



Revista de Filosofía y Teoría Política, n.º 51, 2021, e033, ISSN 2314-2553
Universidad Nacional de La Plata.
Facultad de Humanidades y Ciencias de la Educación.
Departamento de Filosofía

Migraciones y (Des) usos del sistema de salud. Narrativas sobre dificultades de acceso y estrategias de atención/autoatención en un barrio periurbano de La Matanza

Migrations and the Use (or the Misuse) of the Health Care System. Narratives about Access Barriers and Strategies for Attention/Self-Attention in a Peri Urban Neighborhoods in La Matanza

Yamila Soledad Abal

yamila.abal@gmail.com

Instituto Mutidisciplinario de Historia y Ciencias Humanas, CONICET, Argentina

Cita sugerida: Abal, Y. S. (2021). Migraciones y (Des) usos del sistema de salud. Narrativas sobre dificultades de acceso y estrategias de atención/autoatención en un barrio periurbano de La Matanza. *Revista de Filosofía y Teoría Política*, 51, e033.

<https://doi.org/10.24215/23142553e033>

Recepción: 18 Noviembre 2021
Aprobación: 29 Noviembre 2021
Publicación: 01 Diciembre 2021

Resumen: En el marco del PICT 3166/2015 “Migraciones, interculturalidad y territorio: Cartografías multiescalares de la inclusión social”, se desarrolla una línea de investigación que busca analizar las especificidades que presentan los procesos de salud-enfermedad-atención (PSEA) en barrios periurbanos de González Catán, habitados por conjuntos sociales empobrecidos y caracterizados por tener trayectorias biográficas marcadas por diversas experiencias de movilidad. A partir de un enfoque cualitativo, se analizan las narrativas de quienes habitan estos barrios, reconociendo los modos en los que diversas desigualdades se juxtaponen y se expresan en dificultades de acceso a la atención y en el desarrollo de una pluralidad de estrategias que procuran sortear aquellas dificultades. Como resultado, se evidencia una multiplicidad de actores y de modelos concernientes a la salud y a su cuidado y a la existencia de conciencias alternativas frente a los diferentes problemas. A su vez, las dificultades de acceso y las percepciones sobre el funcionamiento de los servicios del sistema público de salud, ayudan a avanzar en la comprensión de determinados “caminos terapéuticos” y poner en tensión algunos de los estereotipos vinculados a la salud migrante que se encuentran arraigados en la opinión pública y en los medios de comunicación.

Palabras clave: Migraciones, Procesos de Salud-Enfermedad-Atención, Desigualdades Sociales, Accesibilidad.

Abstract: In the context of the PICT 3166/2015 Project “Migrations, Interculturality and Territory: Multiscale Mapping on Social Inclusion”, we have developed a line of research to explore the specific characteristics of the health-disease-care process in peri urban neighborhoods in González Catán inhabited by impoverished social groups whose lives are shaped by diverse moving experiences. Based on a qualitative approach, we analyze the accounts of those living in the neighborhood, exploring the



juxtaposition of different inequalities, how this affects healthcare access, and the multiple strategies that can be developed to overcome such difficulties. As a result, we have identified multiple stakeholders and models regarding healthcare as well as different levels of awareness when faced to these different concerns. Furthermore, access difficulties and perceptions regarding the public health system and how it works contribute to advance the understanding of new “therapeutic paths” and show the existing tension regarding certain stereotypes associated with migrant health rooted in public opinion and the media.

Keywords: Migrations, Health-Disease-Care process, Social Inequalities, Accessibility.

1. Introducción

En el marco del PICT 3166/2015 “Migraciones, interculturalidad y territorio: Cartografías multiescalares de la inclusión social”, se desarrolla una línea de investigación que busca analizar las especificidades que presentan los procesos de salud-enfermedad-atención (PSEA) en dos barrios periurbanos de González Catán, habitados por conjuntos sociales empobrecidos y caracterizados por tener trayectorias biográficas marcadas por diversas experiencias de movilidad.

En el diseño del proyecto macro, el Partido de La Matanza fue elegido como área de estudio porque combina espacios densamente urbanizados, próximos a la Ciudad Autónoma de Buenos Aires, con espacios de la periferia, más dispersos, con predominio de hábitat popular. También porque tiene 10 % de su población nacida en países distintos a la Argentina de acuerdo al último censo nacional (INDEC, 2010), siendo posible a su vez, identificar porcentajes más elevados de Necesidades Básicas Insatisfechas (NBI) en los hogares con población migrante (Matossian, 2017).

En este encuadre, se realizó un recorte espacial con el objetivo de llegar a una escala barrial que permitiera ahondar en profundidad sobre determinados aspectos del proceso de salud-enfermedad-atención, desde una perspectiva socio-antropológica.

Así, nos enfocamos en un área periurbana resultante de procesos recientes de expansión de la mancha urbana, compuesta por el sector norte de las localidades de González Catán y Gregorio de Laferrere y sur de Rafael. Allí, a partir de entrevistas en profundidad a informantes claves y recorridos urbanos, fueron identificados dos barrios con alta proporción de población migrante y cuyos orígenes se remontan a un proceso de toma de tierras y viviendas que tuvo lugar hace 5 años. Los barrios Nueva Esperanza y San Andrés¹ son barrios caracterizados por tener un alto predominio de informalidad tanto desde el punto de vista dominial como desde la óptica de la urbanización (Clichevsky, 2000) y por encontrarse alejados de las principales centralidades y subcentralidades urbanas (Matossian y Abal, 2019), de uso eminentemente residencial con dificultades para el acceso a equipamiento urbano y que en términos de Milton Santos (1993), son zonas opacas y postergadas.

Las dificultades de accesibilidad al transporte público y a otros servicios o equipamientos urbanos, que Clichevsky (2000) identifica como uno de los

principales rasgos de la informalidad urbana, forman parte de los obstáculos con los que se encuentran las personas que habitan estos territorios para satisfacer ciertas necesidades y ejercer determinados derechos.

Sin embargo, el acceso al sistema de salud y los condicionamientos de los PSEA en los barrios en estudio exceden a estas cuestiones materiales. Al contrario de ello, entendemos “accesibilidad” desde una perspectiva relacional y como un proceso socio-histórico. En palabras de Comes (2002), se trata del vínculo entre los sujetos y los servicios que surge de una combinación entre las “condiciones y discursos de los servicios y las condiciones y representaciones de los sujetos y se manifiesta en la modalidad particular que adquiere la utilización con los servicios” (Comes, 2002: 203).

En este sentido, la construcción simbólica del otro -tanto la que se construye en los servicios sobre determinado perfil de usuarios/as como la que se configura entre estos/as últimos/as en relación a los servicios- es clave para avanzar en la comprensión de los procesos a través de los cuales las condiciones diferenciales de producción de salud y de enfermedad son generadas, reproducidas y legitimadas.

En los barrios Nueva Esperanza y San Andrés se condensan diferentes atributos que suelen ser asociados simbólicamente a la idea de “extraño” o de “otro peligroso”. La combinación -toma de tierras, conurbano, pobreza y migrantes- potencia los efectos que cada atributo estigmatizado tiene por separado.

En este punto, la perspectiva interseccional es clave para analizar los modos en que diversas desigualdades se yuxtaponen y se expresan en dificultades de acceso a la atención en salud y, a su vez, en el desarrollo por parte de quienes las padecen, de una pluralidad de estrategias que procuran sortear aquellas dificultades. La noción de “interseccionalidad”, gestada desde los estudios feministas y decoloniales, reconoce la necesidad de abordar las distintas desigualdades sociales, que Tilly (2000) denomina “persistentes”, como capas que suceden de modo simultáneo.

Por último, posicionarnos desde la antropología médica y decidir privilegiar el estudio de las experiencias subjetivas, de las vivencias y significados que los sujetos atribuyen a los padecimientos y el sentido que dan a las prácticas terapéuticas a las que adhieren a partir de su pertenencia a determinados contextos y grupos socioculturales, implica reconocer la existencia de otras medicinas y prácticas terapéuticas, más allá de las propuestas por la biomedicina y ofertadas oficialmente por el Estado.

Según Eduardo Menéndez (1994, p. 71) “Enfermar, morir, atender la enfermedad y la muerte deben ser pensados como procesos que no sólo se definen a partir de profesiones e instituciones dadas, específicas y especializadas, sino como hechos sociales respecto de los cuales los conjuntos sociales necesitan construir acciones, técnicas e ideologías, una parte de las cuales se organizan profesionalmente”. Es decir que todo conjunto social, en cualquier momento histórico, genera representaciones y prácticas, produciendo un tipo de saber y modo de responder ante los padecimientos. En este sentido, más allá de las dificultades concretas vinculadas a las distancias espaciales o a cuestiones económicas o ambientales, existen, por ejemplo, otras barreras de acceso al sistema de salud, vinculadas a lo que Seppilli (2000) llama “distancia cultural”, distancia que existe entre los modelos propuestos por la biomedicina y

determinados conjuntos sociales. Esta distancia a su vez, promueve prácticas juzgadas por la misma biomedicina como “supersticiones”. De esta manera, la pregunta por los PSEA en el barrio Nueva Esperanza se presenta encadenada inevitablemente a las preguntas por las estrategias de “complementariedad terapéutica” (Idoyaga Molina, 2015; Saizar, 2015), entendiendo estas como la combinación de medicinas y de prácticas terapéuticas, en este caso llevada a cabo por “los pacientes a fin de evitar la censura y descalificación de los biomédicos por la utilización de otras medicinas en la búsqueda de salud o por la referencia a otros saberes y representaciones” (Saizar & Disderi, 2003, p.531). En otras palabras, se abre la pregunta por el modo en el que se da aquella combinación, por el modo en el que construyen los caminos terapéuticos las personas que habitan estos barrios.

Realizadas estas primeras consideraciones, las páginas que siguen se organizan en cinco apartados. En el primero, se presenta el abordaje metodológico implementado y sus fundamentos. En el segundo, compartimos encuentros de campo que reflejan algunos aspectos claves para la comprensión de los PSEA en el barrio Nueva Esperanza. En el tercero, se analizan narrativas de quienes habitan el barrio respecto a los modos en los que la informalidad urbana y otras características del área de estudio condicionan concretamente los PSEA de estas personas en general y su acceso a la atención en salud en particular. A su vez, también se reconstruyen algunas de las estrategias que llevan adelante estas personas para sortear estas dificultades, acceder a la atención y resistir a los procesos de vulneración del derecho a la salud resultado de la yuxtaposición de desigualdades sociales que caracterizan el área de estudio. Por último, el objetivo del cuarto apartado es delinear algunas reflexiones generales y dejar planteados nuevos interrogantes sobre los que seguir avanzando en la comprensión de los modos en los que las diversas desigualdades sociales se expresan en los PSEA.

2. Abordaje metodológico

Nos posicionamos desde el enfoque etnográfico por considerarlo como un tipo de abordaje fértil, ya que permite analizar la manera en la que los procesos macrosociales son vividos y simbolizados por grupos sociales específicos y se traducen en modos particulares de padecer, explicar, prevenir y atender los padecimientos.

Entendemos la etnografía como “aquel tipo de estudio cualitativo, intensivo, en profundidad, de cualquier fenómeno, lo que supone estudiar la realidad en sus términos “naturales”, tal como ocurre y “desde adentro”, aproximándose lo más posible al punto de vista de sus protagonistas” (Romani, 2002: 498), no solo a través del registro y análisis de sus narraciones, sino también a través de la observación de sus prácticas y los contextos.

El compartir la cotidianidad con el “otro” en su propio contexto habilita la construcción de vínculos de confianza, de relaciones horizontales, diferentes a la asimetría establecida en una entrevista, en la que uno pregunta y otro responde. Al decir de Ramirez Hita (2013: 55) “Es en la conversación, no en la entrevista, donde obtenemos una relación de diálogo más simétrica, más comprometida con los sujetos”.

Concretamente, en los primeros acercamientos al barrio se realizaron recorridos urbanos de carácter exploratorio, con pocas ideas y pautas pre-

establecidas, desde una disposición que podemos asociar a lo que Pétonnet (2008) llama “observación flotante” y describe como un:

permanecer vago y disponible en toda circunstancia, en no orientar la atención sobre un objeto preciso, sino dejarla “fluctuar” de modo que las informaciones penetren sin filtro, sin a priori, hasta el momento en que puntos de referencia, de convergencias, aparezcan y lleguemos, entonces, a descubrir las reglas subyacentes. (Pétonnet, 2008, p. 102).

Estos primeros recorridos nos permitieron confirmar que el área elegida tiene escasas instituciones, y reconocer otros aspectos estructurales que condicionan intensamente las formas de habitar el área de estudio.

Comenzamos a frecuentar operativos territoriales, mesas de articulación, delegaciones municipales de desarrollo social y otras piezas clave para el abordaje territorial, primer nivel de atención social y en salud del gobierno local, logrando entrar en contacto y generar progresivamente vínculos de confianza con diferentes informantes clave y habitantes del barrio, lo que nos habilitó a conocer más sobre los modos de vida en nuestro área de interés.

La “observación flotante” (Pétonnet, 2008) fue convirtiéndose progresivamente en una mirada más próxima a la etnográfica: “de cerca y desde adentro” (Magnani, 2002) que nos permitió indagar en los modos en los que habitar un barrio como Nueva Esperanza se traduce en determinadas configuraciones de los PSEA.

Como estrategia para traducir esa mirada “de cerca y desde adentro”, compartimos en el próximo apartado lo que llamamos “encuentros de campo”, contruidos a partir de entrevistas en profundidad, observaciones participantes en jornadas y eventos específicos organizados por diferentes actores dentro del barrio y transcripciones de nuestro diario de campo sobre diferentes aproximaciones con algunos/as vecinos/as.

3. Encuentros de campo

Encuentro con Francisca

Francisca tiene 58 años. Migró a la Argentina hace 26 años, al barrio de Mataderos, en la Ciudad Autónoma de Buenos Aires, a la casa de una amiga. Tiene 4 hijos/as, tres de ellos viven en Argentina y una en Paraguay. Trabajó 16 años “con cama adentro”, de niñera. Los/as hijos/as migraron a la Argentina, varios años después, ya siendo adultos. Francisca nos cuenta que gracias a las remesas que ella enviaba a sus hijos/as cuando aún ellos/as estaban en Paraguay, consiguieron terminar los estudios primarios y secundarios en una escuela privada. Francisca vive en el barrio Nueva Esperanza desde su inicio, hace casi cinco años. Llegó con su hija, su yerno y tres de sus nietos y durante un tiempo vivió con ellos, hasta que pudo conseguir y acondicionarse otra de las casas del barrio.

Actualmente, Francisca trabaja tres veces por semana y uno de los días que le quedan libres colabora en un comedor popular del barrio. A su vez, Francisca forma parte de un grupo que misiona en el barrio y en otros barrios cercanos. Una vez por mes pone a disposición su casa, para que los tres médicos (un pediatra,

médico clínico y cardiólogo) convocados por el Padre Juan, respondan diferentes demandas de atención a la salud del barrio. Además de poner a disposición su casa, Francisca prepara mate y mate cocido y ofrece galletas a quienes aguardan ser atendidos/as en el parque que rodea su casa.

Al preguntarle a Francisca por los problemas del barrio, ella relató:

Acá eso es el tema más horroroso, que no te quiere entrar un remis, tenés un chico enfermo, o una persona que necesita... El otro día, que es mi vecina, se desvaneció, y no teníamos cómo llamar a una ambulancia y no pudo entrar acá. Y el marido de Noemí, no sé cómo hizo, logró, porque esta mujer es grandota. Le llevó a la fuerza hasta la ambulancia. Y acá, ese acceso no hay. Ese acceso de los chicos que se te enfermen en alta hora, ponele, que suele pasar, y no hay uno que te quiera entrar acá. Te morís. Eso. (...) y somos así. Corremos y nos ayudamos. Eso por lo menos hacemos, pero ¿qué podés hacer con un caso de un profesional que no podés brindar si no conoces?

Nosotros salimos acá, vamos al Policlínico de San Justo, y para ir hasta allá a conseguir un turno, un número, tenes que salir de acá 4 30 de la mañana (...) Es lejos, pero nos parece que nos atienden mejor, y que hay todo. No te mandan, como cuando vas a Catán y no tienen para hacerte un estudio así. Y nosotros encontramos en ese hospital que no te mandan a otro lado. (...) Nosotros vamos más para allá. En el hospital 21 o en el Policlínico de San Justo. O sino, el Tornú en la capital. Yo te llevo a decir Tornú porque, bueno, está cerca mi hijo y me puede hacer la facilidad de conocer el hospital. Está el Hospital Durand o Fernández, todo eso. La gente se rebusca. Y para los niños, el Garrahan o sino Hospital de Niños de San Justo, y de ahí, al Garrahan. Es un proceso, te digo, que hay que estar.

Encuentro con Carolina

Carolina es una referente del barrio Nueva Esperanza. Al momento de conocerla, formaba parte de la comisión vecinal del barrio y a su vez coordinaba un grupo de madres que sostenían tres veces por semana un merendero. Es la menor de cinco hermanos/as, la única que nació en Argentina. El resto nació en Paraguay pero todos/as viven hace más de veinte años en Argentina. Carolina vivía en el barrio Nueva Esperanza hace dos años, antes de eso vivió más de veinte años en un barrio cercano de González Catán pero más consolidado. Decidió mudarse “cuando surgió la oportunidad de la casa propia”, su padre y una de sus hermanas ya vivían ahí, “desde el inicio”. Entrevistamos a Carolina en la casa que había sido del padre y que actualmente funcionaba como sede del merendero. El padre de Carolina, que tiene serios problemas cardíacos, le dejó la casa a modo de préstamo al irse a vivir con una de sus otras hijas a General Rodríguez porque “ella tiene todos los hospitales cerca”. A continuación, recuperamos dos fragmentos de la entrevista que le realizamos, vinculados a la atención en salud:

Me pasó que ella -señalando a la hija de 6 años, presente en la entrevista- sufría mucho de lo que es los bronquios, el cambio de clima, la humedad, es alérgica... yo me iba a Catán, porque conocía Catán, de ahí me iba al 32 -refiriéndose al hospital Simplemente Evita, ubicado en el km 32 de la ruta 3, localidad de González Catán- porque en Catán no había guardia o no tenía pediatra, en el 32 pasaba exactamente lo mismo, y de ahí me iba al Pontevedra... decí que en ese tiempo mi suegro todavía tenía auto, pero ¿qué hace la persona que no cuenta con eso?... A las 10 o 12 de la noche que te agarre eso, un pico de asma, qué hacés... porque me llaman por teléfono las mamás “tenes una cámara” o “un salbutamol?” y yo si tengo, les doy porque usaba pero ahora, gracias a Dios, hace un año que no le agarra... porque traté con una pediatra, viste en Calderón, en la farmacia hay una pediatra, que yo recomendé a todas las mamás que

me pedían auxilio, que te cobra una buena plata, porque es privada ella... Pero, como yo le digo a las mamás, te podés ir caminando, que te cobre \$600, pero salís... mi hija salió sana de ahí, no sé como hizo la señora pero le dió en el punto... mi otra hija, la del medio, se me ahogaba, yo me iba al hospital de niños de capital y me decían que yo era una exagerada, “no mami, no tiene nada, tiene un broncoespasmo común, como cualquier criatura, tenés que hacer un paf...” Y me desesperaba, me iba, la internaban y a la semana la nena estaba de nuevo con la tos esa, “convulsa” que le digo yo (...)... hasta que me recomendaron a esta neumóloga privada...(...) No es tanta plata, si vos hacés la cuenta: vos si te vas al 32, te pagas el pasaje, que si tenes hijos les tenes que dar de comer si te hacen esperar y después de ahí te mandan a otro lado... ¿Cuánto gastás?...

(...)

Lo que yo hacía cuando estaba embarazada iba a la salita, la Sabin... bueno, tenías que irte a las 5 o 6 de la mañana a hacer fila para que te den número (...) ...gente que va a dormir un día antes o dos días antes para conseguir turno, para que después te lo cancelen, porque me pasó (...) “¿y para reprogramarlo?” “no, tenés que volver a sacar el turno” Me quería matar, ya no lo hice más... Por eso, yo tuve a todos mis hijos en Pompeya, en el Pena (...) mi marido tiene piedras en la vesícula (...) fue mil veces al médico, que estudio, que pre quirúrgico, no se lo hicieron porque hubo un paro, que no lo querían operar, mil vueltas en el 32km...

Fuimos a la feria caminando y en un puesto había un cartelito que decía “rompepiedras” y le preguntó si servía, la señora le dijo como tenía que hacer y santo remedio... lo tomó como dos semanas, era un té, lo hervís y lo tomás, en frío o en caliente... y nunca más, santo remedio... yo le decía “o te morís o te curas” (risas), de la desesperación del dolor que tenía a él no le importó... se curó...

Encuentro con Adela

Adela tiene 79 años. Fue la primera mujer del barrio San Andrés a la que entrevistamos. Hace 42 años llegó del Paraguay a la Argentina en búsqueda de trabajo y desde entonces reside en González Catán. Llegó al país sola, en sus primeras fases residenciales se hospedó en la casa de una cuñada que entonces ya estaba viviendo en Argentina. Luego de conseguir trabajo comienza un proceso de reunificación familiar en el que primero viajó su marido y con el tiempo “fue trayéndose” a sus hijos de a uno. Adela tiene siete hijos/as, dos aún viven en el Paraguay. Del resto, dos nacieron en la Argentina y tres vinieron cuando aún eran niños/as. Al igual que Francisca, trabajó 16 años como empleada doméstica “con cama adentro” al llegar al país. Al barrio San Andrés se mudó hace apenas seis años, para estar más cerca de los tres hijos que vivían en el barrio desde el momento en el que se originó. En la actualidad, Adela es quien se encarga de preparar la leche y atender a los cerca de 90 niños/as que asisten a un merendero que funciona de lunes a viernes en el barrio. Según su relato, comenzó a hacerse cargo luego de que su hija, “que estaba en política” y había dado origen al espacio, consiguiera trabajo “de tiempo completo” como niñera de los/las hijos/as de quienes trabajan en la Municipalidad de La Matanza, lo que tornaba imposible dedicarle tiempo suficiente al sostenimiento de la copa de leche. Al preguntarle a Adela explícitamente por los servicios de salud, ella respondió:

(...) Yo soy como las viejas de antes ¿viste? que no quieren ir al doctor. Para tener a mis hijos, nomás... En el Álvarez los tuve a los dos. Y después los cinco, por supuesto, en Paraguay. Pero yo para tener hijos nomás me voy... Nunca me siento mal... Pero yo hago mi alimento que es de Paraguay: dos huevos, anís, canela, una cucharada de

maicena, y bato, bato y le pongo la leche hirviendo. Y sale como crema. Eso, eso. Pregúntele a éstos, a los chicos también les doy.

Durante la entrevista en profundidad que le hicimos a Adela recorrimos varios temas que incluyen sus trayectorias migratorias, su llegada al barrio, sus vínculos familiares, la construcción de su rol como referente, sus prácticas de cuidados comunitarios, etc. Sin embargo, es interesante detenerse aquí en un dato anecdótico de la entrevista. Habiendo pasado casi una hora, la misma fue interrumpida por la llegada de una persona que golpeó las palmas en la puerta de la casa de Adela para avisar que estaba allí, situación ante la cual Adela le pidió a la nieta que le alcance dos bidones que tenía preparados en la puerta de la casa conteniendo orina que parecía haber sido recolectada durante varios días. “Éste es el que recoge el pis, el pis de las menopáusicas (...) llevan el pis, y nos dan un regalito cada mes, un tupper, un espejo. Y yo le junto”. Se trataba de un recolector del laboratorio Biomás S.A.², quien pasaba tres veces por semana a recoger los bidones de orina que Adela donaba.

4. Barreras de acceso y estrategias para la búsqueda de salud

A partir del análisis de los encuentros de campo relatados en el apartado anterior nos proponemos analizar barreras de acceso a la atención en salud y otros aspectos de los PSEA percibidos como dificultades por personas que habitan el barrio en estudio. Por otro lado, intentaremos también identificar las diferentes estrategias que se configuran con el objetivo de sortear aquellas barreras.

Entre las principales dificultades materiales que caracterizan el área de estudio, están las relacionadas con las condiciones dadas para la movilidad. En La Matanza varias zonas, algunas densamente pobladas, adolecen de la cantidad y calidad de servicios de transporte público requerido. Comparado con otros municipios del Gran Buenos Aires, el distrito se ubica en la categoría de los que cuentan con menor accesibilidad (Kralich, 2013; Gutiérrez y Kralich, 2016). En este contexto, se evidencia un destacado número de servicios informales, “abonados por la persistencia de necesidades de movilidad insatisfechas (demanda), así como por la persistencia del desempleo o subempleo (oferta), frente a los cuales representan una opción de generación de ingresos” (Kralich, 2013: 13).

Estos déficits en términos de oferta de servicios de transporte público de pasajeros, obligan a la población a desarrollar diversas estrategias para concretar sus traslados en las que emerge una fuerte gravitación de informalidad, tal es el caso de remises compartidos, combis, e incluso colectivos “truchos” (Kralich, 2013:16). Como bien se señala en dicho informe, estas dificultades impactan no solo sobre las economías de los hogares, sino también sobre el medio ambiente y la calidad de vida general.

La distancia del área de estudio respecto a las principales centralidades y sub-centralidades urbanas sumada a la frecuencia esporádica e irregular de los medios de transporte públicos, se traduce en la necesidad de prolongados tiempos de viaje para acceder a cualquier equipamiento urbano que resuelva necesidades concretas (entre los que se encuentran los servicios de salud), tiempo que, además, es difícil de prever con anticipación. (Matossian y Abal, 2019).

A su vez, a los tiempos de traslado se le suman otros problemas de acceso tales como calles de tierra que se tornan intransitables en días de mucha lluvia, e incluso durante los días subsiguientes. Así, la escasez de medios de transporte oficiales y su exigua frecuencia, sumados a la imposibilidad de los medios de transporte alternativos de ingresar a las zonas de los barrios en las que las calles no se encuentran asfaltadas, los tornan inaccesibles, aislando a sus habitantes y dificultando su vida cotidiana. (Matossian y Abal, 2019).

Acá cuando se llueve, se inunda todo. Acá no pasa la ambulancia. El otro día falleció un hombre, y quedó la ambulancia creo que acá a dos cuadras y lo tuvieron que sacar en camilla, porque no entran. Igual que los remises. Tienen que ser un conocido, para que te traiga, sino te deja en un asfalto y vos tenés que caminar (...) El ante año pasado falleció un bebé de un año. Encima yo a ese bebé le hice respiración boca a boca, me quedé re mal. Y justo el hombre acá tiene camioneta y le golpeamos a él y llevó a la mamá y al bebé. Pero ya estaba muerto (Ana María – 43 años, Referente barrial, de nacionalidad Argentina).

En este fragmento, así como en los testimonios de Francisca y Carolina, este aspecto emerge de manera contundente. Se evidencia que las emergencias en salud son percibidas como situaciones críticas. En los diferentes relatos de las personas entrevistadas parecería existir cierto consenso sobre esta cuestión como uno de los problemas de mayor gravedad del barrio, especialmente al referirse a las situaciones de emergencia en las que se torna necesaria una atención inmediata.

Sin embargo, a lo largo del trabajo de campo fue posible identificar otras cuestiones que operan como barreras de acceso simbólicas. Una de ellas estuvo vinculada con percepción de la capacidad resolutoria³ de los servicios de salud que existen en la zona. Nos referimos a la satisfacción de las expectativas de los/as usuarios/as respecto a las respuestas que dan los servicios de salud para responder a una determinada demanda de atención.

En los encuentros de campo presentados en el apartado anterior, Carolina y Francisca refieren a situaciones diversas en las que no encontraron respuestas a sus demandas. Las dificultades para conseguir turnos, la falta de determinadas tecnologías médicas especializadas, profesionales que subestiman o desacreditan los saberes y relatos de los/as usuarios/as y los/as envían de regreso a casa son ejemplos de testimonios en los que se expresa la “incapacidad” resolutoria de los servicios percibida por quienes habitan los barrios Nueva Esperanza y San Andrés.

Las palabras de Juan, párroco que desde principios de 2018 está en la diócesis de Laferrere y que desde entonces da misa una vez por semana en un playón del barrio Nueva Esperanza y organiza torneos de fútbol y actividades en el barrio con los jóvenes, además de expresar la percepción sobre cierta incapacidad resolutoria de los servicios de salud, refuerza la caracterización inicial del área de estudio como una “zona marrón” (O’ Donnell, 1993), es decir, de baja presencia institucional.

Acá enfrente está la salita, la Eva Perón. Por ejemplo, se me inflamó el ojo, yo estaba con un grupo de mamás de catequesis, y cuando dije que iba a ir a la salita a ver si había oftalmólogo, “No, ni vayas, ¿no hay oftalmólogo?” “No, no hay nada, no vayas”. (...) Entonces un día dije “voy a probar allá (...)”. Entonces yo llevo un cardiólogo, un pediatra y una clínica de adultos. El pediatra trabaja en el Ricardo Gutiérrez, la Clínica de adultos trabaja en el Tornú y el otro no trabaja en hospital público, trabaja en clínicas. Pero entonces, éstos dos, se derivan la gente a sí misma. Cuando ven algo

grave, les dicen "venime a ver el martes a tal hora al hospital". (...) no sabés eso lo que te facilita. (...) Allá en el Nueva Esperanza, los médicos van una vez por mes, de 10 de la mañana hasta las 3 de la tarde, sin parar. El otro día el pediatra atendió 42 pibes.

En este punto, vale la pena retomar el concepto de "deriva institucional" de Barcala (2015) que refiere a los recorridos "sin rumbo" producidos por las múltiples derivaciones que se producen cuando los servicios de salud no logran alojar la demanda y dar respuestas a los problemas por los que consultan los/as usuarios/as. Frases como "te mandan a tu casa" o "te mandan de un lado a otro" dan cuenta de la mirada que tienen los/as usuarios/as sobre las respuestas brindadas por el hospital. Así, en los casos de necesidades que escapan al primer nivel de atención, las dificultades para encontrar respuestas satisfactorias empujan a la búsqueda de alternativas a través de diferentes circuitos costosos en términos de tiempo y dinero, que muchas veces incluyen múltiples traslados a efectores del segundo y tercer nivel de atención ubicados en áreas centrales de otras localidades de La Matanza o de la Ciudad de Buenos Aires (o incluso de otros municipios como Merlo) alejadas de Nueva Esperanza. Esto implica considerables horas de tiempo y de recursos económicos invertidos en dichos traslados.

Otra de las estrategias que aparece contundentemente en todos los testimonios para sortear las diferentes dificultades de acceso está relacionada con el armado de redes familiares y de ayuda mutua entre los/as vecinos/as del barrio. Para ello, retomamos la noción de decisión migratoria propuesta por Rivero Sierra (2013) como aquella que se toma en el interior de la subjetividad de los actores sociales, mediante la interpretación y la valoración de ciertas condiciones empíricas, subjetivas y objetivas.

La información previa y la preexistencia de miembros de la familia o conocidos de las comunidades de origen configuran una red de ayuda fundamental en los primeros tiempos de la migración. Así, las redes sociales apoyadas principalmente en familiares, amigos y "paisanos" se desplegaron en el Área Metropolitana de Buenos Aires como forma de facilitar el acceso al trabajo y a la ciudad (Matossian y Abal, 2020).

Las redes de familiares y conocidos/as resultan centrales para estudiar el acceso al mercado de trabajo, a la tierra y a vivienda de las personas migrantes, producidos mayormente dentro del mercado inmobiliario informal (Vaccotti, 2017). Estas redes son igualmente relevantes para comprender las estrategias residenciales y movilidades que se producen al interior de la metrópolis y específicamente para comprender la llegada a estos barrios (Matossian y Abal, 2020).

En este sentido, las necesidades vinculadas a los PSEA no son la excepción. Como fue posible apreciar en los encuentros de campo, la ayuda mutua y las redes de solidaridad que se configuran dentro de los barrios son percibidas como claves para responder y resolver situaciones de emergencia. Poner a disposición de vecinos/as vehículos particulares, facilitar medicación en horarios en los que es imposible acceder a una farmacia, personas con más fuerza física ofreciéndose a cargar hasta la avenida a quienes necesitan atención y presentan una capacidad de movilidad reducida o la socialización de información respecto a profesionales o posibles circuitos eficaces a los que recurrir ante determinadas necesidades son

algunos de los ejemplos mencionados en los encuentros de campo que dan cuenta de como funcionan las redes en el barrio.

Ante la falta de respuestas esperadas, otra de las estrategias relatadas ha sido el acudir al subsistema privado de salud. Muchas veces, “pagar” aparece como la opción más eficiente, menos engorrosa e incluso, menos costosa cuando se agotaron previamente otras posibilidades. El caso de la neumóloga infantil a la que concurre Carolina para hacer atender a su hija es un ejemplo de esto. Por otro lado, en lo que respecta a la accesibilidad y a los actores del sector privado, es interesante detenernos en la visita del recolector del laboratorio Biomás S.A. a Adela. Si bien dicho laboratorio cubre grandes áreas de la provincia de Buenos Aires a través de “promotoras” y recolectores, no deja de llamar la atención su presencia en un barrio de tan difícil acceso, a la cual muchas veces ni las ambulancias están en condiciones de llegar. A partir de aquel día, identificamos recurrentemente la presencia de los bidones en los umbrales de las casas a lo largo y a lo ancho de la zona en la que delimitamos nuestro trabajo de campo. Esto abre la pregunta sobre el sentido en el que planteamos que estos barrios son inaccesibles. ¿Cuáles son los actores que realmente no acceden? Una vez más el mercado llega allí donde el Estado no.

En este punto, vale la pena contrastar los testimonios obtenidos a partir de nuestros encuentros de campo con las representaciones hegemónicas que existen respecto de la población migrante y el uso de los servicios públicos de salud para problematizarlas.

Varios/as autores analizan la sobredimensión de la presencia migrante en el imaginario de los/as profesionales de la salud que no se corresponde con su peso demográfico (Jelin, Grimson y Zamberlin, 2006). Especialmente a partir de la década de 1990, los migrantes latinoamericanos fueron construidos como chivos expiatorios que explicarían las consecuencias de la implementación de las políticas neoliberales como la desocupación y colapso de los servicios públicos (Grimson, 1999; Halpern, 2007; Domenech y Magliano, 2008; Melella, 2016, entre otros). Estos estereotipos pueden ser interpretados como expresión del carácter etnocéntrico del sistema de salud tradicional, lo que tiene consecuencias en la práctica médica y configura un tipo de relación entre médicos/as-pacientes atravesada por procesos de inferiorización.

En otras palabras, las relaciones jerarquizadas y los prejuicios que los agentes de salud tienen sobre los migrantes se constituyen como barreras de acceso simbólicas y uno de los ejemplos más recurrentes de este tipo de barreras es la interpretación sobre los usos del sistema de salud en clave de abuso, basándose en la “lógica de la escasez de recursos” (Jelin et al., 2006: 13).

Algunos testimonios de profesionales de la salud analizados en trabajos anteriores ejemplifican el modo en el que los estereotipos y la construcción simbólica del otro condicionan el tipo de cuidados y de atención que se brinda en el campo del trabajo social y de los cuidados en salud (Abal, 2019).

Ahora bien, el uso del subsistema privado de salud, así como la donación de orina a empresas multinacionales para producir diferentes productos que luego insertan en el mercado y generan cuantiosos márgenes de ganancia viene a poner en jaque esta idea de “abuso del sistema público” e incluso abre interrogantes respecto a cuáles son los actores que en realidad están siendo usados y abusados por el mercado y vulnerados en sus derechos más básicos.

Por último, trabajar con barrios caracterizados por una importante presencia migrante, nos obliga a detenernos a pensar la heterogeneidad de la población en términos de multiplicidad de modelos concernientes a la salud y a su cuidado y la existencia de conciencias alternativas frente a los problemas que exceden lo biológico, y alcanzan todo tipo de cuestiones vinculadas a las categorías de sufrimiento, bienestar, calidad de vida y buen vivir.

Sin embargo, más allá del componente migratorio, en los barrios Nueva Esperanza y San Andrés existe una diversidad de actores y, en consecuencia, la presencia simultánea de prácticas terapéuticas diversas y de modos heterogéneos de comprender la salud, de prevenir y de responder ante los diversos padecimientos. La referencia en las entrevistas a situaciones de búsqueda de atención biomédica (en hospitales públicos, centros de salud o profesionales particulares), los remedios caseros elaborados por Adela, los “yuyos rompedoras” adquiridos y consumidos por el marido de Carolina parecen ser ejemplos simples de la diversidad de prácticas que conviven, incluso en una misma persona. Sin embargo, vale destacar que en este último caso como en otras situaciones relatadas en nuestros encuentros de campo, este tipo de prácticas de autoatención⁴ aparece como segunda opción ante la imposibilidad o las dificultades para encontrar respuestas en el sistema biomédico.

5. Consideraciones finales

En los apartados anteriores presentamos algunas de las características de los barrios Nueva Esperanza y San Andrés que los definen como barrios de difícil acceso con consecuencias para los PSEA de quienes lo habitan, especialmente en lo que refiere al acceso a la atención.

Para concluir, y sin ánimo de romantizar la informalidad urbana y el impacto que la ausencia del Estado tiene en los PSEA, nos gustaría poner el foco en la importancia de las estrategias que hemos analizado ya que las mismas dan cuenta de la capacidad de agencia y de organización en lo que respecta a la búsqueda de salud de estos conjuntos sociales. Las diversas redes de ayuda que se configuran dentro de los barrios y que funcionan ante situaciones de emergencia, la multiplicidad de prácticas terapéuticas y de autoatención que se llevan adelante y que pertenecen a diversos modelos concernientes a la salud, así como las tareas de cuidado en el ámbito comunitario desarrolladas principalmente por mujeres (Abal y Matossian, 2019) son solo algunos ejemplos ilustrativos.

El reconocimiento y la comprensión de estas estrategias permite poner en tensión algunos de los estereotipos vinculados a los PSEA de las personas migrantes. Por ejemplo, el pago para acceder a servicios privados de salud y obtener respuestas satisfactorias, así como las jornadas de atención en el barrio organizadas por el párroco son ejemplos de otras estrategias que permiten problematizar prejuicios vinculados a los usos y abusos del subsistema público de salud por parte de las personas migrantes.

Por último, una vez más, se evidencia la necesidad de leer los PSEA y toda vulneración de derechos en clave de interseccionalidad. En los testimonios, las principales barreras de acceso al sistema de salud estuvieron atribuidas al déficit del transporte público, a la precaria infraestructura de los barrios y a dinámicas propias de los servicios de salud, tales como la “deriva institucional”, los malos

tratos (o des tratos) de los/as profesionales de la salud y a la falta de capacidad de los servicios para responder a las diferentes demandas. Sin embargo, a pesar de no haber sido jerarquizada en los relatos, es necesario considerar la condición migratoria como una de las capas que se superpone con otras dimensiones de la desigualdad y profundiza y complejiza las dificultades de acceso y la vulneración de derechos de estas personas.

Referencias bibliográficas

- Abal, Y. S. (2019). *Acceso a derechos y procesos migratorios en barrios matanceros*. Voces en el campo del trabajo social y de los cuidados en salud. III Jornadas de Migraciones de la Universidad Nacional de José C. Paz (UNPAZ), Argentina
- Abal, Y. S. y Matossian, B. (2019). *Migración y género. Un abordaje cualitativo para el estudio de caso de dos barrios periurbanos en el partido de La Matanza*. XIII Jornadas de Sociología de la Universidad de Buenos Aires, Argentina.
- Barcala, A. (2015). La medicalización de la niñez: prácticas en Salud Mental y subjetividad de niñas, niños y adolescentes con sufrimiento psicosocial. En: *A. Barcala y L. Luciani Conde. Salud mental y niñez en la Argentina. Legislaciones, políticas y prácticas*. Buenos Aires: Teseo.
- Biomás S.A. Sitio web del laboratorio. Disponible en: <https://biomas.net/>
- Clichevsky, N. (2000). Informalidad y segregación urbana en América Latina. Una aproximación. *Serie medio ambiente y desarrollo*. N° 28. Santiago de Chile: CEPAL-ECLAC.
- Comes, Y. (2002). *Accesibilidad: Una revisión conceptual*. Documento Laboris realizado en el marco del proyecto de Investigación Equity and Decentralization: Accessibility of poor families from Buenos Aires province to health public services of Buenos Aires City. International Development Research Centre of Canadá. Mimeo. Buenos Aires.
- Domenech, E. y Magliano, M. J. (2008). Migración e inmigrantes en la Argentina reciente: políticas y discursos de inclusión/exclusión. En E. Domenech, y M. J. Magliano, *Pobreza, exclusión social y discriminación étnico-racial en América Latina y el Caribe* (págs. 423-448). Bogotá: Siglo del hombre. CLACSO.
- Grimson, A. (1999). *Relatos de la diferencia y la igualdad. Los bolivianos en Buenos Aires*. Buenos Aires: Eudeba.
- Gutierrez, A. y Kralich, S. (2016). *La movilidad en el Municipio de La Matanza. Estudios de caso en barrios con déficit de transporte público*. Buenos Aires: Café de las Ciudades.
- Halpern, G. (2007). *Medios de comunicación y discriminación. Apuntes sobre la década del 90 y algo más*. Boletín de la BCN. Disponible en: <http://produccion.fsoc.uba.ar/paraguay/nosotros/halpern02.pdf>
- Idoyaga Molina, A. (2015). Enfermedad, terapia y las expresiones de lo sagrado. Una síntesis sobre medicinas y religiosidades en argentina. *Ciências Sociais e Religião*, 17(22), 15-37.
- Jelin, E. (2006). Introducción. En E. Jelin (dir.). *Salud y migración regional. Ciudadanía, discriminación y comunicación intercultural* (pp. 7-14). Buenos Aires: IDES.
- Jelin, E, Grimson, A, Zamberlin, N. (2006). ¿Servicio? ¿Derecho? ¿Amenaza? La llegada de inmigrantes de países limítrofes a los servicios públicos de salud. En E. Jelin (dir.). *Salud y migración regional. Ciudadanía, discriminación y comunicación intercultural* (pp.33-45). Buenos Aires: IDES.

- Kralich, S. (2013). *Estudio de movilidad y transporte en zonas con déficit de accesibilidad en el Municipio de La Matanza, Provincia de Buenos Aires*. Estudio 1.EG-221- Informe Final Consolidado. Buenos Aires, informe técnico inédito.
- Magnani, J. G. C. (2002). De perto e de dentro: notas para uma etnografia urbana. *Revista Brasileira de Ciências Sociais*, 17(49), 12-29.
- Matossian, B. (2017). *Cartografías matanceras: una aproximación geodemográfica al estudio de las migraciones*. Trabajo presentado en las XII Jornadas de Sociología de la Universidad de Buenos Aires.
- Matossian, B. y Abal, Y. S. (2019). Expansión urbana, configuración de "no centralidades" e informalidades. Una mirada sobre el caso de La Matanza. *Quid* 16, 12, 68-95.
- Matossian, B. y Abal, Y. S. (2020). De menciones y omisiones. Experiencias de desigualdad en un barrio periurbano de La Matanza. *Reviise*, 16(16), 131-145.
- Melella, C. (2016). Prensa gráfica y migración sudamericana. *Revista de Estudios Sociales Contemporáneos*, 13, 134-150.
- Menéndez, E. (1994). Le enfermedad y la curación. ¿Qué es medicina tradicional?. *Alteridades*, 4(7), 71-83
- Menéndez, E. (2015). *De sujetos, saberes y estructuras: introducción al enfoque relacional en el estudio de la salud colectiva*. Buenos Aires: Lugar Editorial.
- Pasarín, M., Berra, S., Rajmil, L., Solans, M., Borrel, C. y Starfield, B. (2007). Un instrumento para la evaluación de la atención primaria de salud desde la perspectiva de la población. *Aten Primaria*, 39(8), 395-403.
- Pétonnet, C. (2008). Observação flutuante: o exemplo de um cemitério parisiense. *Antropolítica*. 25(1), 99-111.
- Ramirez Hita, S. (2013). Usos y desusos del método etnográfico. Las limitaciones de las narrativas en el campo de la salud. En: Romaní, O. (Ed.). *Etnografía, metodologías cualitativas e investigación en salud. Un debate abierto*. Tarragona: URV.
- Rivero Sierra, F. (2013). La construcción de la decisión migratoria en comunidades campesinas de Toropalca, Potosí, Bolivia. En G. Karasik. (Comp.), *Migraciones internacionales. Reflexiones y estudios sobre la movilidad territorial contemporánea* (pp. 25-48). Buenos Aires: Editorial Ciccus.
- Romani, O. (2002). La salud de los inmigrantes y la salud de la sociedad. Una visión desde la antropología. *Formación Médica Continuada en Atención Primaria*, 9(7), 498-504.
- Rosa, R., Pelegrini, A., y Lima, M. (2011). Resolutividade da assistência e satisfação de usuários da Estratégia Saúde da Família. *Revista Gaúcha de Enfermagem*, 32(2), 345-351.
- Saizar, M. (2015). De la censura a la complementariedad domesticada. Reflexiones en torno a la vinculación de la biomedicina con otras medicinas. En: Krmpotic, C. y Saizar, M. (comp.). *Políticas socio-sanitarias y alternativas terapéuticas. Intersecciones bajo la lupa*. Buenos Aires: Editorial Espacio.
- Saizar, M. & Disderi, I. (2003). Reseña del libro *Culturas, Enfermedades y Medicinas. Reflexiones sobre la Atención de la Salud en Contextos Interculturales de Argentina* de Anitilde Idoyaga Molina. *Chungara*, 36, 530 – 534.
- Santos, M. (1993). Los espacios de la globalización. En: *Anales de Geografía de la Universidad Complutense n° 13* (pp.69-77). Madrid: Ed. Comp.
- Seppilli, T. (2000). De qué hablamos cuando hablamos de factores culturales en salud. En Perdiguero, E y Comelles, J. (eds). *Medicina y Cultura. Estudios entre la antropología y la medicina*. Barcelona: Ediciones Bellaterra.

- Tilly, C. (2000). *La desigualdad persistente*. Buenos Aires: Manantial.
- Turrini, R., Lebrão, M. y Cesar, Ch. (2008). Resolutividade dos serviços de saúde por inquérito domiciliar: percepção do usuário. *Cad Saúde Pública*, 24(3), 663-74.
- Vaccotti, L. (2017). Migraciones e informalidad urbana. Dinámicas contemporáneas de la exclusión y la inclusión en Buenos Aires. *Revista EURE*, 43(129), 49-70.

Notas

- 1 Con el objeto de garantizar el anonimato y la confidencialidad de la información construida, el nombre del barrio y de las personas que protagonizan los “encuentros de campo” fueron modificados
- 2 Biomás S.A. es un conocido laboratorio con sede en el municipio de San Martín, que opera en muchos puntos del país, y que se dedica a recolectar donaciones de orina de las mujeres menopáusicas, de las que extrae una hormona (gonadotrofinas) para producir medicamentos para tratamientos de fertilidad (Biomás, 2021). El laboratorio cubre grandes áreas de la provincia de Buenos Aires a través de “promotoras” que visitan a las mujeres para proponerles que sean donadoras de orina y de “recolectores”, que pasan tres veces por semana a los domicilios de las donantes a retirar los bidones de orina.
- 3 La capacidad resolutiva (o “resolutividade, en portugués) es un indicador construido para evaluar la capacidad de los servicios de salud de responder a una determinada demanda de atención, puede ser aplicada a la respuesta dada dentro del mismo servicio o dentro del sistema de salud, considerando las situaciones en las que, por la complejidad de la consulta, es necesaria la derivación a un tipo de atención más especializado (Turrini et. al., 2008). Algunos autores han planteado la necesidad de incorporar a su análisis lo que refiere a la satisfacción de las expectativas de los/las usuarios/as, es decir, su mirada sobre la aptitud que tienen los servicios de resolver sus problema (Pasarín et. al., 2007; Turrini et. al., 2008; Rosa et. al., 2011;) A esta dimensión de la resolutividad es a lo que aquí nos referimos.
- 4 Menéndez (2015) define la autoatención como “las representaciones y prácticas que la población utiliza a nivel del sujeto y grupo social para diagnosticar, explicar, atender, controlar, aliviar, aguantar, curar, solucionar o prevenir los procesos que afectan su salud en términos reales o imaginarios, sin la intervención central, directa e intencional de curadores profesionales” (Menéndez, 2015: 52).