecinos, que nacieron en el barrio y residen allí).

Partiendo de estos conceptos, en este capítulo analizamos las experiencias de acceso de los entrevistados y sus familias haciendo especial foco en el factor territorial. Consideramos también sus prácticas de movilidad y cómo estas se relacionan con las barreras en el acceso y los requerimientos de las y los profesionales de la salud y/o de los tratamientos. Analizamos en primer lugar las experiencias de atención en el territorio barrial y municipal, particularmente en los efectores de la red municipal y el hospital provincial de referencia. Luego, analizamos experiencias con otros efectores por fuera de esta red. El capítulo se cierra con la experiencia de Luis, que padece una condición cardiovascular de gravedad, acudiendo a distintos efectores en el proceso de su tratamiento.

La atención local: experiencias de acceso y (dis)continuidad en el CAPS y la red municipal

Las experiencias de los entrevistados ubican generalmente al CAPS del barrio como un recurso. Así, los entrevistados suelen referirse en términos positivos a este efector. La red municipal tiene una reputación relativamente similar, aunque los entrevistados suelen referir mayores problemas vinculados a la disponibilidad de profesionales o se encuentran excluidos de la atención debido a su edad (cuando se trata del Hospital Materno-Infantil municipal, frecuentemente valorado de forma positiva). Esto coincide con las experiencias de acceso de mujeres del barrio que valoraban positivamente al CAPS y encontraban mayores obstáculos al asistir a otros efectores de la red municipal que prestan servicios hospitalarios y/o de diagnóstico (Freidin et al., 2019).

Atención en el CAPS y postas barriales: la atención de los más jóvenes

Las experiencias de atención en el CAPS barrial difieren de acuerdo con las edades de los entrevistados. Mientras que los más jóvenes rara vez asisten al CAPS y cuando lo hacen es por malestares menores, los entrevistados de más edad acuden allí por cuadros crónicos como diabetes e hipertensión y frecuentemente requieren medicación, que puede ser o no provista por la farmacia del CAPS.

Los más jóvenes acuden por cuestiones menores, generalmente resueltas en el momento por demanda espontánea. Bruno (25 años), por ejemplo, acude al CAPS cuando se siente mal, pero también cuando debe realizar trámites por su certificado de discapacidad “*Y, por ejemplo, bueno, cuando tengo algún problema, por ahí, qué sé yo, levanté fiebre, o por un resfrío o un trámite, viste*”. Damián (29 años) por su parte, había asistido por última vez al CAPS cinco años antes de la fecha de la entrevista, por un cuadro de faringitis producto del tabaquismo. La posibilidad de presentarse sin turno y obtener una buena atención ubican al CAPS como un recurso para este tipo de situaciones. Esto no representa necesariamente una novedad, puesto que dentro de los lineamientos de la estrategia de APS (OPS, 2009) los efectores de primer nivel apuntan precisamente a la solución de este tipo de demandas en el entorno de proximidad de los usuarios. La experiencia de Damián resulta útil en este aspecto ya que también permite comprender cómo el CAPS se constituye como recurso a través del otorgamiento de la medicación necesaria para los tratamientos prescritos: “*Te dan, tipo, la receta, y vas y lo pedís y te dan ellos. Si lo tienen, si no lo tienen, bueno, no, viste*”.

Lautaro (25 años), por su parte, opta generalmente por automedicarse como primera medida cuando se siente mal, acudiendo a los servicios de salud si no responde a la medicación. Aunque opta por ir a la guardia del hospital provincial, siempre pasa primero por el CAPS: “*Sí, a la guardia, igual siempre paso por la salita, ponele, si tengo que ir. Pero por ahora, gracias a Dios, hace una banda que no... nada de nada*”. Es decir, aún no siendo su referencia principal, Lautaro pasa por el CAPS antes de acudir a la guardia del hospital. Como vimos en trabajos anteriores (Freidin et al., 2020b), la demanda espontánea del Centro de Salud constituye uno de los principales medios de captación de los varones por parte de los servicios. No obstante, como muestra la

experiencia de Lautaro, no necesariamente puede construirse una relación con el equipo de salud a partir de esas consultas. Las palabras de Lautaro esclarecen esta situación, ya que no hace controles preventivos porque se siente bien, cuestión que va en línea con la menor frecuencia de las consultas en los hombres y sus actitudes frente al cuidado de la salud en Argentina (López, Findling y Abramzón, 2006; Ballesteros, 2014; Freidin 2017a; Freidin y Krause, 2017; Krause y Ballesteros, 2018): *“Nunca fui ni quiero ir, porque, no sé, me siento bien”*. En esta línea, los estudios por encuesta señalan que los hombres muestran con mayor frecuencia una autopercepción positiva sobre su estado de salud (Krause y Ballesteros, 2018), pudiendo desalentar las consultas preventivas y, consecuentemente, la asistencia al CAPS.

Cabe destacar que, entre los más jóvenes, Bruno también identifica obstáculos para el acceso a la atención en el CAPS. Esto no implica que su valoración sobre el CAPS sea negativa, pero su percepción muestra matices. Si bien aclara que en ocasiones le dicen que vuelva al otro día o le dan un turno a dos semanas (demoras, por otro lado, que no resultan excesivamente problemáticas), también explica que el CAPS *“te ataja un montón”*, refiriéndose a la rápida resolución de trámites como la firma de aptos médicos.

Los jóvenes también asisten a la red de postas articuladas con el CAPS, donde atienden de forma rotativa los miembros del equipo de salud. Si bien la atención en postas se destina principalmente a los controles de niños sanos o la realización de talleres en ocasiones también funcionan como demanda espontánea de adultos, priorizando la resolución de las consultas. No obstante, las postas también fueron vandalizadas en diversas oportunidades, lo que llevaba a una vecina del barrio a evitar asistir a la posta ubicada en la zona del “fondo” por el ambiente que se generaba (Freidin et al., 2018); cuestión que no surgió en los relatos de los entrevistados. Las Postas permiten, de acuerdo con el testimonio de Bruno, acceder rápidamente a recursos como vacunas, cuando estos están disponibles. La comunicación por redes sociales le permiten estar al tanto de cuándo aparecen estos recursos. La cercanía implica que pueda acudir apenas se entera, recortando tiempos de planificación y búsqueda de recursos: *“por ahí ellos mismos publican en el Facebook que se están dando vacunas para tal cosa, entonces el que le interesa o por ahí el que no tuvo esa vacuna va ahí y se presenta ahí”*.

Atención en el CAPS y postas barriales: la atención de los varones más grandes

Como ya se adelantó, el lugar que ocupa el CAPS en las estrategias de búsqueda de atención difiere entre los entrevistados de mayor edad con respecto a los más jóvenes. La primera diferencia a considerar es que los varones más grandes acuden en mayor medida a los servicios por problemas de salud crónicos, que implican una relación más sostenida con el equipo de salud. Al mismo tiempo, cuando sus problemas de salud revisten gravedad las falencias del CAPS y la red de atención –como la desarticulación de la atención– se vuelven también más graves, más aún cuando los entrevistados dependen exclusivamente del subsector público para resolver sus necesidades de atención. Las falencias en la articulación de los servicios pueden afectar la continuidad de la atención, impactando en la calidad percibida y en el estado de salud de los usuarios, especialmente aquellos que padecen enfermedades crónicas (Mercado-Martínez y Hernández-Ibarra, 2007). Asimismo, las deficiencias en la atención pública implican una mayor exigencia sobre las capacidades de pacientes en condiciones de vulnerabilidad social, entendiéndolas a estas como los recursos y habilidades que los pacientes pueden movilizar para cubrir con las demandas de los servicios de salud y de autocuidado que permiten a las personas enfrentar las cargas de su enfermedad (Boehmer et al., 2016).

En el CAPS se articulan diversos programas de entrega de medicamentos. El conocimiento de dos de ellos se vuelve fundamental para comprender las experiencias de los entrevistados más grandes. Uno de los principales es el REMEDIAR⁹, creado por el Ministerio de Salud nacional en el año 2002, el cuál articula la provisión gratuita de medicamentos a través de los efectores del primer nivel para distintos problemas de salud, integrando analgésicos, antiácidos, antianémicos, antiasmáticos, antibióticos, cardiovasculares, entre otros. Otro programa relevante para la situación de salud de los entrevistados es el PRODIABA¹⁰, creado por el Ministerio de Salud de la Provincia de Buenos de Aires en el año 1996, dirigido a la población diabética que no cuenta con obra social ni capacidad económica para afrontar el tratamiento y consiste en la prestación de

⁹Fuente: Ministerio de Salud de la Nación (s.f). Recuperado el 9/7/21 de: <https://www.argentina.gob.ar/salud/remediar/que-es-remediar>.

¹⁰Fuente: Ministerio de Salud de la Provincia de Buenos Aires (s.f). Recuperado el 9/7/21 de: <http://www.ms.gba.gov.ar/sitios/prodiaba/>

asistencia en efectores estatales, la provisión de insumos farmacológicos y no farmacológicos como diversos tipos de insulina, antidiabéticos orales en comprimidos, jeringas y agujas para la aplicación de insulina o las tirillas reactivas.

Silvio es uno de los entrevistados que hace sus controles por su condición como diabético en el CAPS. Si bien allí deberían proveerle los medicamentos, los frecuentes faltantes –al momento de la entrevista (30/10/19) agravados por el recorte en los programas públicos de entrega de medicamentos– producen discontinuidades en el proceso de atención y atentan contra el derecho a la salud de los entrevistados. Como analizamos cuando entrevistamos a integrantes del equipo de salud la falta frecuente de medicamentos implica que el equipo de salud deba “hacer malabares” para sostener los esquemas de medicación sin agravar la condición de salud de los usuarios, debiendo en ocasiones encontrar medicamentos sustitutos que generan dificultades a partir de los cambios en las formas de administración (Freidin et al., 2020b). Para pacientes diabéticos, la falta de insulina análoga (en lapiceras, más fácil de administrar) y de tirillas implica que deban medicarse con insulina NPH (aplicada con jeringa descartable, sin unidades premedidas), con mayores complicaciones para la aplicación ya que resulta más dolorosa y el usuario debe medir la cantidad a inyectar

El factor territorial cobra mayor relevancia, en tanto los faltantes en el efector más próximo afectan negativamente el tratamiento de Silvio. La falta de recursos en el CAPS pone también de relieve el desajuste entre las políticas de entrega de medicamentos con base territorial a través de los efectores de atención primaria de la salud. Ante el faltante, a Silvio lo refieren a otro efector en el centro del Municipio, con los correspondientes tiempos de traslado, pero tampoco consigue allí las tirillas ni la metformina: *“[en el CAPS] cuando uno va y necesita remedios, esas cosas, no nos proveen [...] no consigo insulina y no consigo tirillas, o metformina, que eso es importante para mi salud, y no se consigue”*.

La experiencia de Silvio muestra como se articulan en el territorio la falta o insuficiencia de ingresos, los problemas de accesibilidad a la atención a la salud y las falencias en la red de atención. Antes, accedía a la insulina, metformina y tirillas a través de su obra social, que tenía a partir de su trabajo en una cooperativa. No obstante, la

cooperativa se fue “*desmenuzando*” y perdió la obra social a la que accedía a través del monotributo social, donde también tenía un médico de cabecera, su historia clínica, mayor disponibilidad de turnos y que facilitaba su atención ya que la clínica en dónde se atendía queda cerca del barrio: “*me proveía todo, me proveía todo, así que tenía todo, sinceramente tenía todo*”. El cambio de efector también afecta a la disponibilidad de información y la confianza en el equipo de salud, a la vez que las experiencias de discontinuidad de la atención suelen darse cuando se modifica el subsector de atención (Naithani, 2005). De esta forma, las consecuencias de la desarticulación de la cooperativa van más allá del sólo cambio de efector y representa una de las formas en las que se articulan las desigualdades socio-territoriales.

No obstante, el CAPS le permite a Silvio hacerse sus controles de salud dentro del barrio. La proximidad resulta fundamental en su caso ya que no dispone de movilidad propia, por lo que los traslados pueden resultar un problema (también por la disponibilidad de dinero para cargar la SUBE y movilizarse en transporte público), pero su importancia como recurso se ve matizada por el faltante de medicación y tirillas ya mencionado. Si bien no tiene un médico de cabecera como tenía en la obra social, Silvio se realiza los controles dos veces al año. La falta de un médico de cabecera puede afectar la percepción de la continuidad de la atención, como una dimensión de su continuidad con efectos potencialmente negativos sobre el resultado y desarrollo del proceso de atención (Aller et al., 2013), más aún si se suman los cambios en los esquemas de tratamiento ya mencionados. Además, también enfrenta otros obstáculos como la disponibilidad de turnos para controles, ya que el CAPS recibe una demanda considerable: “*Sí, te digo sinceramente, a veces consigo y a veces como que me cuesta un poquito porque como hay mucha demanda, también tenés que esperar*”. De acuerdo con los miembros del equipo de salud esta mayor demanda perjudica la realización de controles preventivos y talleres comunitarios de cuidado preventivo para personas con diabetes, afectando al cuidado de la salud de la población del barrio (Freidin et al., 2020b). Silvio tampoco puede sostener prácticas de autocuidado –como la ingesta de alimentos a intervalos regulares– debido a sus restricciones de ingresos.

El *desmenuzamiento* de la cooperativa en la que Silvio trabaja pone de manifiesto las consecuencias indirectas sobre el acceso a la atención a la salud de la desarticulación

de políticas sociales con base territorial. Al reducir la oferta de servicios de los cuáles Silvio puede elegir, la reducción de prestaciones y beneficios de la cooperativa recortan su accesibilidad geográfica a los servicios de salud, entendiéndola como la relación entre la distancia a los distintos efectores y las posibilidades de elegir efectores determinados (Guagliardo, 2004). Su situación se ve agravada por la falta de movilidad propia, que implica que no pueda acceder a otros efectores sin un esfuerzo económico considerable, configurando una movilidad vulnerable (Gutiérrez, 2009).

Las demoras de uno o dos meses para acceder a turnos en el CAPS, llevan a Silvio a considerar darse de alta como monotributista social (con un costo reducido respecto del monotributo “tradicional”), que le permitiría volver a tener cobertura por obra social. Aunque le requeriría un gasto adicional por la cuota del monotributo (entre \$150 y \$200 en 2019), le representaría la posibilidad de retomar los controles con su médico de cabecera y acceder más rápidamente a los turnos de control en un efector en el que ya tienen su historia clínica: *“Con la obra social y tenía mi clínica me daban el turno durante un día, dos días, al toque lo conseguía”*. Sostener una relación con un médico de cabecera implica un mayor conocimiento de las propias necesidades como paciente y una mayor probabilidad de recibir explicaciones más profundas, que afectan a la continuidad relacional de la atención para pacientes con enfermedades crónicas (Naithani, 2005). Además, podría compensar parcialmente el costo del monotributo con el ahorro en los medicamentos e insumos que necesita para controlar su diabetes.

Más aún, los bajos ingresos que le reporta su participación en la cooperativa amplifican las falencias de la atención, en la medida que impide la posibilidad de comprar las tirillas y la insulina. La disponibilidad de tirillas e insulina resulta fundamental para el cuidado de su salud ya que debe poder medir sus niveles de insulina varias veces al día para poder controlarse. En este contexto, Silvio en ocasiones puede acceder a las lapiceras y tirillas a partir del intercambio con amigos que también padecen diabetes, aunque desconoce cómo ellos acceden a las mismas. En línea con Muntaner et al. (2012), el acceso a recursos para el cuidado de la salud no se limita a lo económico, sino que también incluye al apoyo social y otras formas de capital socialmente valiosas. Las prácticas de intercambio dan cuenta de cómo, en el contexto de desigualdades estructurales y las falencias de los servicios públicos de salud, se desarrollan formas

solidarias de gestión de recursos que, en este caso, permiten en ocasiones sostener esquemas de tratamiento que de otra manera se verían discontinuados.

Sin embargo, no siempre puede suplir el faltante a través del intercambio, por lo que en ocasiones debe comprar de forma privada, con un elevado costo en relación con dinero que percibe por la cooperativa. Mientras que, al momento de la entrevista, cobraba \$8000 por la cooperativa, la caja de seis lapiceras costaba entre \$800 y \$1000, a lo que debe sumar las tirillas (en cajas de cincuenta), que representaban otros \$600-\$700. Más aún, la escasa cantidad de lapiceras no le duran una gran cantidad de tiempo, por lo que puede quedarse sin la medicación necesaria. El aplazamiento o suspensión temporal de los tratamientos por faltante de medicamentos o insumos en el subsector público puede darse en los pacientes crónicos en condiciones de pobreza y produce un empeoramiento de su salud (Tejada-Tayabas y Mercado-Martínez, 2010).

Luis, por su parte, también encuentra obstáculos para acceder a medicación a través del CAPS. Para él resulta necesario contar con una serie de medicamentos a raíz de dos cirugías coronarias de gravedad que tuvo que hacerse en 2018 –descrita en detalle más adelante– en un Hospital de La Plata. Allí, el plantel médico le indico un listado de medicamentos que él debe tomar para la hipertensión, entre otros. Sin embargo, el faltante de medicamentos en el CAPS implica que no los pueda conseguir allí, obligándolo a buscar otras formas de conseguirlos. La experiencia de Luis y de Silvio ponen de manifiesto como aún en proximidad de un efector de salud, no necesariamente se satisface la demanda que motiva el contacto con los servicios de salud. Cabrera-Barona, Blaschke y Gaona (2017) señalan en este aspecto la necesidad de integrar la accesibilidad geográfica con el acceso efectivo a la atención, determinado por el cumplimiento de las demandas de los usuarios y la resolución o el encauzamiento de sus necesidades de salud: *“Algunos no, por ejemplo ahora está complicado. Por ejemplo yo tomaba para el... eh... ¿cómo se llama esto? Para... Tomaba uno que es para orinar [...]ese no se consigue. La pastilla chiquitita [...] Aspirineta, esa tampoco no me la dan, no hay, no hay nunca”*.

Por fortuna, Luis pudo evitar comprarlos hasta el momento. El trabajo de su esposa, donde puede conseguir los medicamentos, explica en parte esta posibilidad: *“Igualmente*

mi señora trabaja... de una doctora, viste que a ellos les dan muestra, y a veces me consigue algo, entonces voy sumando, viste, remedios". Esto ilustra como el capital social permite en ocasiones superar las barreras territoriales y de disponibilidad en el acceso a la atención y la medicación, determinadas por falencias de programas nacionales y provinciales. A partir de su trabajo, su esposa puede conseguir muestras que le permiten a Luis sumar un pequeño stock de remedios. Se ponen también de manifiesto, en línea con Boehmer et al. (2016), las capacidades familiares de Luis para seguir las demandas de cuidado de su cuadro particular, aún a pesar del faltante de medicación en el CAPS. No obstante, estas capacidades resultan insuficientes, ya que explica que le faltó medicación, especialmente el antiagregante plaquetario, esencial debido a su cuadro.

La provisión de medicamentos en el CAPS se complejiza aún más al considerar la clausura o restricción de mecanismos de reasignación de medicamentos que implicaban que sus usuarios pudieran acceder a medicación disponible en otros CAPS o en la farmacia central de la red de atención. Al respecto, Luis relata cómo la modificación de las reglas internas para la reasignación de medicación desde la farmacia central o *clearing* de medicamentos resulta en la imposibilidad de conseguir los medicamentos que antes conseguía dentro del municipio. Anteriormente, por su trabajo como remisero, Luis llevaba y traía pedidos desde el Hospital Materno Infantil –municipal donde se ubica la farmacia central– hasta el CAPS. Este rol habilitaba a Luis a retirar medicamentos especialmente para él, además de los envíos y retiros para otros pacientes del CAPS. La clausura de este mecanismo impidió entonces la articulación entre los procedimientos burocráticos de gestión de medicamentos y recursos y las capacidades individuales de Luis, privándolo de una vía adicional de acceso a medicamentos para su condición particular: *"[en la farmacia central le dicen] a partir de ahora, de hace dos meses atrás, me dice, acá no se retiran más remedios, vos tenés que ir a tu centro de salud. Tu centro de salud tiene que hacer el reclamo al depósito adonde corresponde"*.

Así, este agravamiento suma una restricción a los efectores disponibles en el territorio cercano al barrio, reforzando las barreras geográficas de acceso. Además, las barreras organizativas y geográficas incrementan el trabajo necesario que los usuarios deben hacer para acceder a la atención de la salud o a los recursos brindados por el

sistema de salud. El acceso a medicamentos es entonces una de las formas en que se producen las barreras al acceso, en tanto está condicionado por la cobertura de cada segmento poblacional (Tobar, 2016). Como pacientes crónicos este efecto es crítico, dado que frecuentemente sus condiciones de salud exigen esquemas de polimedicación, aumentando las posibilidades de enfrentar dificultades para obtener los medicamentos.

Finalmente, los entrevistados más grandes también acceden en ocasiones a la atención en las postas que funcionan en red con el CAPS. Tomás, por ejemplo, acudió a una de que tiene cerca de su vivienda para realizarse un control preventivo “*después de veinte años sin hacer nada*”. La realización de consultas preventivas en los varones de mayor edad puede vincularse a la mayor frecuencia de enfermedades crónicas en los grupos de mayores edades (Krause y Ballesteros, 2018). Puede relacionarse también con los peores estados de salud autoreferidos de los grupos de mayor edad, que se reflejan en la realización de consultas por un mayor porcentaje de la población (Ballesteros, 2014). Las postas se ubican como una opción para Tomás no sólo porque su esposa colabora en una de ellas, sino también porque en una de las clínicas cercanas en las que había solicitado un turno tenían un mes y medio de demora. De esta forma, ciertos recursos territoriales pueden cobrar relevancia a partir del momento del curso de vida de los usuarios del sistema de salud, así como por barreras en otros servicios de preferencia.

La atención en el territorio próximo: los otros servicios de la red municipal y el hospital provincial

El CAPS de Reconquista funciona como parte de una red de atención municipal, que incluye un hospital materno-infantil, un hospital con atención para adultos, un hospital oftalmológico, un centro de imágenes y un centro de salud mental. La red también posee un hospital provincial de referencia. En Freidin et al. (2020b), analizamos los mecanismos de articulación con la red municipal, por un lado, y con el hospital provincial, por el otro. La disponibilidad de un sistema de información integrado, historia clínica digital y mecanismos de derivación, que hacen más fluido el proceso de atención y facilitan la coordinación internivel, se refleja en mejores valoraciones de las y los habitantes del barrio sobre la atención en esos efectores (Freidin et al., 2019; 2020b);

mientras que las dificultades para conseguir turnos (incluyendo tener que asistir a la madrugada y hacer largas filas sin la certeza de obtenerlos), la imposibilidad de asignar turnos desde el CAPS, la falta de recursos, la demora para cirugías e incluso experiencias de violencias institucional, caracterizan la atención en el hospital provincial de referencia (Ballesteros et al., 2016; Freidin et al., 2019).

La atención en los demás efectores municipales de la red

La red municipal motiva evaluaciones o experiencias positivas y negativas. En el caso de Damián, su valoración se modifica marcadamente cuando habla del hospital materno-infantil municipal en comparación a su consideración del Hospital Provincial. Mientras sobre el Hospital Provincial predominan experiencias negativas, las valoraciones y vivencias en el Hospital Materno-Infantil suelen ser positivas. Estas valoraciones y experiencias también pueden relacionarse con el mejor estado relativo de la atención materno-infantil en el CAPS y en los efectores de la red municipal, tal como comentan los y las integrantes del equipo de salud del CAPS, con mayores facilidades de articulación y disponibilidad de recursos (Freidin et al., 2020b).

*Sí, una vez, sí, cuando me acuerdo que me había accidentado con la moto, fui y bueno, también, estuvieron ahí teniéndome como cuarenta minutos y recién después me vieron. El que es muy bueno es el materno, que es nuevo ese, viste, ese es muy bueno, inclusive nació mi sobrino hace tres meses y la atendieron re bien a la mujer, y hace poco también, no, la verdad que ese hospital, dentro de todo muy bueno. Yo nací en el hospital viejo, que es el que está allá al costado del río, yo nací ahí.
(Damián)*

No obstante, los otros efectores de la red presentan demoras para obtener turnos, al igual que el CAPS. Tal es el caso de Silvio, a quién le dieron un turno con dos meses de demora en el Hospital Oftalmológico: “*tenés que llamar por teléfono y te dan de acá a dos meses, un mes, para que te hagan un fondo de ojos por ejemplo*”. Cabe destacar que Silvio necesita anteojos como producto de su diabetes, deteriorada ya por el faltante de medicamentos previamente mencionado, que implica que no pueda realizar todos los cuidados necesarios. Al asistir al turno que le asignaron, a Silvio le recetaron anteojos, que no puede comprar porque sus ingresos son muy insuficientes. La alternativa principal es articular a través del equipo de trabajadores sociales del CAPS, que pueden gestionar

el recurso por vía formal sin que los anteojos representen un gasto para Silvio. Sin embargo, cuenta que *“hay mucha burocracia, porque tenés que ir de un lado a otro, te mandan de acá para allá, de otro lado para otro para tratar de conseguir los anteojos”*, obstruyendo este mecanismo. Surgen así barreras relacionadas a la aceptabilidad de los servicios de salud (Hirmas Aday et al., 2013; Restrepo-Zea et al., 2014). Los requerimientos burocráticos implican entonces que la posibilidad de obtener sus anteojos de forma gratuita resulte muy lejana para Silvio, haciéndola virtualmente inexistente. Si bien el Hospital Oftalmológico queda muy cerca del barrio, a una distancia caminable, las barreras económicas, administrativas y culturales implican que esta ventaja territorial se diluya.

Si las redes de atención en salud implican la articulación de efectores de distintos niveles de complejidad, las falencias de articulación amplifican la acción iatrogénica de la atención, especialmente para los pacientes crónicos de menores recursos y con movibilidades vulnerables. La disponibilidad de efectores de APS sin el correspondiente funcionamiento en red implica que muchas de las necesidades de las personas de menores recursos deban ser atendidas en efectores del primer nivel de atención sin contar con los recursos necesarios ni con la estructura de articulación para encauzar esas necesidades. En el caso de Silvio, el aspecto degenerativo de su cuadro implica que las falencias produzcan un daño sobre su salud.

Finalmente, los entrevistados señalan otras falencias de la red municipal. Tomás y Blanca, son tajantes al referirse a la falta de especialistas dentro del municipio, calificando a los servicios de salud municipales como *“una pantalla”*. Su afirmación descansa en una serie de experiencias recientes. En primer lugar, uno de sus cuatro hijos (Maxi), que presenta una serie de problemas de salud, fue recientemente derivado desde el CAPS al Hospital Provincial por una neumonía para consultar con un especialista. La derivación se hizo a este hospital ante la ausencia de un neumonólogo en la red municipal, para la cuál los procedimientos son más rápidos. Esto lleva a Tomás a afirmar *“Es la parte que le están pifiando muchísimo acá en [nombre del Municipio], lo que es salud. Si te vas a [Municipio aledaño], está diez veces más adelantado que acá”*. Tomás argumenta que el Municipio no destina los recursos suficientes para que los profesionales de la salud reciban buenas pagas, motivando, desde su perspectiva, que

elijan otros Municipios para trabajar y que los efectores municipales funcionen de forma deficiente. En su apreciación, puede verse como la aceptabilidad cultural surge como resultado del entrecruzamiento de distintos marcos de sentido e implica una dimensión conflictiva, resultando en la apropiación o no de los servicios de salud (Landini et al., 2014). En esta línea, Tomás critica la asignación de prioridades de la gestión municipal y a partir de esa crítica es que considera inaceptable la organización de la atención en el municipio. Cabe destacar que en las entrevistas con el equipo de salud del CAPS, algunos de sus miembros hicieron referencia a la precarización laboral, como por ejemplo su condición de monotributistas, que les implica trabajar “a destajo” por criterios de productividad –como el caso de la atención odontológica– o la falta de reemplazo de puestos vacantes en psicología o trabajo social, que repercuten sobre el trabajo del equipo (Freidin et al., 2020b).

Retomando la experiencia de Tomás, su valoración de los servicios municipales es compensada en parte por la ventaja de la proximidad territorial. A partir de otro episodio con su hijo Maxi, relata que lo debió llevar a la guardia de uno de los efectores municipales por un golpe mientras jugaba con uno de sus hermanos. Si bien contempló llevarlo a un hospital traumatológico en un Municipio cercano, optó por el efector municipal por la cercanía. Allí sólo había un clínico –no había traumatólogo–, que lo atendió y diagnóstico clínicamente que, debido a su experiencia con el resto de sus hijos (“*Y ya con cuatro hijos [...]... Ya estás curtido*”), le resultó suficiente para descartar una fractura y volver a su casa. Muestra así como la elección del efector es resultado del cálculo situacional dinámico entre el tipo de demanda, las características de los proveedores y del paciente, en el que intervienen aspectos estructurales (como la ubicación) y procesuales (como la percepción de la calidad de la atención) (Victoor et al., 2012).

No obstante, este no es un proceso lineal. En otras ocasiones, las falencias en el entorno municipal hacen que Tomás y su familia opten por asistir a un efector especializado en traumatología de un Municipio aledaño, a pesar de los obstáculos territoriales que esto implica: “*Y, es lejos, te queda un poco incómodo. Si no fuera por el auto, tenés que ir en bondi, tardás, sí, porque es incómodo. Con el auto, así y todo, le puse como cuarenta minutos, porque hasta que cruzás Panamericana y llegás, es un*

trecho". Las dificultades que implicaría tener que movilizarse en transporte público los hacen incluso dudar acerca de vender su auto, cuyo mantenimiento implica un gasto considerable en un momento de retracción de los ingresos y aumento del costo de vida, pero que también reporta sus beneficios. Sostener económicamente el auto constituye entonces "*mal necesario*", en palabras de Tomás. En Freidin et al. (2019) analizamos como las mujeres del barrio desarrollaban estrategias para asistir a los efectores donde sus demandas encontraban mayores posibilidades de resolución, destacando la dimensión formativa y procesual de la atención de la salud; cuestión que aquí se hace evidente. En este caso, también se evidencia cómo la *motilidad* –entendida como el modo en que los sujetos se acceden y se apropian de las capacidades para la movilidad de acuerdo con sus circunstancias (Kauffman, Bergman y Joye, 2004: 750)– influye en la elección del efector al cual acudir ante una necesidad de salud y, consecuentemente, sobre el acceso a la atención. Pone de manifiesto además la dimensión agéntica de la movilidad y cómo esta afecta directa e indirectamente a la salud (Shareck, Frolich y Kestens, 2014), en tanto aquí intervienen las decisiones de Tomás y su familia de sostener económicamente el auto y la decisión particular de movilizarse hacia un efector determinado.

Las experiencias en el hospital provincial

Para conseguir turnos en el hospital provincial desde el CAPS, los mecanismos son más rudimentarios, con planillas de referencia/contrarreferencia o incluso contactos informales desde el equipo de salud. El caso de Luis es ilustrativo en este aspecto. Por posibles cálculos en los riñones, lo refirieron al hospital provincial para hacerse estudios. Allí, le detectaron un problema de salud más grave con potencial riesgo de vida, que le permitió luego buscar atención en otros efectores. En este sentido, si bien la atención y la cirugía posterior requirieron que Luis buscara activamente distintas posibilidades de atención, la posibilidad de referirlo desde el CAPS al hospital para que se realizara los estudios se ubica como el punto inicial de un proceso de atención que, en sus palabras, salvó su vida: "*cuando el médico este se va de la salita me mandan al [Hospital Provincial], me consiguen turno. Y el médico de ahí, no sé, no me acuerdo, no sé si tomografía, creo, y ahí me descubrió el problema este*".

A pesar de su rudimentariedad –que implica que las fichas (en papel) de referencia/contrarreferencia vuelvan al CAPS incompletas, sin contribuir a la articulación entre ambos efectores (Freidin et al., 2020b)–, los mecanismos de derivación hacia el Hospital Provincial permiten evitar realizar largas filas y pasar la noche para obtener un turno. Esto también implicaba, para las mujeres del barrio, en ocasiones sufrir episodios de inseguridad al esperar para obtener un turno, reforzando las experiencias negativas en este Hospital y sumando barreras al acceso (Ballesteros et al., 2018).

Silvio relata su experiencia para hacerse un análisis de sangre y otros diagnósticos en este mismo efector. En primer lugar, explica que “*directamente te tenés que ir a quedar en el hospital para sacar turno para cualquier cosa*”, pero además comenta que, una vez conseguido, el turno implica una demora de dos a tres meses. Los requisitos de espera suman barreras a la atención (Restrepo-Zea et al., 2014), que pueden desalentar la búsqueda de atención. Además, requieren de la disponibilidad de tiempo para poder asistir al hospital, esperar para obtener el turno y luego volver a acudir en el día de la cita, dedicando una mayor cantidad de tiempo total a la búsqueda de atención. Un mayor tiempo de espera implica además la posibilidad de empeoramiento del estado de salud de los potenciales usuarios, la generación ansiedad y sufrimiento adicional, y la disuasión de buscar atención especializada (Lindelov et al., 2015).

En este sentido, la disponibilidad de tiempo es un recurso esencial para el cuidado de la salud, condicionada por la inserción laboral y otros aspectos de clase. La carencia del tiempo necesario para las actividades de cuidado –entre ellas la búsqueda de atención–, y de tiempo libre en general, puede ser entendida como “pobreza temporal” (time poverty), con efectos potenciales para el cuidado de la salud, resultando de la convergencia entre salud, ingresos, tipo de trabajo y disponibilidad de tiempo (Strazdins et al., 2015). La pobreza temporal se ve influida por factores contextuales como la localización en el espacio urbano que determina mayores tiempos de traslado y condiciona las prácticas de movilidad. La conjunción entre falta de tiempo para conseguir un turno y asistir o la imposibilidad de hacerse estudios, suman a la carga de enfermedad de Silvio. Siguiendo a Boyd et al. (2014), esta puede definirse como la percepción subjetiva del paciente del peso de sus acciones y los recursos destinados al cuidado de su salud, incluyendo el tiempo destinado a los cuidados, traslados y atención y sus

costos. A esto se suma el correlato de una mayor exigencia sobre las capacidades de los pacientes para seguir el proceso de atención y las prácticas de cuidado (Boehmer et al., 2016), en un contexto de restricciones materiales. El relato de Silvio indica cómo el tiempo no es sólo necesario para desarrollar hábitos saludables sino también para poder sostener el proceso de atención: “[...] **tanta demanda que hay ya directamente te tenés que ir a quedar en el hospital para sacar un turno para cualquier cosa, para hacerte un análisis o un chequeo [...] tenés que sacar un turno. Ese turno te lo dan de acá a dos meses, tres meses**”.

La espera no sólo abarca a los turnos, sino también la atención en guardia. Esto repercute lógicamente sobre la calidad de la atención desde la perspectiva de los usuarios. Considerar estas cuestiones resulta relevante, ya que las personas pueden utilizar información que vaya más allá de la experiencia propia para evaluar a qué efector asistir ante una necesidad de salud (Espinosa Cortés et al., 2013; Freidin et al., 2019). Las malas experiencias en el Hospital Provincial y los problemas de articulación desde el CAPS pueden ubicarse como razones parciales por el aumento de la demanda asistencial que recibe este último, explicando en parte las demoras para la disponibilidad de turnos o la saturación del trabajo comunitario (Freidin et al., 2020b). El siguiente extracto muestra además como las fallas u obstáculos en la administración de los servicios de salud se relacionan con fallas de aceptabilidad—su adaptación a las pautas sociales y culturales de la población demandante— (Hirmas Aday et al., 2013), y permiten vincular dichas fallas a aspectos territoriales, como la necesidad de conocer una mayor variedad de efectores para orientar la propia demanda o la capacidad de trasladarse hacia efectores más lejanos.: “Al [Hospital Provincial] fui y es un desastre. [...] Las veces que yo fui por ahí me han atendido bien, pero las veces que por ahí he acompañado no, [...] una espera de tres, cuatro horas. Igual creo que la mayoría de los hospitales públicos son así” (Damián).

Más allá de la red local: Experiencias en otros efectores de salud e instituciones sanitarias

Las experiencias con otros efectores resultan diversas, pero suelen incluir principalmente al cuidado de los hijos e hijas de los entrevistados, particularmente

cuándo presentan algún problema de salud que requiere atención especializada. Tal es el caso de Bruno, que nació con un problema cardíaco, labio leporino y retraso madurativo. Luis, su padre, comenta al respecto que decidieron atenderlo en el Garrahan, donde primero lo operaron del corazón y luego por su labio leporino. La decisión de operarlo allí se explica por la confianza que les generaba esta institución, pese a que debían realizar largos trayectos en colectivo para llegar allí, ya que por entonces no tenían auto propio (alrededor de 2 horas de traslado como mínimo). La capacidad de agencia familiar se ubicó entonces como un aspecto fundamental para realizar sus posibilidades potenciales de movilidad y acceder a una atención de mayor calidad (Shareck, Frohlich y Kestens, 2014). Las exigencias de movilidad y la predisposición de la familia para cubrirlas se explican, siguiendo a Aggarwal et al. (2017), por las expectativas de una mejor calidad de servicio y un mejor tratamiento para Bruno, resaltando la necesidad de considerar la accesibilidad geográfica de los servicios de salud junto a estas dimensiones. Allí lo atendieron hasta los 16 años, edad tras la que comenzó a hacerse los controles por sus problemas de salud en el Hospital Provincial.

Acceso y barreras frente a cirugías mayores

La parte final de este capítulo está dedicada al análisis del caso de Luis, quién debió realizarse dos cirugías cardiovasculares mayores a raíz de la obstrucción de una arteria principal. Su proceso de atención incluyó consultas en el CAPS, en efectores privados de municipios cercanos, la operación en un hospital en La Plata y, finalmente, la recuperación en su hogar. Todo en el marco de la precarización laboral (que implicó que Luis perder días de trabajo y por lo tanto de ingresos, que además resultan escasos para el pago de consultas en efectores privados) y de deficiencias en los sistemas de transporte y servicios de emergencias.

Como ya se comentó, Luis se enteró fortuitamente de su problema de salud por una consulta no relacionada en el Hospital Provincial, al que lo habían derivado desde el CAPS. Ante el descubrimiento, y por la gravedad de la situación, el médico convocó a Luis y su familia a una cita con un cirujano cardiovascular para un domingo, ya dando la

pauta de la seriedad de la situación. Asocia su problema a hábitos no saludables¹¹ como el tabaquismo, la hipertensión o el colesterol, a los que se suma el sedentarismo de su trabajo como remisero: *“En el 2016 me agarró... tengo la arteria principal torácica obstruida, del corazón.[...] no es común, más en mi edad. [...] Y por problema de... el tabaquismo, el colesterol, la presión, todas estas cosas, te lleva a esto, que te obstruya”*.

Tras el diagnóstico, el médico le recomendó ir a un efector público en el partido de Avellaneda para hacerse estudios de diagnóstico adicionales. En palabras de Luis, esto se debió a que los efectores de partidos cercanos al barrio Reconquista no cuentan con el equipamiento necesario para los estudios que le habían indicado: *“todo lo que es zona norte, acá, no hay nada de eso. [...] que te puedan curar médicos, que te hacen esas operaciones grandes, cardiovasculares, no hay. Entonces por eso fui a Avellaneda”*. Las falencias en los servicios públicos de salud expresan una exigencia de movilidad espacial sobre los individuos para que estos expandan su movilidad, de modo tal de poder acceder a recursos, por lo que la movilidad se vuelve un factor de diferenciación social (Flamm y Kaufmann, 2006). Resaltan también la necesidad de enfocar la accesibilidad geográfica y la movilidad no cómo, siguiendo a Gutiérrez (2014), una relación entre lugares, sino entre necesidades, deseos y satisfactores. Mientras que los efectores disponibles pueden resultar suficientes en un territorio determinado para un conjunto de prestaciones, esta disponibilidad debe considerarse en relación con la complejidad de la necesidad de salud. Ante las falencias de mecanismos de derivación interjurisdiccionales por parte de la región sanitaria, la responsabilidad por el traslado y por la gestión del acceso cae en los usuarios, poniendo de relieve el papel que juegan las capacidades de los pacientes para lograr el acceso ante la ausencia de políticas que compensen las desigualdades en las capacidades de movilidad. Puede verse también la forma en que los usuarios perciben y construyen el proceso de salud/enfermedad/atención a partir de sus dificultades (Freidin et al., 2019), dónde la localización en el territorio es

¹¹En otro momento de su relato, Luis reconoce explícitamente las restricciones monetarias para alcanzar un *“lugar de buena salud”*, especialmente en términos nutricionales. A los médicos, les explica de una forma particularmente elocuente: *“[...] eso se los dije a los médicos: yo te entiendo que vos me querés llevar a un lugar de buena salud mía, pero el tema es la plata, que llega un momento que yo soy... yo soy... yo soy pobre, le digo, no puedo ir a cero con todo, dividirme de mi familia y comer yo solo, porque me sale caro”*.

condicionante de las posibilidades de movilidad y de la disponibilidad de recursos, pero también introduce una dimensión subjetiva en la evaluación. Este conocimiento podría haber sido compensado por las y los trabajadores de la salud que orientan activamente a sus pacientes y en ocasiones, como analizamos en Freidin et al. (2020b), actúan como gestores del acceso.

Siguiendo las indicaciones de su médico, Luis acudió cada seis meses a hacerse tomografías con contraste a Avellaneda, retornando en cada ocasión a consultar con el médico en el Hospital Provincial del partido de residencia. Así se sostuvo hasta 2018, cuando el médico le dijo que ya era momento de operarse, aunque le explicó que allí (en el Hospital Provincial) no podían hacerlo porque no disponían del equipo necesario. Luis suma además la cuestión gremial en ese efector: “*en esos tiempos había todo paro, vivían de paro, paro*”. Como analizamos en Freidin et al. (2019), los paros en el hospital provincial en ocasiones evitaban que mujeres del barrio accedan a los turnos, luego de atravesar los procedimientos ya mencionados para conseguir un turno allí, llevando a la discontinuidad de la atención.

El médico le sugirió entonces dirigirse al Hospital El Cruce, en Florencio Varela o al Hospital San Martín, en La Plata. En la definición del efector para operarse, Luis ponderó la “importancia” de la zona, eligiendo al hospital San Martín: “*Digo, bueno, La Plata, una zona más importante, [...] me voy a La Plata*”. De acuerdo con Lewis, Willis y Collyer (2018) las percepciones sobre los lugares y la valoración de la calidad de los servicios de salud están interconectados, por lo que el estatus o reputación de un área sirve de base para el juicio de la calidad de los establecimientos allí ubicados. En la elección de Luis, intervino la representación La Plata como zona “importante”, dimensión que trasladó al efector allí ubicado y que hizo que Luis lo jerarquizara por encima de la otra opción. Así, puede verse como las representaciones sobre distintos lugares –y su comparación con otros– también componen la dimensión subjetiva del proceso de atención y pueden relacionarse con mayores requisitos de movilidad.

Ahora bien, cuando finalmente asistió al hospital San Martín, en la primera consulta un cirujano le dijo que debiera haberse operado antes, cuando le detectaron la afección. Ante la diversidad de opiniones de los profesionales de los efectores a los que había

acudido, Luis decidió buscar una opinión más, esta vez en el subsector privado, a pesar que le representaba el esfuerzo de “*juntar plata*”. Allí le confirmarían la gravedad de su situación: “[...] *me pagué una consulta con un cirujano cardiovascular en Pilar, en el Hospital Austral, que era un jefe de cirugía de eso [...] y me dijo: es verdad, lo que vos tenés es grave, me dice, tenés que operarte*”.

Nuevamente, puede verse cómo Luis construye activamente parte de su proceso de atención. Si bien las condiciones materiales, sociales y culturales actúan como facilitadores o barreras para la atención, su capacidad de agencia es una dimensión central de su trayectoria de atención. La búsqueda de opiniones de distintos profesionales, los desplazamientos de grandes distancias (superiores a las dos horas de viaje), la elección de operarse en La Plata –con las dificultades de movilidad que le implican– son ilustrativos de la posición activa de Luis como usuario de los servicios de salud. Al participar activamente del proceso de atención, Luis construye su elegibilidad (Dixon-Woods et al., 2006). Es decir, es a partir de su capacidad de agencia y sacrificio que él construye en parte su proceso de acceso, enfrentando diversas restricciones y haciendo lo posible frente a ellas, lo que no implica que siempre pueda superarlas.

Finalmente, el 8 de enero de 2019 tuvo lugar la primera de las dos cirugías que debió atravesar Luis. En sus propias palabras, esta operación fue la más leve, por lo que no le generó mayores complicaciones: “*la primera operación fue todo muy leve, muy light, pero porque fue la primera*”. Sería la segunda operación la que tendrá mayores complejidades para Luis. La gravedad de la cirugía y el tipo de procedimiento (le colocaron una prótesis de la ingle a la arteria obstruida y un stent en una arteria que va de allí al hígado), implicó que el postoperatorio fuera especialmente complicado. Pasó 10 días internado (los primeros en terapia intensiva y luego en sala común) que, más allá de la incomodidad y malestar general, no fueron los más dificultosos. Los problemas comenzarían al momento de la externación, cuando comenzó a perder sangre por las heridas de la operación: “*cuando salgo de estar internado, [...] tuve mucha pérdida de sangre. [...] Cuando yo salgo de acá, llegué a mi casa, y acá la pasé mal*”.

Las falencias de articulación también implicaron que Luis debiera retornar a su casa en un transporte contratado a través de su celular, en lugar de hacerlo en ambulancia

como exigía su cuadro. El viaje implicó no sólo un coste muy elevado (\$1600 en junio de 2019), sino también que Luis volviera en condiciones inadecuadas: *“era imposible venir yo en el transporte público, imposible, hasta en auto venía mal, dolorido, mal”*. Una vez en su casa, Luis continuó su recuperación con la ayuda de su esposa. La recuperación en su hogar requirió además de la asistencia de su esposa. De acuerdo con el relato de Luis, las experiencias previas con Bruno, en la que su esposa lo había acompañado a través de diversos procedimientos e internaciones, habían servido como instancias formativas, que la capacitaron para realizar las curaciones y acompañar a Luis durante su recuperación. Por un lado, esto pone de manifiesto como los cuidados de niños se distribuyen asimétricamente (considerando también las experiencias previas con Bruno) entre hombres y mujeres, incluso cuando estos se dan a partir de arreglos intrafamiliares (Findling y López. 2018). Por otro, refleja como el saber popular en torno al cuidado de la salud se relaciona con el saber profesional e incluso cumple una función auxiliar respecto de este (Menéndez, 2005), y cómo esta función se da en distintos espacios. Mientras que el saber profesional es reservado a los efectores de salud, es en la vida cotidiana en vivienda y en el barrio donde se despliega el saber popular.

La reciente adjudicación de una vivienda social implicó entonces un recurso de peso para Luis, ya que le permitió seguir su recuperación en una vivienda de mejores condiciones y con disponibilidad de servicios, en comparación a los lugares donde había vivido previamente. Su experiencia manifiesta la importancia de la vivienda para la salud, en particular para la convalecencia luego de intervenciones quirúrgicas en entornos adecuados (Howdem-Chapman, 2004; Bonnefoy, 2007). En otro momento del relato, Luis cuenta como era su vivienda anterior. La había construido en el fondo del terreno donde también vivía su madre y otros miembros de su familia, que luego pudo mejorar: *“Claro, a cinco cuadras, acá a cinco cuadras, tenía una casilla en el fondo yo. Después antes de venirme acá logré hacer algo de material, viste, dentro de todo, con chapa de zinc, todo, porque la casilla ya se me caía en la cabeza, viste”*.

En su hogar, Luis seguía con un sangrado que consideraba excesivo, a pesar que su cirujano le había dicho que era esperable que sangrara. Por la distancia a La Plata (aproximadamente 3 horas en transporte público), no podía acudir allí para seguir con el equipo que lo había operado. Ante esta situación, llamó al médico del hospital provincial

que venía siguiendo su caso, quién le recomendó acercarse al hospital más próximo, por lo que se trasladó a la guardia de uno de los hospitales municipales. Allí le dijeron que deberían haberle colocado un drenaje en la herida, a pesar que en La Plata no se lo habían puesto para evitar infecciones, implicando nuevamente criterios diversos para la atención de su cuadro. En el hospital municipal también le dijeron que debía hacerse los controles en La Plata. La diversidad de criterios en torno al abordaje, aunque puede considerarse lógica por la gravedad de su caso, muestra como la fragmentación territorial se reproduce en la fragmentación de la información con la que cuentan los servicios de salud¹².

Ante esta exigencia, Luis es muy claro sobre las dificultades económicas y geográficas que le implican trasladarse hasta esa ciudad: “*¿Cómo me voy a curar en La Plata, vos te pensás que vale dos pesos viajar a La Plata? No vale dos mangos ir a La Plata, estamos en un viaje, tenés tres horas de viaje de acá a La Plata*”. Estas palabras ponen de manifiesto como la movilidad vulnerable (Gutiérrez, 2009) no sólo influye al momento del acceso sino que está presente en todo el proceso de atención, repercutiendo sobre su continuidad y calidad.

La gravedad de las cirugías que atravesó Luis implicó que al momento de la entrevista (28/11/19) todavía estuviese recuperándose, aunque ya habiendo pasado el momento más agudo. No obstante, todavía debía hacerse los controles pautados con el cirujano de La Plata, habiendo hecho solo el primero de ellos. Para eso, Luis debe ir para sacar el turno, ocasión que los médicos aprovechan para controlarlo: “*Claro, pero de paso me atendieron, me vieron cómo está mi operación, todo, y yo les contaba que andaba con un poco de molestia en esta parte*”. Sin embargo, debe volver para hacerse el estudio que le ordenaron. Por el tiempo de viaje, esto le requiere el día completo, requiriendo una previsión y una organización previa: “*Por ejemplo, ahora, el lunes que viene tengo que hacerme una tomografía, ya tengo turno, pero me lo consiguieron a las*

¹²De existir un sistema único de información a nivel provincial, la información sobre el cuadro o las indicaciones del por qué no se le colocara un drenaje podrían consultarse en la historia clínica electrónica, evitando la fragmentación de la información entre distintos equipos de salud. Cabe destacar que, aún existiendo mecanismos de articulación como la HCE, estos no siempre son utilizados completamente, como en el caso de las planillas de referencia/contrarreferencia entre el CAPS y el Hospital Provincial, que retornan sin completar (Freidin et al., 2020b)

cuatro de la tarde. O sea que yo el lunes tengo que estar en ayunas todo el día para hacerme el estudio a la tarde”.

En términos generales, la trayectoria de atención de Luis es ilustrativa de cómo las barreras de acceso a la atención se superponen entre sí y tienen un efecto acumulativo. La expresión principal de este efecto se da en las necesidades de viaje que surgen como consecuencia del encadenamiento entre barreras. Aquí, se cristaliza principalmente como barreras geográficas o temporales; a la vez que su importancia se vuelve mayor en situaciones de salud de mayor gravedad, transformándose en parte del padecimiento y la carga de la enfermedad. En efecto, las barreras administrativas y organizativas del subsector público de salud y la falta de servicios de alta complejidad implican en ocasiones que ciertos efectores sean descartados, teniendo que acudir como resultado a efectores más lejanos. Esto requiere también de disponer de los medios para asistir a ese efector, entre los que cuenta la disponibilidad de tiempo propia y, en ocasiones, de familiares. De allí que la motilidad deba ser contemplada como una forma de capital y como un vector de expresión de las desigualdades sociales (Kauffman, Bergman y Joye, 2014; Flamm y Kauffman, 2006). Por otra parte, también tiene un efecto directo en la atención recibida. Cambiar de efector implica también cambiar de equipo de salud, que trae consecuencias para la disponibilidad de información y, consecuentemente, las decisiones terapéuticas tomadas para el equipo, afectando la continuidad de la atención (Naithani, 2005). La falta de soportes de información e integración entre los servicios ponen al paciente en un lugar central para el conocimiento de su cuadro, que debe transmitir al equipo, y dificulta también la formación de un lazo de confianza entre usuario y equipo de salud.

Por último, Luis también deberá hacerse controles de salud generales y cardiológicos. Para los controles generales, Luis podrá acudir al CAPS, con la consideración de la licencia de la médica que lo atendía previamente. Para los controles cardiológicos, deberá ir al hospital provincial. Aunque le requerirá un traslado, la posibilidad de hacer controles periódicos en el territorio cercano representa la oportunidad de evitar un diagnóstico tardío, como ya le sucedió con la cirugía relatada. La variedad de lugares que Luis debe atravesar pone de relieve la importancia del “espacio de actividad” –que expresa el conjunto de exposiciones espaciales de la vida

cotidiana y es determinado por el lugar de residencia (Browning y Soller, 2014)–, interviene también a lo largo del proceso de atención. El tránsito por diversos espacios y con distintos fines afecta las rutinas de Luis y, por lo tanto, se ubica como un aspecto relevante del cuidado de su salud. En relación con el acceso a la salud, el espacio de actividad de Luis puede comprenderse a partir del requerimiento de la red de viajes (para consultar, acceder a un diagnóstico, cirugía, medicamentos, etc.) que exige el sistema público de salud (Gutiérrez, 2014), aumentando los espacios de exposición de los usuarios. En el proceso de atención de la salud, estas exigencias están determinadas por las prestaciones que ofrece cada efector y la posibilidad de elección de efectores de los distintos actores sociales de acuerdo con sus capacidades para movilizarse en sentido amplio, pero también de acuerdo con sus necesidades de salud.

En este capítulo, analizamos las experiencias de acceso a la atención de la salud con un foco específico en su aspecto territorial. Este foco resulta prolífico para identificar la conformación de barreras geográficas en el acceso y cómo estas se combinan con barreras financieras, administrativas, organizativas y culturales que implican dificultades adicionales para acceder a recursos. También permite identificar cómo, frente a estas barreras, los entrevistados despliegan recursos de acuerdo con sus capacidades individuales, familiares y sociales para intentar construir su acceso a la atención. El foco en las prácticas que se despliegan frente a las barreras permite también considerar los aspectos subjetivos relacionados con el territorio que intervienen en el proceso de atención. Estas dimensiones serán retomadas en las conclusiones, desarrolladas en el capítulo a continuación.

Capítulo VII. Conclusiones

En este capítulo final retomamos aspectos conceptuales y analíticos con el propósito de abordar específicamente los objetivos propuestos al inicio de este trabajo. De modo general, las experiencias de los entrevistados permiten ver cómo en el territorio se articulan desventajas vinculadas a la segregación socioespacial, que afectan a la salud a través de dimensiones materiales y sociales. Mientras que las primeras incluyen generalmente restricciones o barreras materiales (disponibilidad y acceso a recursos públicos y privados para el cuidado de la salud, recursos y barreras geográficas vinculadas a la movilidad y la localización relativa en la ciudad y al interior del barrio, la disponibilidad geográfica de servicios de salud, entre otras); las segundas se explican por las interacciones entre vecinos y los significados asociados a distintas zonas del barrio, producidos desde dentro y desde fuera del mismo.

De esta forma, en los testimonios de los entrevistados se refleja el modo en que se entrecruzan estas dimensiones a partir de la experiencia cotidiana de habitar un barrio segregado. La falta de infraestructura básica, las deficiencias en los servicios de recolección de residuos y en la respuesta de las fuerzas de seguridad, el estigma que pesa sobre ciertas zonas del barrio, las falencias de articulación del CAPS con la red local de salud, las distancias y barreras administrativas para acceder a servicios por fuera de la red, son algunas de las dimensiones que condicionan las prácticas de cuidado y el acceso a la atención del barrio. Ahora bien, también permiten reconocer diferencias en los efectos de dicho modo de vida sobre cada uno de los entrevistados, condicionando de forma diferencial las prácticas de cuidado y los significados atribuidos al ambiente barrial.

El capítulo IV permite aproximarse a estas diferencias. La presencia de basura en la vía pública, explicada en parte por la ausencia de contenedores y las irregularidades en los servicios de recolección en zonas específicas del barrio, se ubica como un punto de desacuerdo entre vecinos del barrio. No sólo los entrevistados se demarcan

simbólicamente de quiénes tiran basura en la vía pública, definiéndolo como un problema de *otros*, sino que reconocen riesgos para la salud en esta situación. Si bien la exposición a vectores infecciosos, o a accidentes con los animales sueltos que merodean el barrio y se alimentan en ocasiones de la basura, es general para cualquiera que circule por el barrio; el malestar por el estado de la situación es sólo para aquellos que no tiran basura en la vía pública, o que lo hacen y esta es luego quemada por los jóvenes que la utilizan para calentarse por las noches en sus juntadas o rota por los animales en busca de comida. En este sentido, el ambiente afecta la salud física y mental de los entrevistados, ya que la exposición a esta situación se integra en su percepción del barrio, genera malestar y los expone concretamente a infecciones y/o enfermedades, dando cuenta del modo en que el ambiente se corporiza (Krieger, 2001; Andrews, Chen y Myers, 2014). La interacción entre el aspecto social y el material refleja además el carácter sinérgico entre los factores ambientales y sociales (Morello-Frosch et al., 2011), aunque deben reconocerse los impactos desiguales de estos efectos para sus residentes.

Cabe destacar sin embargo que la asignación de responsabilidades no resulta unánime, sino que existen diferencias entre quienes responsabilizan principalmente al municipio y entre quienes colocan la carga sobre los vecinos del barrio que tiran basura. De una u otra manera, esto remite a las relaciones entre el control de un territorio/territorialidad (Sack, 1986), entendido como la posibilidad de definir las prácticas que se desarrollan en su interior y el orden urbano. La imposibilidad para los entrevistados de modificar las reglas de uso y apropiación del espacio público se convierte así en fuente de malestar, tanto por las restricciones que surgen para el uso y disfrute del espacio barrial –condicionando prácticas de cuidado como hacer ejercicio en el espacio público–, como por el efecto que esto tiene sobre las relaciones entre vecinos (Freidin et al., 2018; Ballesteros et al., 2020). La apelación al municipio puede interpretarse así como una demanda de institución de un orden urbano, que tendría como resultado el desarrollo de la infraestructura necesaria para evitar las prácticas “indeseadas” de otros vecinos.

Siguiendo a Pierce et al. (2011), la problemática de la basura puede leerse a partir del carácter relacional y multiescalar (y asimétrico) de la construcción del lugar, destacando como las políticas públicas se territorializan en lugar específicos –proceso

no exento de conflicto— y su relación con las redes interpersonales que se desarrollan en el territorio barrial, delimitando prácticas y significados en el espacio. Pone además de relieve como el proceso de construcción del lugar se relaciona con la salud a partir de la asimetría de las capacidades de los actores para participar en ese proceso. Siguiendo a Soldano (2018), desechar la basura en condiciones correctas se constituye como un desafío cotidiano para los habitantes del barrio, poniendo de manifiesto la relación entre condiciones estructurales y prácticas sociales, y condicionando su experiencia de bienestar. Es decir, habitar en un lugar donde se desarrollan prácticas por fuera de estándares definidos socialmente junto a la imposibilidad de modificar esas prácticas a nivel colectivo generan un malestar, dando cuenta de cómo los aspectos objetivos y subjetivos del ambiente se relacionan con el bienestar de las personas (Weden et al., 2008). Los vecinos que tiran basura de forma inadecuada o la queman y los animales sueltos que merodean el barrio definen así una espacialidad específica que alimenta la problemática ambiental del barrio, agravada por la contaminación del Río Reconquista, y afecta la salud de sus habitantes de distintas formas. En este punto, resultaría revelador el abordaje de los efectos de la exposición a un ambiente de estas características a lo largo del curso de vida de las personas, en tanto la exposición acumulada a determinados atributos físicos, sociales y ambientales de los barrios en la infancia, adolescencia, adultez o la vejez tienen efectos sobre la salud que pueden ser diferidos en el tiempo (Browning et al., 2016). Considerar este efecto a través del tiempo también implica la necesidad de incorporar la forma en que los barrios (y el espacio urbano en general) varía a través del tiempo y qué efectos tienen esas transformaciones sobre la salud y el bienestar de las personas que habitan esos territorios (Lekkas et al., 2016).

En paralelo, las condiciones infraestructurales de saneamiento también afectan al cuidado de la salud. Por un lado, la dudosa calidad a la red pública de agua implica gastos adicionales en agua envasada, en un contexto de bajos ingresos. Por otro, la falta de cloacas se relaciona con la mayor probabilidad de contaminación de las napas e incluso de las instalaciones de agua de red, considerando que su calidad deficiente puede incluir pinchaduras en los caños, expuestos así a aguas servidas o a la contaminación del suelo. La presencia de aguas contaminadas se vuelve más grave si se considera el riesgo de inundaciones que pesa sobre ciertas zonas del barrio. Los

habitantes de Reconquista conviven así con situaciones de riesgo a diario, condicionando el desarrollo de su vida cotidiana. Así, se vincula la percepción de un riesgo concreto con prácticas específicas que no necesariamente disminuyen ese riesgo. En este sentido, no sólo puede verse como se configuran territorios-poblaciones vulnerables (Blanco Gil y López Arellano, 2007), sino también como este riesgo se retroalimenta con las prácticas que se desarrollan en ese contexto. Más allá del reconocimiento de algunos entrevistados sobre lo incorrecto de desechar aguas servidas en los caños de las cloacas inconclusas, no lo relacionan con riesgos específicos para la salud sino con el cumplimiento de normas sociales. Así, se evidencia como la percepción de los riesgos no se vincula necesariamente con la peligrosidad de un fenómeno (Murgida, 2012). De allí que las prácticas desarrolladas aumenten el peligro de sufrir enfermedades infecciosas.

En tanto y en cuánto estas prácticas cotidianas están condicionadas en gran medida por falencias en la infraestructura urbana (saneamiento, recolección de basura, contenedores, etc.), las experiencias y prácticas de cuidado de los entrevistados están constreñidos por los tiempos progresivos y acumulativos de las urbanizaciones populares (Caldeira, 2017). En este sentido, es posible reconocer las condiciones de privación estructural en la que se desarrollan los procesos de producción social del hábitat, así como la falta de acompañamiento por parte de los distintos niveles del Estado para complementar dichos procesos (Di Virgilio y Rodríguez, 2013). Como relatan los entrevistados, debieron (y deben) ellos mismos gestionar las múltiples dimensiones que conforman el habitar, mientras que las intervenciones del Estado municipal se desarrollan de forma puntual y, frecuentemente, luego de procesos de acción colectiva por parte de los habitantes del barrio. Como resultado, los habitantes de Reconquista deben esperar a que lleguen las mejoras de infraestructura, a que mejoren los servicios de recolección de residuos, el control de los animales sueltos, entre otros. Se instituye así a la espera como modo de regulación de los cuerpos y emociones de los habitantes de Reconquista (Cervio y D'hers, 2014). Mientras tanto, en la espera y la exposición a situaciones de riesgo y otras que generan malestares psicofísicos, la situación de los residentes del barrio Reconquista puede considerarse a partir de la vida cotidiana en un territorio ambientalmente degradado. La incertidumbre o el desconocimiento sobre los

riesgos de la circulación de aguas servidas a cielo abierto en ciertas áreas, así como la falta de certeza sobre la finalización de la instalación de cloacas, explican este sufrimiento, a la vez que motivan los reclamos de los entrevistados.

En paralelo a la cuestión ambiental, los entrevistados mencionan distintos episodios de inseguridad y/o violencia interpersonal. En el capítulo V, vimos como en los relatos se articulan entonces experiencias negativas a partir del sufrimiento en primera persona de distintos episodios, o a través de experiencias de conocidos o familiares que sustentan sentimientos y emociones frente al ambiente social del barrio. De esta forma, se relaciona la exposición directa a riesgos para la salud psicofísica (la inseguridad objetiva) y a través de la percepción sobre la posibilidad de ser víctima de un hecho de inseguridad (inseguridad subjetiva). Como señalan distintos autores (Kessler, 2011; Otamendi, 2016; Muratori, 2016), más allá de la correspondencia entre una y otra, ambas dimensiones de la inseguridad tienen como correlato el desarrollo de estrategias autoprotectivas que impactan sobre las prácticas sociales y sobre la circulación en el espacio público.

A través del retiro hacia el hogar y el aislamiento social, así como los niveles de estrés crónico por habitar en una zona percibida como peligrosa o a través de la mayor exposición a riesgos psicofísicos a partir de prácticas de defensa, la inseguridad se relaciona con distintas dimensiones de la salud. Se restringe la sociabilidad, que afecta al capital social de las personas, y se limitan prácticas protectoras para la salud como la actividad física en el espacio público (Lorenc et al., 2012; Freidin et al., 2018; 2020a). Además del efecto sobre el bienestar de las personas, la menor realización de actividad física que puede implicar la inseguridad subjetiva se asocia con una mayor incidencia de enfermedades cardiovasculares y con un peor estado del sistema inmunológico (Stafford et al., 2007). Asimismo, en la medida que estas prácticas dejan de ser preventivas para ser terapéuticas en el caso de quienes padecen enfermedades crónicas, la percepción de una zona como insegura puede contribuir a la carga de las enfermedades crónicas y disminuir las capacidades de los pacientes para seguir su proceso de atención y/o prácticas de cuidado.

Mientras que algunos entrevistados destacan la connivencia entre las fuerzas de seguridad y el narcotráfico en el barrio, otros relativizan su responsabilidad a partir de un

desborde de las capacidades policiales por la situación del barrio. Sea por una u otra razón, la falta de respuesta policial suma incertidumbre respecto del ambiente social del barrio. No poder acudir a las fuerzas de seguridad deja tres alternativas principales: el aislamiento para prevenir hechos de inseguridad, la acción entre vecinos para emprender acciones defensivas o autoprotectivas, o las acciones individuales que –como en el caso de Tomás– involucran armas de fuego. Las articulaciones entre el accionar policial (determinado por fuera de las fronteras barriales), la concentración de la pobreza y las acciones individuales y colectivas frente a la inseguridad permiten ver como el territorio es construido de forma multiescalar por múltiples actores, y cómo el Estado contribuye al sostenimiento de situaciones en que los habitantes enfrentan niveles tóxicos de estrés a partir de la vulnerabilidad en la que desarrollan su vida cotidiana. Se revelan así las relaciones entre orden urbano, territorialidad y salud; ya que habitar en un área donde no se puede influir en las prácticas que se realizan en el espacio público ni el modo en que se relacionan los habitantes en el espacio de proximidad producen distintos estados emocionales y anímicos que se corporizan a través de la exposición acumulada a estas situaciones. Pone también de manifiesto como se articulan las cadenas de violencia en barrios populares (Auyero y Berti, 2013), en la medida que a la violencia estructural de la segregación socioespacial –marcada por la reducción de oportunidades de vida en el espacio urbano, la menor disponibilidad de recursos y las peores condiciones ambientales a las que están expuestos quienes habitan en territorios segregados– se articula la inacción policial o su connivencia con bandas locales, que luego se vincula con la autodefensa y el uso de armas de fuego. Ante la imposibilidad de modificar el estado de la situación, algunos de los entrevistados contemplan el abandono del barrio, cuestión que erosionaría aún más la vida social del mismo.

El estigma que pesa sobre ciertas partes del barrio, al que contribuye su catalogado como zonas inseguras o peligrosas, también da cuenta del modo en que el territorio constituye y afecta la salud de las personas. Como vimos en la segunda sección del capítulo V, el zanjón que atraviesa el barrio es un claro delimitador de dos zonas del barrio que adquieren características bien diferenciadas. Así, se distinguen espacialidades y sociabilidades diferenciales a uno y otro lado del zanjón que repercuten sobre las identidades de quienes habitan cada una de esas zonas (Freidin et al., 2018;

2020a). La constitución de estas zonas contribuye al establecimiento de jerarquías internas dentro del barrio que afectan la autopercepción de los entrevistados y afectan la relación con otros vecinos. El estigma suma así barreras simbólicas que afectan la salud a través de la generación de obstáculos para obtener recursos o por las categorizaciones negativas corporizadas en sus portadores, que pueden reforzar el aislamiento social. Uno de estos obstáculos está dado por la reticencia de remises de otras zonas a ingresar en el barrio, dando cuenta además cómo el estigma puede constreñir la movilidad de los sujetos.

La producción y reproducción del estigma es en sí misma multiescalar. En ella intervienen poderes públicos, dispositivos sociotécnicos y los mismos habitantes del barrio, a la vez que, en tanto se asocia con características físicas del ambiente, supone como condición la existencia de territorios ambientalmente degradados. De esta forma, el estigma es una de las vías por las cuáles la marginación urbana se inscribe en las biografías de los habitantes de los territorios relegados (Soldano, 2008), a la vez que se corporiza y afecta al cuidado de su salud. Más aún, dado que el estigma se relaciona con distintos rasgos físicos del ambiente, explicados por los procesos de producción social del hábitat y los tiempos progresivos de las urbanizaciones populares, la espera por la mejora implica también una retroalimentación entre condiciones de urbanización y estigma socioterritorial. Es decir, como la mejora del barrio exige tiempos mayores y progresivos que otras áreas de la ciudad, el estigma se retroalimenta a partir de la persistencia de los rasgos que lo constituyen. Frente a esta situación, los entrevistados muestran algunas estrategias de resistencia como el desplazamiento lateral del estigma (la asignación de las cualidades negativas hacia otros habitantes del barrio) o contemplan relocarse como forma de escapar a las representaciones negativas de la zona en la que viven.

Los capítulos IV y V permiten así identificar cómo se articulan las dimensiones ambientales y sociales del espacio urbano en el contexto de la segregación socioespacial. Esto permite a su vez enmarcar la salud de los entrevistados en los múltiples factores ya mencionados, que afectan el desarrollo de su vida cotidiana y tienen efectos sobre su salud directa e indirectamente. Además, permiten dar cuenta del modo en que el ambiente se corporiza en los sujetos y cómo esto se relaciona con distintas

posibilidades de cuidado, que en ocasiones refuerzan los problemas de salud que surgen a partir del espacio que las personas habitan. También contribuye a identificar cómo los sujetos desarrollan estrategias frente a las desventajas territoriales de acuerdo con los recursos de los que disponen. Estas estrategias no necesariamente producen beneficios para la salud, sino que también contribuyen a su empeoramiento: como el aislamiento o la defensa a partir de la posesión de armas de fuego (que trae aparejado un aumento del riesgo psicofísico).

No obstante, las relaciones entre territorio y salud no se agotan en sus aspectos ambientales y sociales. En el capítulo VI, analizamos las experiencias de acceso a la atención de la salud con especial énfasis en su aspecto territorial. Los relatos muestran que los servicios de salud no sólo producen territorialidad, determinando prácticas de movilidad y de atención de la salud, sino que el factor territorial resulta fundamental para comprender los modos en que los usuarios del sistema de salud gestionan su acceso activamente, acudiendo a distintos efectores según sus necesidades. No obstante, estas estrategias de acceso no siempre resultan exitosas, dando cuenta también de cómo se articulan en el territorio las capacidades y recursos para lograr el acceso con la oferta sanitaria disponible.

Ahora bien, las experiencias de los entrevistados variaron de forma considerable de acuerdo con el efector al que acudían. Para elegir a qué efector acudir, en ocasiones los entrevistados sopesaban entre su necesidad particular (si esta requería atención urgente o no, por ejemplo) y la distancia a recorrer, de acuerdo con los medios de los que disponían para hacerlo. En este esquema, el CAPS ubicado en el barrio se presentó generalmente como un recurso, especialmente para necesidades de baja complejidad. Si bien esto tiene sentido con los lineamientos de la Atención Primaria de la Salud, el CAPS debería también poder encauzar la atención de casos más graves, algo que no siempre puede hacer por las falencias de articulación en la red municipal y efectores provinciales. Como vimos, estas falencias resultan en un recorte del alcance territorial de los entrevistados, en tanto deben ellos mismos identificar otros efectores que puedan resolver sus demandas y resolver su traslado hacia los mismos. Los faltantes de medicamentos también limitan la relevancia del CAPS, en tanto los entrevistados se ven forzados a conseguirlos por otros medios, algo que no siempre pueden lograr debido a

su situación económica, lo que resulta en un empeoramiento de su salud. El faltante de medicamentos resulta particularmente grave para quienes padecen enfermedades crónicas y no tienen cobertura de salud, ya que el CAPS representa su única posibilidad para conseguirlos en el territorio de proximidad. El resultado es un aumento de las exigencias hacia las capacidades de los pacientes para gestionar su propio proceso de atención, que se refleja en una mayor carga de la enfermedad.

Las falencias de articulación incluyen específicamente al resto de los efectores de la red municipal, así como al hospital provincial de referencia. Mientras que la red municipal suele reunir experiencias positivas, surgen algunas barreras relacionadas a la aceptabilidad, explicadas principalmente por los trámites exigidos para la gestión de algunos recursos o medicamentos. No obstante, existen algunos problemas con respecto a la disponibilidad de especialistas, que suman barreras en el acceso a los servicios. La falta de especialistas supone además consultas específicas que quedan irresueltas, dejando a los entrevistados el trabajo de encontrar un especialista disponible que pueda resolverla. En la medida que no tienen cobertura o sus coberturas fueron reducidas, esto implica una reducción de la accesibilidad en términos concretos. En ocasiones, la respuesta de los usuarios es desplazarse hacia efectores más lejanos, especialmente cuando la demanda se relaciona con la salud de sus hijos. Esto implica esfuerzos considerables, poniendo de relieve el carácter relativo de la accesibilidad geográfica de los servicios de salud en relación con la urgencia de la demanda. Es decir, si esta define la relación entre la distancia a distintos efectores y la posibilidad de elegir al cual acudir (Guagliardo, 2004), las distancias son evaluadas de acuerdo con la gravedad de la demanda. Así, los entrevistados movilizan mayores recursos y despliegan prácticas de movilidad diferenciales de acuerdo con la urgencia de la demanda. Esto queda sin embargo sobredeterminado por la disponibilidad de recursos y especialistas en la red municipal que, de acuerdo con los lineamientos de la APS y de las Redes Integradas de Servicios de Salud, debieran ser capaces de resolver las demandas de los usuarios en sus territorios de proximidad.

El hospital provincial, por su parte, reúne mayormente experiencias negativas. Esto es particularmente problemático si se considera que es el efector de mayor complejidad dentro de la red, recortando aún más las posibilidades de acceder a una atención

oportuna y de calidad dentro del subsector público de salud. La falta de equipamiento básico, las demoras en la atención y para conseguir turnos, las falencias en los mecanismos de articulación con el CAPS, las experiencias negativas en la atención por guardia, son todas dimensiones que fundamentan las valoraciones negativas de este efector. El caso paradigmático aquí es el de Luis, que debió trasladarse a La Plata sin ningún mecanismo de referencia desde el hospital provincial ni servicios de emergencia que lo trasladaran luego de dos cirugías vasculares.

De esta forma, el capítulo VI integra dos aportes. En primer lugar, permite ver cómo la dimensión geográfica de la atención de la salud se ubica como una dimensión del padecer, especialmente en los pacientes con enfermedades crónicas. Trasladarse hacia otros efectores para acceder a medicamentos o consultas con especialistas implica un mayor trabajo de su parte, considerando que en algunos casos sus enfermedades recortan esas mismas capacidades, o que las falencias en los servicios de salud le implican mayores gastos que les impiden cumplir con requisitos para el cuidado de su salud (por ejemplo, el gasto adicional en medicamentos atenta directamente contra los gastos en alimentación, en un marco de restricción de ingresos). Por otra, resalta la necesidad de considerar la accesibilidad geográfica de los servicios de salud, en tanto permite ver como se articulan barreras organizativas, financieras y culturales a partir de las experiencias de acceso de los usuarios, así como sus estrategias para (intentar) superarlas. Esto complementa los abordajes cuantitativos y georreferenciados que permiten dar cuenta de la magnitud de la accesibilidad geográfica y sus efectos sobre el proceso de atención a nivel agregado (De Petri et al., 2013; Ballesteros, 2015; 2016; López et al., 2019; entre otros). A futuro, pueden sugerirse líneas de investigación sobre la accesibilidad geográfica de los servicios de salud y el proceso de atención desde una perspectiva territorial a partir de diseños mixtos, combinando ambos aspectos mencionados para así dar cuenta de las múltiples dimensiones de esta problemática.

A modo de cierre, este trabajo permitió aproximarse a las experiencias de cuidado de varones adultos de clase popular residentes en un barrio del norte del conurbano bonaerense. Sus relatos dan cuenta de cómo el cuidado de su salud implica lidiar con la contaminación ambiental del barrio, producida en parte por falencias estructurales y también por las prácticas de otros vecinos. También implica enfrentarse al estigma

socioterritorial, que afecta sus capacidades para obtener recursos en el espacio urbano, particularmente en el territorio de proximidad. Finalmente, integra además las dificultades relacionadas con la movilidad y la accesibilidad geográfica de los servicios de salud. Queda así compuesto un panorama de desventajas sinérgicas que dan cuenta de las dificultades para cuidar la salud cuando se habita un territorio segregado.

Referencias bibliográficas

- Aller, M. B., Vargas, I., Waibel, S., Coderch, J., Sánchez-Pérez, I., Colomé, L., Llopart, J. R., Ferran, M., Vázquez, M. L. (2013). A comprehensive analysis of patients' perceptions of continuity of care and their associated factors. *International Journal for Quality in Health Care*, 25(3), 291–299. <https://doi.org/10.1093/intqhc/mzt010>
- Álvarez, G. (2011), Segregación urbana. Grupos de significados en torno a un concepto y un problema social y urbano, *Revista Proyección*, V, 10, Facultad de Filosofía y Letras de la Universidad de Cuyo.
- Amarilla, D. I., Puzzolo, J., Colautti, M., Pellegrini, N., & Rovere, M. (2020). Percepción de los usuarios sobre la continuidad asistencial entre niveles de atención en la red de servicios de salud municipal de la ciudad de Rosario. *Revista de Salud Pública*, 24(1), 19–32. <https://doi.org/10.31052/1853.1180.v24.n1.23601>
- Andrews, G. J., Chen, S., & Myers, S. (2014). The “taking place” of health and wellbeing: Towards non-representational theory. *Social Science and Medicine*, 108, 210–222. <https://doi.org/10.1016/j.socscimed.2014.02.037>
- Auyero, J. & Berti, M. F. (2013) *La violencia en los márgenes: una maestra y un sociólogo en el conurbano bonaerense*. Buenos Aires: Katz.
- Auyero, J. & Swistun, D. (2008). *Inflamable: estudio del sufrimiento ambiental*. Buenos Aires: Paidós
- Azambuja, M. I. R., Achutti, A. C., Reis, R. A., Silva, J. O., Fisher, P. D., Rosa, R. dos S., Bordin, R., Oliveira, F. A. de, Celeste, R. K., Schneider, A. P., Campani, D. B., Piccinini, L., Ramos, M., Sattler, M. A., Oliveira, P. A. B., & Lewgoy, A. M. B. (2011). Saúde urbana, ambiente e desigualdades. *Revista Brasileira de Medicina de Família e Comunidade*, 6(19), 110–115. [https://doi.org/10.5712/rbmfc6\(19\)151](https://doi.org/10.5712/rbmfc6(19)151)
- Ballesteros, M. (2016a) “Desigualdades sociales en los tiempos de espera para la consulta médica en Argentina, *Rev. Gerenc. Polít. Salud*, 15(30), pp. 234-250.
- Ballesteros, M. (2016b) “Profesionales de la salud en el primer nivel de atención de Argentina. Un análisis sobre las desigualdades jurisdiccionales”, *Geograficando*, 12(2), pp. 1-14.
- Ballesteros, M. (2016c). *Heterogeneidad y segmentación del sistema sanitario argentino y desigualdad social en el acceso a los servicios de salud: un análisis a partir de la integración de fuentes estadísticas nacionales*. Tesis de doctorado. FSOC, UBA.
- Ballesteros, M., Freidin, B., Wilner, A. (2016) “Esperar para ser atendido: barreras que impone el sistema sanitario y estrategias de las mujeres de sectores populares para acelerar la resolución de las necesidades de salud”. En Pecheny, M. “Esperar y hacer esperar: escenas y experiencias en salud, dinero y amor”. Buenos Aires: Editorial Teseo.

- Ballesteros, M.S., Freidin, B., & Wilner, A. (2021). Determinantes sociales asociados a la actividad física recreativa y el cuidado de la salud. Estudio en la República Argentina en 2009 y 2018. *Lecturas: Educación Física y Deportes*, 26(276), 2-19.
- Bayón, M. (2008). "Desigualdad y procesos de exclusión social. Concentración socioespacial de desventajas en el Gran Buenos Aires y la Ciudad de México". *Estudios Demográficos y Urbanos*, 23(1): 123-150.
- Bell, S. & Figert, A. (2012) Gender and the Medicalization of Healthcare. En Kuhlmann, E., & Annandale, E. *The Palgrave Handbook of Gender and Healthcare*. Nueva York: PalgraveMacmillan. <https://doi.org/10.1057/9781137295408>
- Benach, J., Vives, A., Amable, M., Vanroelen, C., Tarafa, G., & Muntaner, C. (2014). Precarious employment: Understanding an emerging social determinant of health. *Annual Review of Public Health*, 35, 229–253. <https://doi.org/10.1146/annurev-publhealth-032013-182500>
- Berg, L. D., & Longhurst, R. (2003). Placing masculinities and geography. *Gender, Place and Culture*, 10(4), 351–360. <https://doi.org/10.1080/0966369032000153322>
- Bergman, M., & Kessler, Y. G. (2008). Vulnerabilidad al delito y sentimiento de inseguridad en buenos aires: determinantes y consecuencias. *Desarrollo Económico*, 48(189-190), 209–234.
- Bernard, P., Charafeddine, R., Frohlich, K. L., Daniel, M., Kestens, Y., & Potvin, L. (2007). Health inequalities and place: A theoretical conception of neighbourhood. *Social Science and Medicine*, 65(9), 1839–1852. <https://doi.org/10.1016/j.socscimed.2007.05.037>
- Bird, C., Lang, M. & Rieker, P. (2012) Changing gendered patterns of morbidity and mortality. En Kuhlmann, E., & Annandale, E. *The Palgrave Handbook of Gender and Healthcare*. Nueva York: Palgrave Macmillan. <https://doi.org/10.1057/9781137295408>
- Blanco, J., & Apaolaza, R. (2018). Socio-territorial inequality and differential mobility. Three key issues in the Buenos Aires Metropolitan Region. *Journal of Transport Geography*, 67(June 2016), 76–84. <https://doi.org/10.1016/j.jtrangeo.2017.07.008>
- Boehmer, K. R., Gionfriddo, M. R., Rodriguez-Gutierrez, R., Dabrh, A. M. A., Leppin, A. L., Hargraves, I., May, C. R., Shippee, N. D., Castaneda-Guarderas, A., Palacios, C. Z., Bora, P., Erwin, P., Montori, V. M. (2016). Patient capacity and constraints in the experience of chronic disease: A qualitative systematic review and thematic synthesis. *BMC Family Practice*, 17(1). <https://doi.org/10.1186/s12875-016-0525-9>
- Bonnefoy, X. (2007). Housing and health: an overview. *International Journal of Environment and Pollution*, 30(3/4), 411–429. <https://doi.org/10.7416/ai.2020.3391>

- Bourdieu, P. ([1993] 2007). Efectos de lugar. En Bourdieu, P. (ed.) *La miseria del mundo*. Buenos Aires: Fondo de Cultura Económica.
- Boyd, C. M., Wolff, J. L., Giovannetti, E., Reider, L., Weiss, C., Xue, Q. L., Leff, B., Boulton, C., Hughes, T., Rand, C. (2014). Healthcare task difficulty among older adults with multimorbidity. *Medical Care*, 52(3 SUPPL. 2), 1–18. <https://doi.org/10.1097/MLR.0b013e3182a977da>
- Breihl, J. (2010). La epidemiología crítica: una nueva forma de mirar la salud en el espacio urbano. *Salud Colectiva*, 6(1): 83-101.
- Brinkmann, S. (2018) The interview. En Denzin, N., Lincoln, Y. (eds.) *The SAGE Handbook of Qualitative Research*. California: SAGE Publications.
- Browning, C. R., & Soller, B. (2014). Moving Beyond Neighborhood: Activity Spaces and Ecological Networks as Contexts for Youth Development. *Cityscape*, 16(1), 165–196.
- Browning, C., Cagney, K., Boettner, B. (2016) Neighborhood, Place, and the Life Course. En Shanahan, M., Mortimer, J., & Kirkpatrick Johnson, M. *Handbook of the Life Course: Vol. II*. Londres: Springer.
- Buetow, S. (2004). Patient experience of time duration: Strategies for “slowing time” and “accelerating time” in general practices. *Journal of Evaluation in Clinical Practice*, 10(1), 21–25. <https://doi.org/10.1111/j.1365-2753.2003.00426.x>
- Cabrera-Barona, P., Blaschke, T., & Gaona, G. (2018). Deprivation, Healthcare Accessibility and Satisfaction: Geographical Context and Scale Implications. *Applied Spatial Analysis and Policy*, 11(2), 313–332. <https://doi.org/10.1007/s12061-017-9221-y>
- Caldeira, T. (2017). Peripheral urbanization: Autoconstruction, transversal logics, and politics in cities of the global south. *Environment and Planning D: Society and Space*, 35(1), 3–20. <https://doi.org/10.1177/0263775816658479>
- Carman, M. (2015). Cercanías espaciales y distancias morales en el Gran Buenos Aires. En G. Kessler (director), *Historia de la provincia de Buenos Aires: El Gran Buenos Aires*, Tomo 6 (pp. 521-528). Buenos Aires: Edhasa, UNIPE.
- Carman, M., Vieira, N., & Segura, R. (2013). Introducción. Antropología, diferencia y segregación urbana. En Carman, M., Vieira, N. & Segura, R. *Segregación y diferencia en la ciudad*. Quito: CLACSO.
- Castro-Coma, M.; Martí-Costa, M. (2016). “Comunes urbanos: de la gestión colectiva al derecho a la ciudad”. *Eure*, Vol. 42, N° 125. Disponible en: <https://scielo.conicyt.cl/pdf/eure/v42n125/art06.pdf>

- Cervio, A. L., & D'hers, V. (2014). Social time, bodies and the “logic of waiting” in the configuration of Urban Sensibilities. *Current Urban Studies*, 2(March), 49–56. <https://doi.org/10.1093/mmcts/mms021>
- Cetrángolo, O. (2014) Financiamiento fragmentado, cobertura desigual y falta de equidad en el sistema de salud argentino, *Rev. De Economía Política de Bs. As.*, 8 (13): 145-183.
- Chiara M, Di Virgilio MM & Moro J. (2009) Inequidad(es) en la atención de la salud en el Gran Buenos Aires, Argentina. Una mirada desde la gestión local. *Postdata*, 14 (1), 97-128.
- Chiara, M. (2016). Territorio, políticas públicas y salud. Hacia la construcción de un enfoque multidimensional para la investigación. *Revista Gerencia y Políticas de Salud*, 15(30), 10–22. <https://doi.org/10.11144/Javeriana.rgyps15-30.tpps>
- Ciccolella, P. (2012). Revisitando la metrópolis latinoamericana más allá de la globalización. *Revista Iberoamericana de Urbanismo*, (8), 9-21.
- Clichevsky, N. (2000). Informalidad y segregación urbana en América Latina. Una aproximación. *Serie Medio Ambiente y Desarrollo*. Santiago de Chile: CEPAL.
- Coffey, A., & Atkinson, P. (2003). *Encontrar el sentido a los datos cualitativos: estrategias complementarias de investigación*. Antioquia: Contus.
- Connell, R. W., & Messerschmidt, J. W. (2005). Hegemonic masculinity rethinking the concept. *Gender and Society*, 19(6), 829–859. <https://doi.org/10.1177/0891243205278639>
- Corburn, J. (2017). Urban place and health equity: Critical issues and practices. *International Journal of Environmental Research and Public Health*, 14(2), 1–10. <https://doi.org/10.3390/ijerph14020117>
- Cravino, C. (2018). Evolución cuantitativa y transformaciones cualitativas de los asentamientos populares del Área Metropolitana de Buenos Aires (1980-2015). En Cravino, C. (org.) *La ciudad (re)negada*. Los Polvorines: Ediciones UNGS.
- Cravino, M. C. (2016). Desigualdad urbana , inseguridad y vida cotidiana en asentamientos informales del Área Metropolitana de Buenos Aires. *Etnografías Contemporáneas*, 2(3), 56–83.
- Cuenya, B., Almada, H., Armus, D., Castells, J., Di Loreto, M. y Peñaiva, S. (1985). *Condiciones de hábitat y salud de los sectores populares: un estudio piloto en el asentamiento San Marín de Quilmes* (Informes de Investigación del CEUR, núm.1). Buenos Aires, Argentina: Centro de Estudios Urbanos y Regionales.

- Curutchet, G., Grinberg, S., & Gutiérrez, R. A. (2012). Degradación ambiental y periferia urbana: Un estudio transdisciplinario sobre la contaminación en la región metropolitana de Buenos Aires. *Ambiente e Sociedade*, 15(2), 173–194. <https://doi.org/10.1590/S1414-753X2012000200010>
- D'hers, V. (2017). Sentir (o del ser, saber, hacer). Reflexiones sobre la percepción." En Aportes a una sociología de los cuerpos y las emociones desde el Sur, compilado por Adrián Scribano; Martín Aranguren. Buenos Aires: ESE.
- Dalle Pablo (2010). "Estratificación social y movilidad en Argentina (1870-2010). Huellas de su conformación socio-histórica y significados de los cambios recientes, *Revista de Trabajo*, 6 (8), 59-82.
- De Pietri, D., Dietrich, P., Mayo, P., & Carcagno, A. (2011). Evaluación multicriterio de la exposición al riesgo ambiental mediante un sistema de información geográfica en Argentina. *Revista Panamericana de Salud Pública/Pan American Journal of Public Health*, 30(4), 377–387.
- De Pietri, D., Dietrich, P., Mayo, P., Carcagno, A., & De Titto, E. (2013). Indicadores de accesibilidad geográfica a los centros de atención primaria para la gestión de inequidades. *Revista Panamericana de Salud Pública/Pan American Journal of Public Health*, 34(6), 452–460.
- del Carmen Rojas, M., Meichtry, N. C., Ciuffolini, M. B., Vázquez, J. C., & Castillo, J. (2008). Repensando de manera holística el riesgo de la vivienda urbana precaria para la salud: un análisis desde el enfoque de la vulnerabilidad sociodemográfica. *Salud Colectiva*, 4(2), 187–201. <https://doi.org/10.18294/sc.2008.341>
- Di Virgilio, M. M. (2015). Urbanizaciones de origen informal en Buenos Aires. Lógicas de producción de suelo urbano y acceso a la vivienda. *Estudios Demográficos y Urbanos*, 30(3), 651. <https://doi.org/10.24201/edu.v30i3.1496>
- Di Virgilio, M. M., & Rodríguez, M. C. (2013). Prólogo. En Di Virgilio, M. M. & Rodríguez, M. C. (comp.) *Producción Social del Hábitat*. Café de las Ciudades.
- Di Virgilio, M. M., & Serrati, P. S. (2019). Déficit habitacional [data set]. Publicado en <https://mapa.poblaciones.org/map/9801>.
- Di Virgilio, M., & Perelman, M. (2014). Ciudades latinoamericanas. La producción social de las desigualdades urbanas. En Di Virgilio, M. & Perelman, M. (eds.) *Ciudades latinoamericanas. Desigualdad, segregación y tolerancia*. Ciudad Autónoma de Buenos Aires: CLACSO.
- Di Virgilio, M., Guevara, T. y Arqueros Mejica, S. (2015). La evolución territorial y geográfica del conurbano bonaerense. En G. Kessler (director) *Historia de la*

provincia de Buenos Aires: *El Gran Buenos Aires* , Tomo 6 (pp.73-102). Buenos Aires: Edhasa, UNIPE.

Di Virgilio, M. (2003). *Hábitat y salud: estrategias de las familias pobres*. Buenos Aires, Argentina: Lumiere.

Diez Roux, A.V. y Mair, C. (2010). Neighborhoods and health. *Annals of the New York Academy of Sciences*, 1186:125-145.

Dixon-Woods, M., Cavers, D., Agarwal, S., Annandale, E., Arthur, A., Harvey, J., Hsu, R., Katbamna, S., Olsen, R., Smith, L., Riley, R., Sutton, A. (2006) "Conducting a critical interpretive synthesis of the literature on access to healthcare by vulnerable groups", *BMC Medical Research Methodology*, 6 (35).

Duhau, E., & Giglia, Á. (2004). Conflictos por el espacio y el orden urbano. *Estudios Demograficos y Urbanos*, 56: 257–288.

Duhau, E., Giglia, A. (2008) *Las reglas del desorden: habitar la metrópoli*. México DF: Siglo XXI.

Ellen, I. G., Mijanovich, T., & Dillman, K. N. (2001). Neighborhood effects on health: Exploring the links and assessing the evidence. *Journal of Urban Affairs*, 23(3–4), 391–408. <https://doi.org/10.1111/0735-2166.00096>

Elorza, A. (2019). Segregación residencial y estigmatización territorial. Representaciones y prácticas de los habitantes de territorios segregados. *Eure*, 45(135), 91–110. <https://doi.org/10.4067/S0250-71612019000200091>

Ernst, C. y López Mourelo, E. L. (2020). El COVID-19 y el mundo del trabajo en Argentina: impacto y respuestas de política. Recuperado de https://www.ilo.org/wcmsp5/groups/public/---americas/---ro-lima/---ilo-buenos_aires/documents/publication/wcms_740742.pdf

Espinosa Cortés, L. M., Mora Rios, J. M., & Salas Valenzuela, M. (2013). Saberes y trayectorias de atención a la salud de poblaciones vulneradas en México: Un abordaje interdisciplinario. *Saude e Sociedade*, 22(2), 197–209. <https://doi.org/10.1590/s0104-12902013000200027>

Evans, G.W. y Kantrowitz, E. (2002) . Socioeconomic Status and Health: The Potential Role of Environmental Risk Exposure. *Annu. Rev. Public Health*, 23:303–331

Faur, E. (2004). *Masculinidades y desarrollo social. Las relaciones de género desde la perspectiva de los hombres*. Bogotá: UNICEF.

- Figuroa Perea, J. (2007) “El derecho a la salud en la experiencia de los varones: ¿un concepto ambivalente en los modelos de masculinidad vigentes?”, *Coeducando*, 1: 77-97.
- Findling, L., López E. (2015) *De cuidados y cuidadoras: acciones públicas y privadas*. Buenos Aires: Biblos.
- Findling, L., López, E., (comp.) (2018) *Cuidados y Familias: Los senderos de la solidaridad intergeneracional*, Ciudad Autónoma de Buenos Aires: Teseo.
- Fitzpatrick, K. M., & Lagory, M. (2003). “Placing” Health in an Urban Sociology. *City & Community, March*, 33–46.
- Flamm, M., Kaufmann, V. (2006). Operationalising the concept of motility: A qualitative study. *Mobilities*, 1(2), 167–189. <https://doi.org/10.1080/17450100600726563>
- Freidin B. & Krause, M. (2017). El cuidado de la salud y la percepción de riesgos: género, ciclo vital y experiencias biográficas. En Freidin, B. (coord.) *Cuidar la salud. Mandatos culturales y prácticas cotidianas de la clase media en Buenos Aires*. Buenos Aires: Imago Mundi.
- Freidin, B. (2017a) Introducción. En Freidin (coord.) *Cuidar la salud: mandatos culturales y prácticas cotidianas de la clase media en Buenos Aires*, Buenos Aires: Editorial Imago Mundi.
- Freidin, B. (2017b) “El uso de despliegues visuales en el análisis de datos cualitativos: ¿Para qué y cómo los diseñamos?”. En *Cuaderno de Metodología No.2 ¿Cómo se hace?:Estrategias de análisis cualitativo*. IIGG-UBA. Buenos Aires.
- Freidin, B., Ballesteros, M. S., Krause, M., & Wilner, A. (2020a). Estigmatización territorial y salud: experiencias de desigualdad social en la periferia de Buenos Aires. *Estudios Demográficos y Urbanos*, 35(1), 153. <https://doi.org/10.24201/edu.v35i1.1857>
- Freidin, B., Ballesteros, M., Krause, M., Wilner, A., Vinistky, A. (2020b). *Atención Primaria en tiempos de Crisis: experiencias de un equipo de salud en el conurbano de Buenos Aires*. Buenos Aires: TeseoPress.
- Freidin, B., Ballesteros, M., Wilner, A. (2019). Navegando los servicios de salud públicos: experiencias de mujeres de clase popular en la periferia de Buenos Aires. *Saude e Sociedade*, 28(4), 73–86. <https://doi.org/10.1590/s0104-12902019170987>
- Freidin, B., Wilner, A., Ballesteros, M. S., & Krause, M. (2018). *Salud, Riesgo Ambiental y Territorio*. Ciudad Autónoma de Buenos Aires: TeseoPress.
- Frenk, J. (1992). “El concepto y la medición de accesibilidad”. En White K. (comp.) *Investigaciones sobre servicios de salud: una antología*. Washington DC, OPS.

- Galea, S., Freudenberg, N., & Vlahov, D. (2005). Cities and population health. *Social Science and Medicine*, 60(5), 1017–1033. <https://doi.org/10.1016/j.socscimed.2004.06.036>
- García Zanotti, G., Schorr, M., & Cassini, L. (2021). Nuevo ciclo neoliberal y desindustrialización en la Argentina: el gobierno de Cambiemos (2015-2019). *Cuadernos de Economía Crítica*, 7(13), 65–96.
- García, R. (2006) *Sistemas complejos: Conceptos, método y fundamentación epistemológica de la investigación interdisciplinaria*. Barcelona: Gedisa.
- Gibson, M., Petticrew, M., Bamba, C., Sowden, A. J., Wright, K. E., & Whitehead, M. (2011). Housing and health inequalities: A synthesis of systematic reviews of interventions aimed at different pathways linking housing and health. *Health and Place*, 17(1), 175–184. <https://doi.org/10.1016/j.healthplace.2010.09.011>
- Gómez Gómez, E. (2002). Género, equidad y acceso a los servicios de salud: una aproximación empírica. *Revista Panamericana de Salud Pública*, 11(5/6), 327–334. <https://doi.org/10.2307/2589685>
- Grinberg, S., Dafunchio, S., & Mantiñán, L.M. (2013). Biopolítica y ambiente en cuestión: los lugares de la basura. *Horizontes Sociológicos*, 1 (1): 115-142.
- Guagliardo, M. (2004). Spatial accessibility of primary care: Concepts, methods and challenges. *International Journal of Health Geographics*, 3, 1–13. <https://doi.org/10.1186/1476-072X-3-3>
- Gutiérrez, A. (2009). La movilidad de la metrópolis desigual: el viaje a la salud pública y gratuita en la periferia de Buenos Aires. XII Encuentro de geógrafos de América Latina, Montevideo, Uruguay.
- Gutiérrez, A. (2014). Revisando el papel del transporte y la movilidad en la gestión de políticas públicas sectoriales: el caso de la salud. Programa Interdisciplinario de la UBA en Transporte (piubat). *Revista Transporte y Territorio*, 0(10), 158-161–161. <https://doi.org/10.34096/rtt.i10.526>
- Hammarström A, Johansson K, Annandale E, et al. (2013) “Central gender theoretical concepts in health research: the state of the art”, *J Epidemiol Community Health*, 68:185-190.
- Hanslmaier, M. (2013). Crime, fear and subjective well-being: How victimization and street crime affect fear and life satisfaction. *European Journal of Criminology*, 10(5), 515–533. <https://doi.org/10.1177/1477370812474545>
- Herzer, H. & Gurevich, R. (1996). Degradación y desastres: parecidos y diferentes: tres casos para pensar y algunas dudas para plantear. En Fernández, M (comp.) *Ciudades en riesgo. Degradación ambiental, riesgos urbanos y desastres*. Red de

Estudios Sociales en Prevención de Desastres de América Latina. Disponible en:
<https://www.desenredando.org/public/libros/1996/cer/>

Herzer, H. M., & Di Virgilio, M. M. (1996). Buenos Aires: pobreza e inundación. *Eure*, XXII(67), 65–80.

Howden-Chapman, P. (2004). Housing standards: A glossary of housing and health. *Journal of Epidemiology and Community Health*, 58(3), 162–168. <https://doi.org/10.1136/jech.2003.011569>

Jaramillo, A. N. M. (2018). Territorio, lugares y salud: redimensionar lo espacial en salud pública. *Cadernos de Saude Publica*, 34(1), 1–12. <https://doi.org/10.1590/0102-311x00075117>

Jessop, B., Brenner, N., & Jones, M. S. (2008). Theorizing sociospatial relations. *Environment and Planning D: Society and Space*, 26(3), 389–401. <https://doi.org/10.1068/d9107>

Kaufmann, V. (2016). Putting territory to the test of reversibility. *Research for Development*, 35–48. https://doi.org/10.1007/978-3-319-22578-4_3

Kaufmann, V., Bergman, M., Joye, D. (2004). Motility: Mobility as capital. *International Journal of Urban and Regional Research*, 28(4), 745–756.

Keene, D. E., & Padilla, M. B. (2014). Spatial stigma and health inequality. *CriticalPublicHealth*, 24(4), 392–404. <https://doi.org/10.1080/09581596.2013.873532>

Keijzer, B. De. (2016). “Sé que debo parar, pero no sé cómo”: Abordajes teóricos en torno a los hombres, la salud y el cambio. *Sexualidad, Salud y Sociedad*, 22, 278–300.

Kessler, G. (2011). La extensión del sentimiento de inseguridad en América Latina: Relatos, acciones y políticas en el caso Argentino. *Revista de Sociología e Política*, 19(40), 83–100. <https://doi.org/10.1590/S0104-44782011000300007>

Kessler, G. (2012). Las consecuencias de la estigmatización territorial. Reflexiones a partir de un caso particular. *Espacios en blanco. Serie indagaciones*, 22(1), 165-197.

Krause, M., Ballesteros, M. S. (2018). Interseccionalidad en desigualdades en salud en argentina: discusiones teórico-metodológicas a partir de una encuesta poblacional. *Hacia La Promoción de La Salud*, 23(2), 13–33.

Krieger, N. (2001). Theories for social epidemiology in the 21st century: an ecosocial perspective. *International Epidemiological Association*, 30, 668–677. <https://doi.org/10.3781/j.issn.1000-7431.2009.02.017>

- Larsen, T. S., & Delica, K. N. (2019). The production of territorial stigmatisation: A conceptual cartography. *City*, 23(4–5), 540–563. <https://doi.org/10.1080/13604813.2019.1682865>
- Lavell, A. (1996). Degradación ambiental, riesgo y desastre urbano. Problemas y conceptos: hacia la definición de una agenda de investigación. En Fernández, M (comp.) *Ciudades en riesgo. Degradación ambiental, riesgos urbanos y desastres*. Red de Estudios Sociales en Prevención de Desastres de América Latina. Disponible en: <https://www.desenredando.org/public/libros/1996/cer/>
- Lekkas, P., Paquet, C., Howard, N. J., & Daniel, M. (2017). Illuminating the life course of place in the longitudinal study of neighbourhoods and health. *Social Science and Medicine*, 177, 239–247. <https://doi.org/10.1016/j.socscimed.2016.09.025>
- Lewis, S., Willis, K., & Collyer, F. (2018). Navigating and making choices about healthcare: The role of place. *Health and Place*, 52(June), 215–220. <https://doi.org/10.1016/j.healthplace.2018.06.009>
- Lindelov, M., Nahrgang, S., Dmytraczenko, T., Marinho, F., Alencar, L. (2015) “Assessing Progress toward Universal Health Coverage: Beyond Utilization and Financial Protection”, *Directions in Development*. Washington DC, World Bank.
- López, L., Finding, M. y Abramzon, M. (2006). “Desigualdades en salud: ¿Es diferente la percepción de morbilidad de varones y mujeres?”, *Salud Colectiva*, Buenos Aires, 2 (1): 61-74.
- López, M. J., Aón, L. C., Giglio, M. L., Freaza, N., & Cola, C. (2019). El viaje como barrera: Diferencias y complejidades en el acceso a centros de salud en la ciudad de La Plata. *Eure*, 45(134), 53–76. <https://doi.org/10.4067/S0250-71612019000100053>
- Lorenc, T., Clayton, S., Neary, D., Whitehead, M., Petticrew, M., Thomson, H., Cummins, S., Sowden, A., & Renton, A. (2012). Crime, fear of crime, environment, and mental health and wellbeing: Mapping review of theories and causal pathways. *Health and Place*, 18(4), 757–765. <https://doi.org/10.1016/j.healthplace.2012.04.001>
- Maceira, D. (2009) “Inequidad en el acceso a la salud en la Argentina”, *Cuadernos del CLAEH*, 99 (32), pp. 7-17.
- Maceira, D., Olaviaga, S., Kremer, P., Cejas, C. (2010) Centros de Atención Primaria de Salud: radiografía de su distribución en la Argentina, *Medicina y Sociedad*, 30(4).
- Maceira, V. (2012) Notas para una caracterización del Área Metropolitana de Buenos Aires. Disponible en: http://web.observatoriodasmetropoles.net/download/notas_regi%C3%B3n_metropolitana_de_Buenos%20Aires.pdf

- Maceira, V. (2016). Aportes para el análisis de la estructura de clases y la diferenciación social de los trabajadores en el área Metropolitana de Buenos Aires en la post-convertibilidad. *Revista Estudios Del Trabajo*, 52, 1–38.
- Mair, C., Kaplan, G. A., & Everson-Rose, S. A. (2012). Are there hopeless neighborhoods? An exploration of environmental associations between individual-level feelings of hopelessness and neighborhood characteristics. *Health and Place*, 18(2), 434–439. <https://doi.org/10.1016/j.healthplace.2011.12.012>
- Massey, D. (1994). *Space, place and gender*. Minneapolis: University of Minnesota Press.
- Maxwell, J. (1996) *Qualitative research design: an interactive approach*. Londres: Sage.
- Menéndez, E. L. (2005). Intencionalidad, experiencia y función: la articulación de los saberes médicos/Intention, experience and function: articulation of medical knowledge. *Revista de Antropología Social*, 14, 33-69,384-385.
- Meo, A. & A. Navarro (2009) *La Voz de los Otros*. Buenos Aires: Omicron.
- Mercado-Martínez, F. J., Hernández-Ibarra, E. (2007). Las enfermedades crónicas desde la mirada de los enfermos y los profesionales de la salud: un estudio cualitativo en México. *Cadernos de Saúde Pública*, 23(9), 2178–2186. <https://doi.org/10.1590/s0102-311x2007000900025>
- Morello-Frosch, R., Zuk, M., Jerrett, M., Shamasunder, B. y Kyle, M.D. (2011). Understanding The Cumulative Impacts Of Inequalities In Environmental Health: Implications for Policy. *Health Affairs*, 30 (5): 879-887.
- Muntaner, C., Rocha, K. B., Borrell, C., Vallebuona, C., Ibáñez, C., Benach, J., Sollar, O. (2012). Clase social y salud en América Latina. *Revista Panamericana de Salud Publica/Pan American Journal of Public Health*, 31(2), 166–175.
- Murgida, A. (2012). Dinámica climática, vulnerabilidad y riesgo. Valoraciones y procesos adaptativos en un estudio de caso del Chaco-salteño. [Tesis doctoral publicada]. Mimeo.
- Naithani, S., Gulliford, M., Morgan, M. (2006). Patients' perceptions and experiences of "continuity of care" in diabetes. *Health Expectations*, 9(2), 118–129. <https://doi.org/10.1111/j.1369-7625.2006.00379.x>
- Natividad Viego, V., & Luján Temporelli, K. (2016). Socioeconomic and environmental determinants of blood hypertension in the Argentinian adult population. *Revista Cubana de Salud Publica*, 42(1), 27–36.

- Navarro, M.L. (2015). "Hacer común contra la fragmentación en la ciudad: experiencias de autonomía para la reproducción de la vida". *Apantle. Revista de Estudios Comunitarios*. N°1.
- ODSA (2018) *Trabajo, salud y ejercicio ciudadano en la Argentina Urbana (2010-2017)*, Ciudad Autónoma de Buenos Aires: Educa.
- ODSA (2020). *La pobreza como privación más allá de los ingresos (2010-2019)* (No. 1; EDSA Serie Agenda Para La Equidad).
- ODSA. (2019). La mirada en la persona como eje del desarrollo humano y la integración social. Deudas y desigualdad en la salud, los recursos psicosociales y el ejercicio ciudadano. Educa.
- OPS (2008) *Sistemas de salud basados en la Atención Primaria de Salud: Estrategias para el desarrollo de los equipos de APS*. Washington, D.C.
- OPS (2010) *Redes Integradas de Servicios de Salud: Conceptos, opciones de política y Hoja de ruta para su implementación en América Latina*. Serie la renovación de la Atención Primaria de la Salud en Las Américas No. 4, Washington DC.
- Otamendi, A. (2014). ¿Demandas de seguridad o demandas de "mano dura"? : El "consenso punitivo" en cuestión en el Área Metropolitana de Buenos Aires (2000-2010). *Hologramática*, 21(2), 155–174.
- Otamendi, A., Balardini, M., & Díaz, J. (2019). Prácticas , territorios y sentidos sobre la inseguridad (In) seguridad y armas de fuego en la Argentina actual : aproximación a las percepciones legas en el conurbano bonaerense. *II Jornadas de Estudios Sociales Sobre Delito, Violencia y Policía. La Seguridad En Cuestión*, 9 y 10 de abril, Ciudad Autónoma de Buenos Aires.
- Otamendi, M. A. (2016). Seguridad objetiva y subjetiva en América Latina: aclarando la paradoja. *Rev. Bras. Secur. Pública*, 10, 56–87.
- Passerino, L. M. (2021). Experiencias en territorio: vulnerabilidad y problemáticas sanitarias en barrios periurbanos de Paraná (Entre Ríos - Argentina). *Saúde e Sociedade*, 30(2). <https://doi.org/10.1590/s0104-12902021200333>
- Pastrana, F. y Trajtemberg, D. (2020). La negociación colectiva en tensión. Buenos Aires: FES. Recuperado de <https://library.fes.de/pdf-files/bueros/argentinien/16150.pdf>
- Pearce, J. (2012). The blemish of place: Stigma, geography and health inequalities. A commentary on Tabuchi, Fukuhara & Iso. *Social Science and Medicine*, 75(11), 1921-1924. Recuperado de <https://www.science-direct.com/science/article/pii/S0277953612005874>
- Permentier, M. (2009). Reputation , neighbourhoods and behaviour. [Tesis doctoral publicada]. Utrecht University.

- Phelan J., Link B., Tehranifar P. (2010) "Social conditions as fundamental causes of health inequalities: theory, evidence and policy implications", *Journal of Health and Social Behavior*, 51(1), pp. 28-40.
- Pierce, J., Martin, D. G., & Murphy, J. T. (2011). Relational place-making: The networked politics of place. *Transactions of the Institute of British Geographers*, 36(1), 54–70. <https://doi.org/10.1111/j.1475-5661.2010.00411.x>
- Pierse, N., Carter, K., Bierre, S., Law, D., & Howden-Chapman, P. (2016). Examining the role of tenure, household crowding and housing affordability on psychological distress, using longitudinal data. *Journal of Epidemiology and Community Health*, 70(10), 961–966. <https://doi.org/10.1136/jech-2015-206716>
- Prévôt-Schapira, M. F., & Cattaneo Pineda, R. (2008). Buenos Aires: La fragmentación en los intersticios de una sociedad polarizada. *Eure*, 34(103), 73–92. <https://doi.org/10.4067/s0250-71612008000300004>
- Rajmil, L., Díez, E., & Peiró, R. (2010). Desigualdades sociales en la salud infantil. Informe SESPAS 2010. *Gaceta Sanitaria*, 24(SUPPL. 1), 42–48. <https://doi.org/10.1016/j.gaceta.2010.09.012>
- Restrepo-Zea, J., Silva-Maya, C., Andarade-Rivas, F., Dover, R. (2014) "Acceso a servicios de salud: análisis de barreras y estrategias en el caso de Medellín, Colombia", *Rev. Gerenc. Polít. Salud*, 13 (27), pp. 242-265.
- Rieker, P., Bird, C.E. y Lang, M. (2010). Understanding Gender and Health: Old Patterns, New Trends, and Future Directions. En C.E. Bird, P. Conrad, A.M. Fremont y S. Timmermans (comps.), *Handbook of Medical Sociology*, Sixth Edition (pp. 52-78). Nashville: Vanderbilt University Press.
- Sabatini, F. (1997). Conflictos Ambientales y desarrollo sustentable en las regiones urbanas, *EURE*, XXII, 68, 77-91.
- Sacchi, M., Hausberger, M., & Pereyra, A. (2007). Percepción del proceso salud-enfermedad-atención y aspectos que influyen en la baja utilización del Sistema de Salud, en familias pobres de la ciudad de Salta. *Salud Colectiva*, 3(3), 271. <https://doi.org/10.18294/sc.2007.147>
- Sack, R.D. (1986) *Human territoriality: Its Theory and History*. Cambridge: Cambridge University Press.
- Schwandt, T. & Gates, E. (2018) Case Study Methodology. En Denzin, N., Lincoln, Y. (eds.) *The SAGE Handbook of Qualitative Research*. Thousand Oaks: SAGE Publications.

- Segura, R. (2017). Desacoples entre desigualdades sociales, distribución del ingreso y patrones de urbanización en ciudades latinoamericanas. Reflexiones a partir de la Región Metropolitana de Buenos Aires (RMBA). *Revista CS*, 21, 15. <https://doi.org/10.18046/recs.i21.2278>
- Shareck, M., Frohlich, K. L., Kestens, Y. (2014). Considering daily mobility for a more comprehensive understanding of contextual effects on social inequalities in health: A conceptual proposal. *Health and Place*, 29, 154–160. <https://doi.org/10.1016/j.healthplace.2014.07.007>
- Silva, S. de O., Budó, M. de L. D., & da Silva, M. M. (2013). Care concepts and practices from men's viewpoint. *Texto & Contexto Enfermagem*, 22(2), 389–396. <https://doi.org/10.1590/S0104-07072013000200015>
- Silveira, M.L. (2008). "Globalización y territorio usado. Imperativos y solidaridades". *Cuadernos del Cendes* N°.69.
- Slater, T. (2015). Territorial Stigmatization: Symbolic Defamation and Contemporary Metropolis. en J. Hannigan and G. Richards (Eds.), *The Handbook of New Urban Studies*. London: Sage.
- Slater, T. (2017) Territorial Stigmatization: Symbolic defamation and the contemporary metropolis. En Hannigan, J., & Richards, G. (eds.). *The Sage Handbook of New Urban Studies*. Londres: Sage Publications.
- Solari, C. D., & Mare, R. D. (2012). Housing crowding effects on children's wellbeing. *Social Science Research*, 41(2), 464–476. <https://doi.org/10.1016/j.ssresearch.2011.09.012>
- Soldano, D. (2008) "Vivir en territorios desmembrados. Un estudio sobre la fragmentación socioespacial y las políticas sociales en el Área Metropolitana de Buenos Aires" CLACSO-CROP, Buenos Aires.
- Soldano, D. (2018). Experiencias del bienestar: para una comprensión de la política social desde el sentido común. *Ciudadanías*, 3, 51–76.
- Spain, D. (2014). Gender and urban space. *Annual Review of Sociology*, 40(April), 581–598. <https://doi.org/10.1146/annurev-soc-071913-043446>
- Stafford, M., Chandola, T., & Marmot, M. (2007). Association Between Fear of Crime and Mental Health and Physical Functioning. *American Journal of Public Health*, 97(11), 2076–2081. <https://doi.org/10.2105/AJPH.2006.097154>
- Strauss, A.& J. Corbin (2002) *Bases de la Investigación Cualitativa*. Colombia: Universidad de Antioquia.

- Strazdins L., Welsh J., Korda R., Broom D., Paolucci F. (2015) "Not all hours are equal: could time be a social determinant of health?", *Sociology of Health Illness*, 38(1), pp. 21-42.
- Suárez, A. L., Fernández Wagner, R., Groisman, F., & Katzman, R. (2009). Segregación Residencial en Argentina. Serie *Aportes para el desarrollo humano en Argentina*. 2009.
- Suárez, F. y T. Calello. (2012) Ecología y Sociedad. En Di Pace, M. y H. Caride (eds.). *Ecología Urbana*. Los Polvorines: UNGS.
- Svampa, M. (2001). *Los que ganaron: La vida en los countries y barrios privados*. Buenos Aires: Biblos.
- Taylor, S. J., y Bogdan, R. (1987). *Introducción a los métodos cualitativos de investigación*. Buenos Aires: Paidós.
- Tejada-Tayabas, L. M., Mercado-Martínez, F. J. (2010). Entre la disponibilidad y el acceso a la atención médica: la mirada de los enfermos crónicos en condiciones de pobreza. *Salud Colectiva*, 6(1), 35–45.
- Tobar, F (2012). Breve historia del sistema argentino de salud En: Garay, O. (Coord.) *Responsabilidad Profesional de los Médicos. Ética, Bioética y Jurídica. Civil y Penal*. Buenos Aires. La Editorial La Ley.
- Tobar, F. (2002). Acceso a los Medicamentos en Argentina: Diagnóstico y alternativas. *Centro de Estudios de Estado y Sociedad, Serie Seminarios Salud y Política Pública*, Seminario II.
- Tobar, F. (2016). Avances y desafíos en la construcción del acceso a los medicamentos en Argentina. En Fundación Tzedaka. *Repensar la inclusión social: Políticas públicas y sociedad civil en la Argentina (1991-2016)*. Buenos Aires.
- Tobías, M. & Pereira, P. (2013). Políticas de agua potable y saneamiento. Demandas locales en el Área Metropolitana de Buenos Aires. En Merlinsky, G. (comp.). *Compilación de Cartografías del conflicto ambiental en Argentina*. Ciudad Autónoma de Buenos Aires: Fundación CICCUS.
- Torres, H. (1993). El mapa social de Buenos Aires (1940-1990). *Serie Difusión* 3. FADU UBA.
- Tunstall, H., Shaw, M. y Dorling, D. (2004). Places and health. *J Epidemiol Community Health*, 58: 6–10
- Ullmann, H., Valera, C. M., & Rico, M. N. (2014). La evolución de las estructuras familiares en América Latina, 1990-2010. Los retos de la pobreza, la vulnerabilidad y el cuidado. *Serie Políticas Sociales*, 1(193), 63.

<http://www.cepal.org/es/publicaciones/36717-la-evolucion-de-las-estructuras-familiares-en-america-latina-1990-2010-los-retos>

- Victoor, A., Delnoij, D. M., Friele, R. D., & Rademakers, J. J. (2012). Determinants of patient choice of healthcare providers: A scoping review. *BMC Health Services Research*, 12(1). <https://doi.org/10.1186/1472-6963-12-272>
- Wacquant, L., Slater, T., & Pereira, V. B. (2014). Territorial stigmatization in action. *Environment and Planning A*, 46(6), 1270–1280. <https://doi.org/10.1068/a4606ge>
- Weden, M. M., Carpiano, R. M., & Robert, S. A. (2008). Subjective and objective neighborhood characteristics and adult health. *Social Science and Medicine*, 66(6), 1256–1270. <https://doi.org/10.1016/j.socscimed.2007.11.041>
- Winchester, L. (2008). La dimensión económica de la pobreza y precariedad. *Revista Eure*, 34(103), 27–47. <http://goo.gl/7rc0s>
- Wise, P. H. (2016). Child Poverty and the Promise of Human Capacity: Childhood as a Foundation for Healthy Aging. *Academic Pediatrics*, 16(3), S37–S45. <https://doi.org/10.1016ap.2016.01.014>
- World Health Organization (WHO). (2010). *Why urban health matters*. Washington DC: World Health Organization.
- World Health Organization (WHO). (2016). *Health as the Pulse of the New Urban Agenda. United Nations Conference on Housing and Sustainable Urban Development Quito*. Ginebra: World Health Organization.
- World Health Organization; ONU- Habitat. (2010). *Las Ciudades Ocultas: revelación y superación de las inequidades sanitarias en los contextos urbanos*. Kobe: World Health Organization.
- World Health Organization. (2018). *WHO Housing and health guidelines*. Ginebra: World Health Organization.
- Yin, R. K. (2018). *Case study research and applications: Design and methods*. Sage Publications.