



**Tipo de documento: Tesina de Grado de Trabajo Social**

**Título del documento: Barrio Garrote: significación, accesibilidad y atención primaria de salud de las familias que lo habitan**

**Autores (en el caso de tesis y directores):**

**Lucía Belén Scarlato**

**Bárbara Elena Hartuvig**

**Julia Recchi, dir.**

**Datos de edición (fecha, editorial, lugar,**

**fecha de defensa para el caso de tesis): 2020**

Documento disponible para su consulta y descarga en el Repositorio Digital Institucional de la Facultad de Ciencias Sociales de la Universidad de Buenos Aires.  
Para más información consulte: <http://repositorio.sociales.uba.ar/>

Esta obra está bajo una licencia Creative Commons Argentina.  
Atribución-No comercial-Sin obras derivadas 4.0 (CC BY 4.0 AR)



La imagen se puede sacar de aca: [https://creativecommons.org/choose/?lang=es\\_AR](https://creativecommons.org/choose/?lang=es_AR)



---

Universidad de Buenos Aires  
Facultad de Ciencias Sociales  
Carrera de Trabajo Social  
Área de investigación

“Barrio Garrote: Significación,  
Accesibilidad y Atención Primaria de  
Salud de las familias que lo habitan”.

Trabajo de Investigación Final

**Autoras:**

Scarlato, Lucía Belén

DNI 37.560.432

[Luciabscarlato@gmail.com](mailto:Luciabscarlato@gmail.com)

Hartuvig, Bárbara Elena

DNI 30.610.941

[Barbymateo@hotmail.com](mailto:Barbymateo@hotmail.com)

**Tutora temática:**

Recchi, Julia

[Juliarecchi@gmail.com](mailto:Juliarecchi@gmail.com)

**Seminario TIF/TESINA:** 2do Cuatrimestre 2017

**Fecha de presentación:** 06 de Febrero de 2020

### **Resumen**

**Título:** “Barrio Garrote: Significación, Accesibilidad y Atención Primaria de Salud de las familias que lo habitan”.

**Autoras:** Hartuwig, Bárbara Elena.-Scarlato, Lucía Belén.

**Mails:**[Barbymateo@hotmail.com](mailto:Barbymateo@hotmail.com) - [Luciabscarlato@gmail.com](mailto:Luciabscarlato@gmail.com)

**Palabras clave:** Significación del barrio - Accesibilidad - Franja habitacional - Atención Primaria de salud.

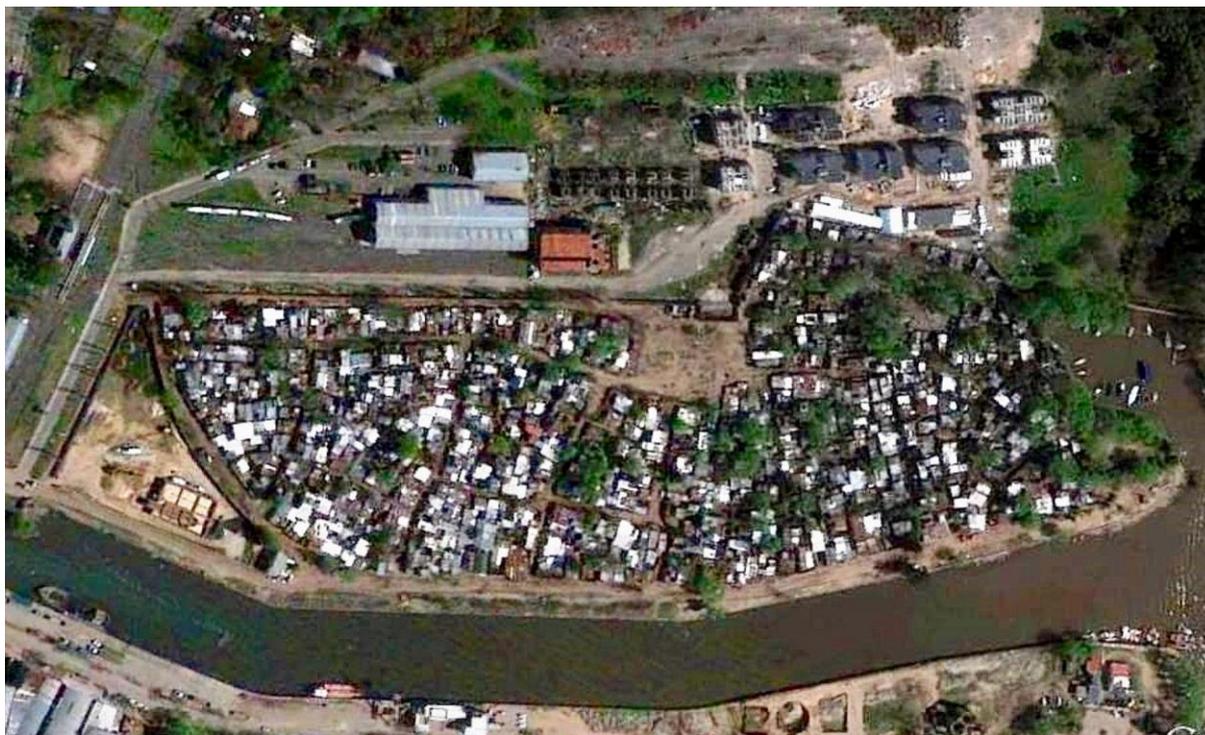
En el desarrollo del presente trabajo, en principio, se aborda el proceso de constitución y conformación del barrio “Almirante Brown”, denominado por los vecinos que lo habitan como “barrio Garrote”, ubicado en el centro del Partido de Tigre, Provincia de Buenos Aires; la diversificación del sistema de salud argentino y la emergencia de la estrategia de Atención Primaria de Salud.

Luego se analiza la significación que las familias poseen sobre el barrio. La particularidad del mismo es la convivencia de cuatro situaciones habitacionales distintas, dentro del mismo territorio, categorías que para el presente trabajo, son clave en términos de conocer cómo se construye el vínculo de las familias de cada sector del barrio con el Centro de Atención Familiar y de Salud Canal. Se analiza la construcción identitaria que cada franja habitacional representa, la forma de accesibilidad que cada una de ellas construye en torno al sistema de salud, con otras instituciones dentro del barrio, y la participación en ellas.

Finalmente se reflexiona respecto de la accesibilidad en relación con la atención primaria y otras instituciones/organizaciones dentro del barrio; las barreras predominantes en el proceso de accesibilidad; sobre el escenario de intervención de la atención primaria de salud, el rol del Estado municipal; y la intervención profesional del Trabajo Social.

La metodología utilizada fue mixta, puesto que se la consideró pertinente para lograr mayor representatividad en las apreciaciones finales. En paralelo se contó con insumos primarios, secundarios y notas de campo de nuestra trayectoria como parte de las prácticas Pre-Profesionales en Centro de Atención Familiar y de Salud “Canal”.

### **Vista aérea del Barrio Garrote**



**Cartel ubicado en la calle Alte. Brown, principal acceso al barrio**



## Índice:

<b>Presentación del trabajo.....</b>	<b>4</b>
<b>Capítulo 1: Barrio, Sistema de Salud y Atención Primaria</b>	
<b>I El barrio, una construcción histórica y social.....</b>	<b>7</b>
<b>II Diversificación del Sistema de Salud Argentino.....</b>	<b>10</b>
<b>III Atención Primaria de Salud como estrategia de abordaje territorial.....</b>	<b>15</b>
<b>Capítulo 2: Barrio Garrote, Accesibilidad, Franjas Habitacionales y Significación del Barrio</b>	
<b>I El Barrio Garrote.....</b>	<b>19</b>
<b>II Accesibilidad .....</b>	<b>22</b>
<b>III Franjas Habitacionales y significación del barrio.....</b>	<b>25</b>
<b>IV Territorializados pero unidos.....</b>	<b>36</b>
<b>Capítulo 3: Accesibilidad, Escenario de intervención y Práctica Profesional</b>	
<b>I Accesibilidad en relación con la APS y otras instituciones dentro del barrio.....</b>	<b>40</b>
<b>II Barreras en el proceso de accesibilidad.....</b>	<b>43</b>
<b>III Consideraciones sobre el escenario de intervención y la práctica profesional.....</b>	<b>53</b>
<b>Apreciaciones finales.....</b>	<b>59</b>
<b>Bibliografía.....</b>	<b>61</b>
<b>Anexo.....</b>	<b>64</b>

## Presentación del trabajo

El presente Trabajo de Investigación Final de la Carrera de Trabajo Social, Facultad de Ciencias Sociales de la Universidad de Buenos Aires, trata sobre la permanente construcción del vínculo entre los profesionales de Atención Primaria de Salud (APS) y las familias del Barrio Garrote ubicado en Tigre Centro. Para ello se tomó en cuenta la significación que las familias le otorgan al espacio territorial que ocupan en el barrio, a las instituciones y/o espacios de uso común presentes en él y al Centro de Atención Familiar de Salud Canal (de ahora en más CAFyS Canal).

Las preguntas e ideas centrales de esta investigación surgen a partir de las prácticas pre-profesionales realizadas en el CAFyS Canal, en el periodo 2015-2017. Durante el transcurso de las prácticas se observó en detalle la percepción y cercanía que los profesionales del CAFyS tenían con respecto a las familias del barrio. Además, en el año 2015, se participó de la realización de un relevamiento respecto de cómo los profesionales entendían el trabajo en APS y cómo percibían la relación con los vecinos del barrio. Se pudo observar que además del trabajo en consultorio, parte del equipo de salud (TS, enfermera, médica generalista, y promotora) concurren periódicamente al barrio para realizar trabajo extramuro. Este tiene como objetivo acercarse a las familias que por algún motivo no pueden ir a la consulta al centro de salud, promocionar actividades del CAFyS y ponerse en contacto con diversos referentes barriales.

Teniendo en cuenta esta investigación previa y a partir del análisis transversal de las trayectorias de vida de las familias y de la significación que las mismas le otorgan a su ubicación territorial en el barrio, considerando a su vez, la calidad habitacional que estas poseen, se intenta mostrar cómo es el vínculo que se construye entre las familias y el equipo de salud del CAFyS Canal. De esta forma, y contrastando la investigación anterior, se indaga cómo perciben las familias de Garrote el vínculo con el CAFyS.

Para ello se indagó acerca de la significación que los vecinos poseen del barrio, cuáles son los distintos sectores de este (y cómo se caracteriza cada uno de ellos), como es el acceso al sistema de salud de los vecinos, que importancia le dan a éste y cómo es la participación de las familias, no solo en el primer nivel de atención de salud, sino también con el resto de las instituciones y/o espacios de uso común presentes en el barrio.

Finalmente se reflexiona sobre el escenario de intervención profesional, el rol del Estado municipal y provincial, no sólo en términos de facilitadores y obstaculizadores en la

intervención profesional, sino que también en la perpetuación de carácter estructural, de las malas condiciones de vida de las familias.

Siguiendo esta línea, durante el año 2019 se realizaron 6 entrevistas y 60 encuestas a los vecinos del barrio, con el fin de dar respuesta a los objetivos investigativos. En principio, a partir de los datos recabados, se propone como objetivo general, analizar de qué manera se tensiona la relación entre la calidad habitacional de las familias del Barrio Garrote y la accesibilidad que promueve el equipo de salud del CAFyS Canal para dar respuesta ante problemáticas de salud. Para abordar dicho análisis, se proponen como objetivos específicos, indagar como es el acceso de las familias al primer nivel de atención de salud; conocer cuál es la significación que las mismas construyen respecto del CAFyS Canal; como así también, indagar cómo es la forma que estas tienen de identificar, usar y apropiarse de los espacios de uso común presentes en el barrio. La metodología utilizada es mixta, tanto cualitativa como cuantitativa; con el objetivo primero de lograr una muestra intencional por proximidad y referencia, de cada una de las franjas habitacionales identificadas dentro del barrio. Asimismo, la utilización de dos tipos de instrumentos metodológicos permitió, por un lado, con entrevistas en profundidad lograr la confianza necesaria para conocer en mayor profundidad las trayectorias de vida de las familias y la significación que le otorgan al barrio; y por otro lado, a través de encuestas se logró un alcance a mayores porciones de población del barrio.

Se definió como unidad de análisis a aproximadamente unas 15 familias a encuestar de cada una de las cuatro franjas habitacionales presentes en el barrio y, en paralelo, se entrevistó a 6 vecinos, obteniendo al menos un representante de cada franja habitacional. La muestra se seleccionó por proximidad y referencia en cada una de ellas. Se realizaron 6 entrevistas semiestructuradas y 60 encuestas autoadministradas y anónimas (a cada entrevistado y encuestado, se informó que se garantizaba el resguardo de identidad, sosteniendo el anonimato. Asimismo, se informó que las entrevistas serían grabadas.

Dada la experiencia de haber realizado las prácticas pre-profesionales durante tres años consecutivos en la misma institución, y con la misma referente, se cuenta con un gran cúmulo de notas de campo, y con un amplio bagaje teórico. A su vez, con el transcurso de la realización de las entrevistas, recopilación y codificación de la información, se incorporó bibliografía que se consideró pertinente a los temas que fueron surgiendo a partir de los relatos de los entrevistados.

En resumen, durante el trabajo de campo se realizó una periódica revisión del instrumento de recolección de datos, adecuándolo a los fines investigativos. De esta forma se ampliaron las preguntas pertinentes a los objetivos de la investigación, y se redujeron las preguntas innecesarias. A su vez, la recolección de datos (a partir de encuestas y entrevistas) se llevó a cabo a lo largo del año 2019, año electoral. Este contexto político hizo que los vecinos se encontrarán especialmente reticentes a responder encuestas, puesto que identificaron a las mismas como “encuestas de campaña política”. Preguntas tales como “¿Para qué es?” “¿Quién las manda?” “¿De qué partido son?” se reprodujeron constantemente durante la recolección de datos.

Asimismo, acceder a los relatos de las familias, en particular las que están expuestas a mayor vulnerabilidad, dada su ubicación territorial y calidad habitacional, ha sido de gran dificultad, dado que son familias con escasa presencia pública, es decir poco participativas.

Es por esto que, luego de identificar la dificultad, se analizaron las posibles estrategias para poder llegar a ellas. En primera instancia se pensó en acceder a las familias desde los diferentes espacios de uso común presentes en el barrio. Finalmente, debido al recrudescimiento y endurecimiento de las políticas neoliberales en nuestro país, y la consecución de creación y consolidación de un gran número de merenderos dentro del barrio, se ha podido acceder a través de ellos, a los relatos de las familias de todas las franjas habitacionales.

En suma, con la recopilación de los datos obtenidos, tanto a partir de entrevistas y encuestas a las familias, notas de campo, más la teoría pertinente, se elaboró el presente trabajo de investigación final.

## **Barrio, Sistema de Salud y Atención Primaria**

### **I-El Barrio, una construcción histórica y social**

El proceso de construcción y conformación del Barrio Garrote, según los relatos de las familias, se inscribe dentro de los movimientos migratorios que se dieron a nivel nacional durante mediados del siglo XX. El nuevo modelo económico y social<sup>1</sup> de aquel momento promovió la

---

<sup>1</sup> El acelerado proceso de Industrialización por Sustitución de Importaciones (ISI), es asociado al crecimiento de las corrientes migratorias internas y a la concentración de oportunidades de empleo (Grillo, O., 1995: 7)

concentración de industrias en los grandes centros urbanos, y a partir de ello, se sucedieron las olas migratorias desde el interior del país hacia los nuevos centros industrializados, que suponían el acceso a nuevos puestos de trabajo<sup>2</sup>.

Muchas zonas, en la periferia de las “grandes ciudades”, comenzaron a poblarse y familias enteras<sup>3</sup> se asentaron en territorios, como las villas miseria<sup>4</sup> y los asentamientos. Durante la década del ‘50, comienzan a adquirir mayor presencia pública la existencia y crecimiento de las villas, dada la forma de apropiación y ocupación del espacio y de la tierra por las familias que habitan las mismas. Las villas se consolidarán en el escenario de nuestra realidad social, adquiriendo, durante la década de los años ‘70, la forma de “espacios marginales” (Merklen, 2010:147), más popularmente conocidos como “barrios de emergencia”, por sus características y proceso acelerado de conformación. Con el tiempo, estos barrios dejaron de ser de “emergencia” y se configuraron como asentamientos permanentes, donde la organización de los vecinos se tradujo en conexiones de servicios informales (luz, agua, mejorado de calles, etc), consolidándose como barrios residenciales, donde las familias construyen, producen y reproducen su vida cotidiana, sobre la base de la solidaridad y la cooperación en territorios de exclusión y pauperización.

Estos territorios se caracterizan por la “paulatina ocupación, sin acción previamente organizada, a través de sucesivas incorporaciones de miembros pertenecientes, muchas veces a grupos familiares ya instalados” (Oszlak 1991). Tal es el caso de Garrote, un barrio que comenzó a poblarse de manera paulatina, por familias provenientes desde el interior del país<sup>5</sup>. A su vez, estos territorios se caracterizan por ser “lugares de expresión de la pobreza urbana, donde las instituciones de la política social no logran modificar la persistencia de condiciones de privaciones generalizadas y extendidas en el tiempo” (Clemente, 2016). Son lugares de expresión de la pobreza urbana, donde se combinan aspectos estructurales y coyunturales, que permiten la persistencia de las condiciones de pobreza y marginalidad.

---

<sup>2</sup> El modelo de acumulación-legitimación a través del pleno empleo, concentrado en los grandes conglomerados urbanos, del primer período peronista, promovió la expansión y acceso a derechos sociales como la educación, la salud, la vivienda ( Ver Grassi y Ot. 1994).

<sup>3</sup> Más de tres generaciones (abuelos, hijos, nietos). Notas de Campo. Prácticas Pre Profesionales. CAFyS Canal. 2015-2017.

<sup>4</sup> Ziccardi afirma que “las villas miseria conformarán un estilo de asentamiento de los sectores populares surgido hacia los años ‘40 y que adquiere características expansivas hacia los ‘60” (Ziccardi y Ot. 1977).

<sup>5</sup> Más adelante, en los relatos citados de las familias, podrán observarse los movimientos migratorios de las mismas y el proceso de constitución del barrio Garrote.

Actualmente en Garrote , residen familias enteras, según el relato del equipo de salud “en su mayoría familiarizadas entre sí”<sup>6</sup>. Las familias habitan viviendas (en su mayoría) precarias, construidas con elementos como chapas, maderas, plásticos, etc; Los terrenos en donde estas familias han ido asentándose, no cuentan con tratamiento previo, es una zona baja, inundable, sin provisión de infraestructura ni equipamiento; ubicados en la periferia del centro del partido de Tigre, al margen de las características y servicios que este posee<sup>7</sup>. Sin embargo, los vecinos cuentan con la cercanía y el fácil acceso a los grandes medios urbanos y al transporte público<sup>8</sup>, como ser estaciones de tren y tránsito de colectivos.

Garrote es un territorio en donde persisten las condiciones de pobreza y exclusión, en consecuencia, resulta difícil pensar al barrio como un espacio territorial sin conflictividad<sup>9</sup>, “poseedor de una cierta esencia distinta e identificable” (Lacarrieu, 1999). En él existen límites territoriales imaginarios que, como se desarrolla más adelante, entran en tensión permanentemente; donde se juegan relaciones de poder, en disputa permanente. Para ejemplificar, se toma el relato de una de las entrevistadas.

“Hace poco me enteré que hay nuevo presidente en el barrio, pero no se quien es, antes era “T” y ahora no sabemos quien es, como se enteraron que había que votar, acá nosotros no nos enteramos” (Alejandra, 34 años).

---

<sup>6</sup> Notas de Campo. Prácticas Pre-Profesionales CAFyS Canal. 2015-2017

<sup>7</sup> El centro del partido de Tigre adquiere relevancia no solo en el territorio local, sino que también a nivel provincial. Es conocido por su geografía y arquitectura. Es un territorio casi en su totalidad consolidado en infraestructura y equipamiento, es un lugar turístico, en donde se puede acceder a centros de recreación y deportivos a la vera del río, tanto dentro del espacio urbanizado como así también en su zona de islas, centros culturales, museos, y centros de divertimento como el Casino, teatro y Parque de la Costa. Ya desde finales del último milenio, sus tierras “vírgenes” comenzaron a ser ocupadas por los denominados “barrios cerrados”, lo que implicó el encarecimiento del territorio tigrense y la disputa de actores del mercado inmobiliario por apropiarse de estos territorios, como el caso de Garrote, que se ubica en una de las zonas más encarecidas del partido.

<sup>8</sup> El barrio Garrote, a pesar de estar ubicado al margen de las características y servicios del centro del partido de tigre, el barrio se encuentra emplazado en uno de los territorios más encarecidos del partido. A pesar de la falta de infraestructura y urbanización con la que cuentan los vecinos del mismo, por su ubicación, cuentan con el fácil acceso al transporte público, varias líneas de colectivo y estaciones de tren (línea del Tren de La Costa y Línea Mitre). Las tierras se encuentran en permanente disputa por actores del mercado inmobiliario. Esto se evidenció durante el año 2016, cuando los vecinos percibían amenazada su continuidad en el barrio por el proyecto “Venice”, que era promovido desde el Estado municipal en alianza con sectores privados. Notas de campo. Prácticas Pre-Profesionales CAFyS Canal 2015-2017.

<sup>9</sup> En efecto, en el barrio se pueden observar los efectos de la cuestión social social, como ser la delincuencia, las adicciones, la violencia en general. Entendida esta como consecuencia de los orígenes de la sociedad moderna, “La cuestión social emerge como expresión de un cambio de época, donde surgen nuevas formas de desigualdad y conflictividad social” (Carballeda, 2010).

Este relato pone de manifiesto las relaciones de poder existentes dentro del espacio territorial, donde al parecer, la información se encuentra restringida a un determinado grupo/número de vecinos, lo que supone que el manejo de información, en ocasiones, significa el acceso o no a recursos, en su mayoría materiales, que movilizan determinados miembros/referentes del barrio, que resultan escasos y hacen a la mera supervivencia de las familias<sup>10</sup>.

El barrio, como todo espacio territorial, se encuentra conformado por relaciones de poder nunca estáticas, que cambian la escena del mismo todo el tiempo. De esta forma, se toma la realidad en movimiento dado que esta está atravesada por muchos factores y las relaciones y procesos que la componen se encuentran en permanente cambio. Difícilmente se pueda comprender un barrio en el que no vivimos si no se toma en cuenta esto.

Comprender el barrio, su dinámica, la forma en la que los vecinos lo significan, es necesario para poder responder a los objetivos investigativos, y para ello es necesario situarlo en el juego de relaciones entre Estado, ejercicio profesional y espacio territorial.

Para ello, a continuación se analiza el proceso de conformación y consolidación del sistema de salud argentino, que promovió el Estado Nacional desde mediados del siglo pasado y la emergencia de la estrategia de APS como política de salud descentralizada en nuestro país. Producto de la descentralización -de responsabilidades- (desde el Estado Nacional hacia las Provincias y Municipios) y concentración -de los recursos-, como política de Estado (Neoliberal)<sup>11</sup>, desde las tres últimas décadas del siglo pasado en consonancia con su objetivo de reducir<sup>12</sup> el gasto social, el aumento de la mercantilización del sistema de salud, y el traslado de responsabilidades de la reproducción social al ámbito privado<sup>13</sup>.

---

<sup>10</sup> El “presidente” del barrio es el nexo entre los vecinos del barrio e instituciones que están fuera de él, en las cuales se pueden gestionar recursos tanto alimenticios, servicios, materiales para la vivienda, “certificados de pobreza” para la tramitación del DNI, etc. El rol del presidente del barrio, se encuentra desvalorizado por la presencia de “Agentes Territoriales” (AT) municipales, quienes, a su vez, lejos de reducir la disputa por el poder, lo reproducen. Notas de campo. Prácticas Pre-Profesionales CAFyS Canal. 2015-2017

<sup>11</sup> Ver Clemente, A. y Girolami, M.: Territorio, emergencia e intervención social. Un modelo para desarmar. Editorial Espacio. Bs. As. 2006

<sup>12</sup> El fenómeno de la “focalización”, propio de ese periodo, acompañará el imperativo de la participación social, como modo de “involucrar” a través de la participación a los que más lo necesitan. Puesto que la participación “adquiere una forma específica ya que significa siempre la implicación a escala local de las poblaciones definidas como objetivo” (Merklen, 2010: 140).

<sup>13</sup> En palabras de Sen (2000), se trata de un enfoque de política social que “restringe la función del Estado Social y desplaza hacia la familia la responsabilidad principal del bienestar del grupo”.

## II-Diversificación del Sistema de Salud Argentino

En paralelo al proceso de construcción y consolidación del barrio Garrote, a mediados del siglo XX, el modelo económico y social de aquel momento, promovió la fuerte consolidación del sistema de salud argentino, el cual ha ido presentando modificaciones con el transcurso del tiempo y de diferentes modelos de país en disputa<sup>14</sup>. Durante la década del 40, con la creación del Ministerio de Salud de la Nación, (que al momento de la realización de la investigación (2019) se encontraba denigrado a secretaría)<sup>15</sup> queda configurado el sistema de salud actual.

Tal como plantea Arce, el sistema de salud argentino se caracteriza por acoplarse a la “organización federal” del país, donde cada provincia se encarga de administrar la salud y la educación. Además, coexisten servicios públicos y privados, por lo cual se puede hablar de una gran complejidad en este campo (Arce, 2012). El sistema de salud argentino se encuentra afectado por la descentralización de los recursos y responsabilidades desde el Estado Nacional hacia las instancias provinciales y municipales, propio de la década del 90, de desregulación del mercado y privatización de los servicios públicos.

En esta línea, y tomando los aportes de Spinelli, abordaremos el concepto de campo de salud, entendiendo al mismo como “la convergencia de actores, recursos, problemas e intereses que conforman una red de relaciones, con autonomía relativa, en el que los diferentes agentes luchan por la consolidación, o por la apropiación y el predominio de uno o más capitales” (Spinelli, 2015: 117) Por lo tanto, hablar de un “campo de salud” nos remite a pensar las disputas e intereses entre los distintos subsectores que conviven.

Se puede decir que el campo de salud argentino es “mixto” porque se encuentra conformado por tres subsectores; el subsector público, el subsector de la seguridad social y el subsector del ámbito privado. Cada sector fue naciendo y desarrollándose en un contexto histórico y social determinado, con periodos de predominancia de políticas neoliberales que generaron profundo desgaste del mismo.

La regulación, normalización y control de todo el sistema corresponde a la esfera estatal en el ámbito nacional. Dentro del sector público, el acceso a la salud es universal, es decir, todo aquel que habite el suelo argentino tiene derecho a atenderse en el sector público de salud. Su

---

<sup>14</sup> Roffman, A.: Los dos modelos en pugna en la visión de Aldo Ferrer. Revista Voces del Fénix. Editorial Facultad de Cs. Es. UBA. CABA. 2016

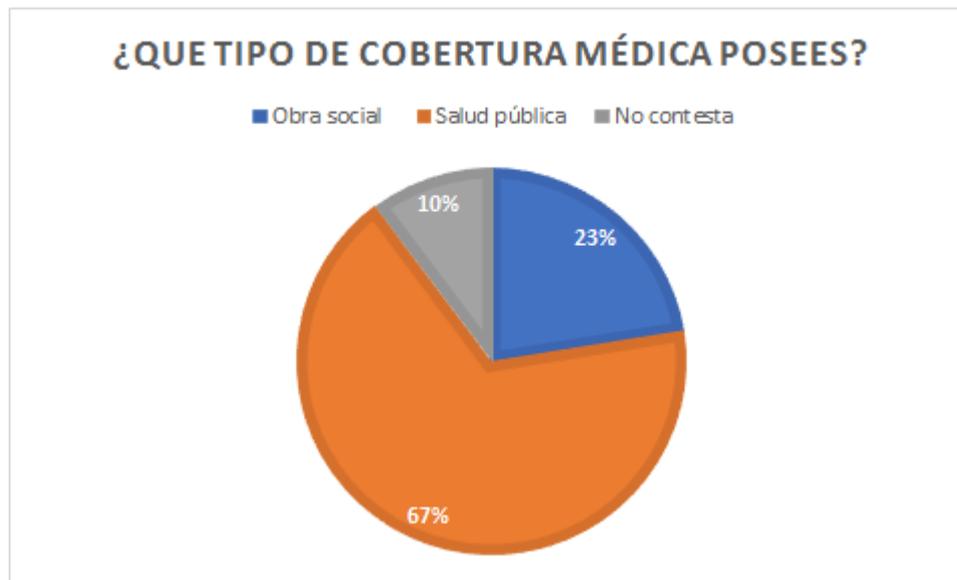
<sup>15</sup> A partir del 11/12/19 se restituye el grado de Ministerio.

financiamiento es a través de rentas generales y otras fuentes como impuestos. En cuanto a su jurisdicción, se puede identificar el área nacional, provincial y municipal. En el ámbito nacional es regulatorio y compensatorio de desigualdades regionales, en el ámbito provincial es regulatorio y asistencial, en tanto a nivel municipal es regulatorio y asistencial.

El ser regulatorio significa que tiene la capacidad de dictar su propia normativa. Existe en el campo de salud, una elevada capacidad técnica y un alto nivel de gasto, pero esto se da en el marco de una enorme heterogeneidad, que manifiesta las desigualdades existentes entre diferentes provincias como entre municipios y al interior de los mismos.

La complejidad del campo de la salud es producto, entre otros factores, de la gran concentración de capital económico, los problemas de financiamiento y la baja capacidad de gestión. Las entidades privadas desarrollan prácticas para no comprometerse con las poblaciones sin capacidad de compra de seguros sociales. Aquellos que no pueden acceder a una obra social o pagar una prepa, quedan bajo la responsabilidad del Estado Nacional, Provincial o Municipal. Estas jurisdicciones son las que aparecen como financiadoras y prestadoras de aquellos que no tienen esa capacidad de compra que requiere el subsector privado.

Cuadro n 1: Cobertura de salud



Tal como se observa en el cuadro número 1, en Garrote el 67% de los encuestados ha dicho poseer como cobertura médica el sistema público de salud, esto implica que, tres cuartas partes

de los encuestados solo cuenta con atención en el CAFyS y en el hospital público. A su vez, y como se observa en el anexo 1, el 96% de los encuestados se han atendido alguna vez allí, independientemente de su cobertura médica. De esta forma, el sistema público de salud local puede resultar deficitario por saturación de demanda, dado que el mismo no solo es receptor de demandas de población que no posee obra social, sino que también de la que sí posee<sup>16</sup>. Si a esto se suma la falta de recursos humanos y materiales<sup>17</sup>, en más de una oportunidad el CAFyS no llega a cubrir las demandas y necesidades de las familias.

La saturación del sistema lleva muchas veces a las familias a desistir de los controles y tratamientos, lo que genera un padecimiento crónico que con el transcurso del tiempo empeora profundamente la calidad de vida de los vecinos<sup>18</sup>.

Para contrarrestar esta situación, el equipo de salud del CAFyS Canal, realiza permanentes campañas de concientización, talleres y entrevistas en contexto a fin de lograr una mejor cobertura de salud. Durante los años de prácticas pre profesionales, se ha observado, en más de una oportunidad, al director y médico generalista de la institución de ese momento (año 2016), quién tenía el teléfono de varias vecinas, recordarles vía whatsapp, los turnos para la realización de diferentes prácticas médicas.

Asimismo, el equipo de salud ha realizado jornadas de vacunación dentro del barrio, talleres sobre discapacidad, VIH y “maternaje<sup>19</sup>”. También ha realizado múltiples reuniones con diversos referentes barriales a fin de encontrar población que no se acerca al CAFyS y trabajar en función de la demanda que estas instituciones/organizaciones logran identificar<sup>20</sup>.

Retomando sobre la primera diferencia de acceso al sistema de salud, entre el sistema público o privado, en el desarrollo de la encuesta se les preguntó a los vecinos donde obtenían la medicación en caso de necesitarla. Si bien se les ofrecieron varias opciones de respuesta, la gran mayoría de los encuestados ha respondido como única opción “La salita” (refiriéndose al

---

<sup>16</sup> Notas de Campo. Prácticas Pre-Profesionales CAFyS Canal. 2015-2017

<sup>17</sup> Profesionales e insumos.

<sup>18</sup> Notas de Campo. Prácticas Pre-Profesionales. CAFyS Canal. 2015-2017

<sup>19</sup> Los Talleres de “Maternaje”, están a cargo de la Psicóloga del Cafys. Los mismos están destinados a madres “primerizas” o quienes presenten dificultades en los cuidados, detectados en consulta pediátrica. Los talleres son semanales, de una hora de duración, se realizan en el CAFyS y en ellos se conversa respecto de amamantamiento, importancia y técnicas, “crianza”, cuidados, etc. Notas de Campo. Prácticas Pre-Profesionales CAFyS Canal. 2015-2017

<sup>20</sup> Notas de campo. Prácticas Pre-Profesionales CAFyS Canal 2015-2017.

CAFyS), lo que permite observar dos situaciones; la primera situación, mencionada anteriormente, es el “cuello de botella” que se produce en el sector público de salud cuando se atiende tanto a la población destinataria como aquella que tiene acceso a una obra social o prepaga.

Si bien el equipo de salud desarrolla una organización eficiente dentro del CAFyS, donde almacenan, controlan y reparten permanentemente stock de medicación, el ajuste vivido en políticas de salud en los últimos años (2015-2019), ha afectado directamente a las farmacias de los centros de APS.

A partir de diciembre del año 2015 los métodos anticonceptivos destinados por el Programa de Salud Sexual y Reproductiva de Nación dejaron de llegar a los Cafys , provocando un desabastecimiento y, en consecuencia, dejando a parte de la población sin acceso a estos. Esta situación se ha repetido a lo largo de la última gestión gubernamental (2015-2019), con distintos tipos de medicamentos<sup>21</sup>.

La segunda diferencia en el acceso al sistema de salud, quizás la más explícita, es la cercanía del centro de salud, sumado a-como se explicará más adelante-el “buen trato” que los vecinos afirman recibir en el mismo, hacen que “la salita” sea una de las primeras opciones a la hora de recibir atención y conseguir medicación, independientemente de que esta sea o no la única forma de acceder a ella.

Este “buen trato”, de la mayoría de los profesionales del centro de salud<sup>22</sup> hacia las familias, se cree, responde a la perspectiva de APS que la institución tiene, los cuales tienen como horizonte motivador la siguiente frase: “Nuestra misión: Trabajar en conjunto con el objetivo de mejorar la calidad de vida de la población, garantizando el derecho a la salud integral de la prevención, el cuidado y el acompañamiento de las personas. Basados en los valores de la empatía, compromiso, respeto y responsabilidad”.

Dicha “Misión” que es el eje vertebral de la atención que llevan a cabo los profesionales, puede asociarse al concepto de hospitalidad que propone Derrida (2000). La autora refiere a la hospitalidad como “la aceptación del otro, hacerle un lugar, hacerlo venir, es ofrecerle algo a alguien en nuestra casa, es ofrecimiento a un ajeno que nos cuestiona, un otro que nos hace

---

<sup>21</sup> Notas de Campo. Prácticas PreProfesionales CAFyS Canal. 2015-2017

<sup>22</sup> “Informe institucional” (Hartuvig, Scarlato 2015)

demandas y nos hace preguntas, que nos incomoda. Pero solo podemos ser hospitalarios con aquel a quien reconocemos entidad de otro”.

Ante la diversificación y mercantilización del sistema de salud argentino, la hospitalidad en términos de compromiso, respeto y responsabilidad hacia un otro, que proponen los profesionales de la APS, resulta potencialmente estratégica para el primer nivel de atención, ya que permite contrarrestar la lógica expulsiva que prima en este paradigma.

### **III-Atención Primaria de Salud como estrategia de abordaje territorial**

El Centro de Atención Primaria de Salud en Canal, es uno de los 24 centros de atención primaria con los que cuenta el Municipio de Tigre. El sistema de salud de la provincia de Buenos Aires está organizado en Regiones Sanitarias.

El CAFyS Canal se encuentra dentro de la Región Sanitaria V. Dicha Región comprende los Municipios de Vte. Lopez, San Isidro, San Fernando, Tigre, Malvinas Argentinas, Pilar, San Miguel, Jose C. Paz, Exaltación de la Cruz, Zárate y Campana. Dentro del Municipio de Tigre, el robustecido sistema de salud está conformado por 24 Centros de Atención Primaria municipales, un Hospital Zonal de Agudos (provincial Magdalena V. de Martínez) en la localidad de Gral. Pacheco, un Hospital Municipal Materno Infantil, Hospital Odontológico, Hospital Oftalmológico, Hospital de Diagnostico por Imagenes, el Centro de Rehabilitación Frida Khalo y el Centro de Prevención Alimentaria y Nutricional.

La gestión municipal ha construido un amplio complejo de edificios destinados como “efectores de salud” para toda la población del distrito<sup>23</sup>. Sin embargo los mismos, en base a la percepción de las dos Trabajadoras Sociales del CAFyS Canal, se encuentran muchas veces “vacíos por dentro”, considerando que no cuentan con recursos humanos ni materiales (profesionales e insumos) que puedan cubrir de manera integral y efectiva las demandas de la población<sup>24</sup>.

---

<sup>23</sup> Los efectores de salud del gobierno municipal brindan atención gratuita a todos los residentes del distrito de Tigre. Los residentes del distrito que posean obra social deben presentar documentación, y las personas que demanden atención en efectores como Hospital Odontológico u Oftalmológico que no residan en el distrito, deben pagar por ella, sin considerar su situación socio-económica. Cuaderno de campo. Practicas Pre-Profesionales. CAFyS Canal. 2015-2017

<sup>24</sup> Cuaderno de campo. Prácticas Pre-Profesionales. CAFyS Canal. 2015-2017

En adición a la definición que la OMS, la OPS y UNICEF establecen en la Declaración de Alma-Ata (1978), se entiende a la salud como un “estado de completo bienestar, físico, mental y social y no solo la ausencia de enfermedad; es un derecho humano fundamental y que la consecución del nivel de salud más alto posible es un objetivo social prioritario en todo el mundo, cuya realización requiere la acción de muchos otros sectores sociales y económicos, además del sector sanitario”.

En dicha Declaración, la OMS establece que la Atención Primaria de la Salud “representa el primer nivel de contacto de los individuos, la familia y la comunidad con el sistema nacional de salud, llevando lo más cerca posible la atención de salud al lugar donde residen y trabajan las personas, y constituye el primer elemento de un proceso permanente de asistencia sanitaria” (Alma Ata, 1978).

Actualmente, se considera a la APS como el enfoque más inmediato de abordaje territorial “en el mejoramiento de la salud de la población y en el logro de una cobertura más uniforme” (Plan Federal de Salud, 2004-2007). Sin embargo este no termina de ser efectivo, ya que diversos factores sociales, como las condiciones de “vida y vivienda”<sup>25</sup> deficitarias, y económicos -como para sostener una adecuada alimentación, tratamientos prolongados sin cobertura social debiendo costear el total de los gastos, en algunos casos, difíciles de lograr- intervienen en el proceso salud-enfermedad-atención<sup>26</sup> que exceden el abordaje de la atención primaria.

Es necesario entender que un modelo de salud no puede pensarse por fuera del modelo económico/ social vigente y coyuntural. Es decir que un sistema de salud es indisociable del modelo político, económico y social que se plantea en un determinado momento.

De esta forma, y en palabras de una de las trabajadoras sociales del CAFyS Canal, la APS funciona como un “tapón” que intenta contener y/o estabilizar problemáticas de salud que son producto de la complejidad social. Carballeda (2008) hace referencia al respecto al afirmar que

---

<sup>25</sup> Mallardi (2016), en consonancia con Gianna (2011) entienden a las condiciones de vida y vivienda como producto de determinaciones políticas, económicas, sociales y culturales. Afirman que es necesario una reconstrucción analítica de los problemas sociales, reconociendo en ellos las determinaciones que le otorgan significado social e histórico, como expresiones de la cuestión social, comprendiendo los hechos que aparecen como singulares y aislados, como parte de una totalidad más amplia que contiene a la familia.

<sup>26</sup> Laurell (1982) hace referencia al proceso salud- enfermedad, como un proceso social, en el cual, su carácter social puede ser explicado a partir de la comprensión de las condiciones socio-históricas de salud de una colectividad en un lugar y momento determinado. refiere que “plantearse el estudio del proceso salud-enfermedad como un proceso social, plantea de inmediato el problema de su articulación con otros procesos sociales, lo que nos remite al problema de sus determinaciones” políticas, económicas, sociales y culturales.

“las problemáticas sociales complejas exceden las respuestas típicas de las instituciones, que fueron creadas en el horizonte de poblaciones homogéneas”<sup>27</sup>, para brindar respuesta a poblaciones heterogéneas.

La realidad compleja, caracterizada por la persistencia de la pobreza, entendida esta como “la privación generalizada y extendida en el tiempo, donde -a partir de la privación económica-se combinan críticamente indicadores deficitarios tanto del hogar como de su entorno”, donde “las privaciones más urgentes tienden a mantenerse en el tiempo y comprometen a más de una generación de un mismo grupo familiar, aun a pesar de cambios favorables en su contexto económico” (Clemente, 2016).

Realidad compleja que padecen en su cotidianeidad las familias del barrio, demanda un abordaje integral, a través de la participación (léase involucramiento de otras instituciones) con el fin de lograr una efectiva mejora en la calidad de vida de las familias, considerando que la sola intervención de la APS no modifica las causas que generan las enfermedades, y al estas no ser modificadas, se torna un espiral interminable entre salud-enfermedad, que no hace más que tratar de forma inmediata las consecuencias sin poder modificar sus causas<sup>28</sup>.

Al respecto se puede citar la diferenciación que establece Leguizamón (2008) en cuanto a la producción y reproducción de las condiciones de pobreza que afectan la calidad de vida de las familias. La autora, hace referencia a las causas (producción) como “los aspectos socio-históricos y estructurales de larga data que llevan a la producción de la pobreza masiva”, y a la reproducción como a “los aspectos contingentes, coyunturales vinculados a la dinámica económica de la acumulación de la riqueza, que involucra a la precarización mercado de trabajo”, en consecuencia falta de seguridad social exclusión y pobreza.

Es por ello que la APS debe actuar como puente y enlace entre el sistema sanitario y otros componentes del desarrollo social y económico de la comunidad; abriendo la puerta a la

---

<sup>27</sup> En este sentido, para el análisis de las instituciones de la política social, destinadas a combatir el fenómeno de la pobreza urbana, pueden tomarse los aportes de Clemente (2016). La autora propone hablar de pobreza como un “fenómeno situado”, de orden estructural, pero con expresiones propias en el nivel micro social, que se materializan en territorios concretos. Comprender el fenómeno desde una perspectiva situacional, supone que el abordaje de la pobreza contemple aspectos históricos y culturales, como parte de la definición del problema y de su potencial abordaje

<sup>28</sup> El Dr. Carrillo afirma que “vincular la producción social de la enfermedad y las causas estructurales de las condiciones de vida de los sectores populares, implica necesariamente la posibilidad de promover acciones colectivas en torno a los problemas de salud enmarcados en reivindicaciones más generales, como el derecho a una vivienda digna, a una buena calidad de vida y a gozar de un ambiente saludable”

imprescindible colaboración intersectorial en el abordaje de muchas necesidades y problemas de salud. Lo cual refiere a una atención integral, no limitándose solamente al diagnóstico y tratamiento de dolencias. En palabras de Heenskerk (y Ot. 2009), “la intersectorialidad, la interdisciplina, participación y abordaje integral de la salud, son piezas claves en la construcción de la accesibilidad<sup>29</sup>”, para las familias en el primer nivel de atención.

En este sentido es pertinente recordar que la APS, idealmente funciona como prevención de la enfermedad, creando lazos con la comunidad con el fin de modificar la situación de salud de esta. Sin embargo, en la práctica esto no siempre se concreta, puesto que la urgencia siempre se antepone a la prevención.

Otro componente básico de la estrategia de APS es la continuidad/permanencia del vínculo entre el profesional y la persona, así como también el seguimiento a lo largo del tiempo. “Es necesario que la estrategia de APS se desarrolle en un clima de accesibilidad y de proximidad, pudiendo llevar a cabo las condiciones básicas de salud a toda la población lo más cerca posible del lugar donde viven” (Testa, 1978).

Además, dentro de la estrategia de APS, es clave la inclusión de “Promotores de Salud<sup>30</sup>”. En el caso del CAFyS Canal, es una vecina del barrio (la gestión municipal puede crear hasta dos cargos por CAFyS), quien no solo realiza tareas de acompañamiento en enfermería y en el Programa de Atención Domiciliaria (PAD), sino que también es vehículo de transmisión de información/demandas de los vecinos hacia los profesionales del CAFyS. En paralelo, la figura del promotor puede leerse como parte de la estrategia de participación social en el acceso a la salud, que promueve la APS.

El promotor, es pieza clave de la APS y funciona como nexo entre los vecinos del barrio, sus demandas de atención de salud y los profesionales. En compañía del mismo, se accede a las familias de diferentes “partes” del barrio que son de difícil acceso, por la geografía barrial (pasillos), que impide en muchas ocasiones, la fácil ubicación de algunas familias. Dado que en

---

<sup>29</sup> Ver más adelante desarrollo de accesibilidad

<sup>30</sup> “El promotor comunitario en salud es un referente territorial que tiene la competencia de generar participación y organización comunitaria, y puede intervenir en el diseño e implementación de políticas públicas. Realizan acciones de asistencia, prevención, promoción y gestión barrial de la salud”. Disponible en <http://www.msal.gob.ar/index.php/component/content/article/46-ministerio/521-programa-promocion-comunitaria>

el marco del PAD, el equipo de salud, brinda atención a los vecinos del barrio que se encuentran bajo tratamiento, en reposo o internación domiciliaria, impedidos de asistir a la institución por los propios problemas de salud o por la geografía barrial que impide su traslado hasta la institución.

## **Barrio Garrote, Accesibilidad, Franjas Habitacionales y Significación del Barrio**

### **I-El Barrio Garrote**

El área programática del Cafys Canal comprende a todo el territorio de Tigre Centro. Sin embargo, dadas las características de la mayoría de la población que habita ese territorio<sup>31</sup>, los profesionales del Cafys tienen como población objeto de intervención a los vecinos que habitan el barrio “Almirante Brown”, más popularmente conocido como “Villa Garrote”.

El mismo está ubicado a la vera del Río Luján, el Río Reconquista y las vías del Tren de la Costa, en Tigre Centro, al norte de la Provincia de Buenos Aires. Debe su nombre a la calle de acceso principal y única entrada de vehículos al mismo. Según el relato de los vecinos, “el barrio tiene unos 70 años de antigüedad. (...) al principio no había nada, de a poco se fue poblando, nosotros somos unas de las primeras familias en habitar el barrio” (Pamela, 40 años).

Al estar ubicado a la vera de la unión de dos ríos, la población del mismo se encuentra en una situación particularmente vulnerable. Cada vez que hay “sudestada” el canal tiende a desbordar, inunda el barrio, provoca anegamientos, peligro de electrificación y de corte con algún objeto contundente. También se producen pérdidas de muebles y materiales con los cuales se levantan las viviendas. Las casas más cercanas a la entrada están construidas con materiales sólidos y sus calles de circulación tienen “el mejorado” hecho de manera tal que el terreno se encuentra más nivelado y con menos propensión a inundarse, desplazando al agua a las zonas más alejadas a la entrada del barrio.

Allí, en el fondo, la “crecida” del río significa la pérdida total de los bienes. La falta de infraestructura, cloacas y agua potable que son una fuente inagotable de contaminación, genera

---

<sup>31</sup> En base a los relatos de los profesionales, la población en mayoría habitante del territorio de Tigre centro (complejo habitacional de alto poder adquisitivo) no demandan atención al CAFyS. Ellos afirman que esto puede deberse a que esta población cuenta con cobertura privada de salud (obra social o prepaga). Notas de Campo. Prácticas Pre-Profesionales CAFyS Canal. 2015-2017.

serios problemas de salud. “Entendiendo que no solo se trata de enfermedades sino de problemas sociales” (Spinelli. 2010), los cuales promueven un ambiente poco saludable, y en algunos sectores literalmente inhabitable para las familias.

En suma, tomando los aportes de Auyero, quien hace referencia a la “privación extrema de infraestructura urbana básica” (2013:130), considerando la falta de provisión de infraestructura y la falta de recolección regular de residuos, que en el caso de Garrote, no permiten el rápido drenaje del agua estancada dentro de los pasillos y de las viviendas de los vecinos. Cuando esto sucede, los vecinos realizan avisos en las redes sociales para advertir a quienes vivan cerca que existe la posibilidad de una crecida y, una vez sucedida esta, se puede observar a algunos vecinos con pala en mano para cavar canaletas que sirvan de desagote, sin embargo el trabajo de estos no es suficiente para lograr que el agua no quede estancada durante días<sup>32</sup>. “Esta situación, como puede imaginarse, promueve la producción de un ambiente poco saludable y el consecuente desarrollo de enfermedades<sup>33</sup>.”

En efecto, el agua estancada se mezcla con los residuos y desechos cloacales, lo que promueve un suelo constantemente húmedo y fértil para la emergencia de diversos tipos de enfermedades a las que se encuentran expuestos los vecinos. “Los casos de granos en la piel por el contacto con el suelo contaminado y de parásitos a causa de la ingesta del agua contaminada son moneda corriente en el barrio”<sup>34</sup>. Estos casos, junto con la bronquitis en invierno, son consideradas “enfermedades estacionales” por los profesionales del centro de salud, quienes entienden que el tratamiento de estas es una de las principales demandas de la población<sup>35</sup>.

Sin embargo, y a pesar de situaciones tales, el sentimiento de arraigo se manifiesta en el relato de los vecinos que deciden continuar viviendo allí. Esto se evidencia en la encuesta número 7, quién tras el pedido de “definir al barrio”, ha respondido “El barrio es mi lugar”. Esta afirmación evidencia el sentimiento de pertenencia que se ve enriquecido con el relato de una de las entrevistas, donde surgen afirmaciones tales como:

---

<sup>32</sup> Notas de Campo, Practicas Pre-Profesionales, CAFyS Canal, 2015-2017

<sup>33</sup> Al respecto, el Dr. Ramón Carrillo, médico higienista que sentó las bases de la política sanitaria en nuestro país, afirma que “frente a las enfermedades que genera la miseria, frente a la angustia, la tristeza y el infortunio social de los pueblos, los microbios como causa de enfermedad, son unas pobres causas” (Carrillo, 1974).

<sup>34</sup> Notas de Campo, Practicas Pre-Profesionales, CAFyS Canal, 2015-2017

<sup>35</sup> Informe institucional, (Hartuvig, Scarlato, 2015), ver anexo 2.

“El padre de mi mamá vino primero a Garrote, era todo monte. Limpió y cada año traía a alguien de su familia. Mis abuelos paternos llegaron y se quedaron acá (...) Garrote es mi barrio querido, yo me crié acá y mis hijos también, viviremos aquí siempre” (Verónica, 32 años).

Este sentimiento de pertenencia, se considera que explicaría, en parte, el motivo que tienen los vecinos para continuar allí a pesar de las problemáticas que en el barrio se presentan. Se destaca que la triada historia personal-familia-barrio, predomina por sobre los factores socio-habitacionales desarrollados anteriormente.

El “Barrio Garrote”, nombre que agrupa categorías fusionadas<sup>36</sup> con las cuáles los vecinos “rebautizaron” al mismo, está conformado por 6000 habitantes aprox (estimación realizada en 2015), de los cuales, dos terceras partes del total de los vecinos presentan un “carácter masivo de la vulnerabilidad” (Merklen,2010:152), en términos de precaria o inexistente protección social<sup>37</sup>. Cabe aclarar que en el contexto actual la mayoría de los vecinos encuentran vulnerados (durante los años 2015-2017 se agudizó) el acceso y pleno ejercicio de los derechos más básicos y fundamentales<sup>38</sup>. Esto se percibe a través del relato de los entrevistados quienes manifiestan el incremento de la presencia de los niños en los emergentes merenderos/comedores que gestionan y llevan a cabo los propios vecinos.

“Los chicos vienen, meriendan y llevan el té en la jarra para su familia que los espera en la casa” (Graciela, 30 años).

Muchos otros, como es el caso de R de 52 años, han perdido el empleo y se encuentran por primera vez fuera del mercado laboral, lo cual promueve la asistencia a estas instituciones, tal es así que más del 50% de los encuestados han sido captados mediante el comedor con mayor

---

<sup>36</sup> Si bien el proceso de conformación y consolidación del “barrio” responde a las características propias de las “villas miseria”, por la emergente apropiación y ocupación del espacio y la tierra de manera irregular. Y sin considerar desde el gobierno local, que en sus inicios fue denominado como “villa Garrote”, desde el mismo lo han denominado “Barrio Alte Brown”. Ante lo cual, los vecinos aceptan la denominación de “Barrio”, a modo de sentirse parte de la ciudad, sin abandonar el nombre asignado originariamente por los mismos, “Garrote”.

<sup>37</sup> Robert Castel identifica dos dispositivos clásicos de protección social, la asistencia, por un lado, a través de la cual se “asiste o ayuda” a aquellos segmentos de la población que presentan la incapacidad provisoria o definitiva para trabajar, y, por otro lado, el seguro como contrapartida ampliada del trabajo, que promueve la recepción, además del salario, de garantías frente a los riesgos, como enfermedades, accidentes de trabajo, vejez (Castel, 1992).

<sup>38</sup> Estos son los de 2da generación, los DESC, que establecen que “toda persona tiene derecho a un nivel de vida adecuado, que le asegure, así como a su familia, la salud y el bienestar, y en especial la alimentación, el vestido, la vivienda, la asistencia médica y los servicios sociales. Tiene, asimismo, derecho a los seguros de desempleo, enfermedad, vejez, viudez u otros casos de pérdida de medios de subsistencia por circunstancias independientes de su voluntad” (González Monguía, 2009:13).

actividad en el barrio; el comedor “Los pinos” que debe su nombre a los tres pinos que se encuentran en el barrio desde su fundación.

Otro de los grandes problemas que caracteriza a las familias de Garrote, según el relato de los vecinos, es la falta de trabajo o el trabajo informal, las changas, el cartonear, actividades que generan un profundo impacto en la calidad de vida de las mismas. En palabras de Merklen (2010: 155) para “muchos de los habitantes de estos barrios el mercado de trabajo es sumamente irregular y flexible, y está enteramente sometido al mercado informal”.

En consecuencia, las estrategias<sup>39</sup> que desarrollan los vecinos para sobrevivir generan escasos ingresos, lo que a su vez conlleva a mantener una dieta alimentaria poco saludable, que promueve problemas de salud tales como diabetes, hipertensión, obesidad<sup>40</sup>. Lo que supone para el equipo de salud del primer nivel de atención, desarrollar estrategias que promuevan la accesibilidad al sistema de salud, desde “dispositivos de proximidad, que promuevan la cultura del encuentro”<sup>41</sup>, entre los vecinos y la institución, considerando la complejidad del escenario institucional y territorial.

## **II-Accesibilidad**

Cuando se habla de acceso al sistema de salud, se comparte la idea de accesibilidad, la cual, en palabras de Stolkiner, se define como un “vínculo que se construye entre los sujetos y los servicios y, como consecuencia, supone encuentros y desencuentros entre estos” (Stolkiner y Ot; 2000). Este vínculo surge de una combinatoria 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 de los servicios” (Stolkiner y Ot.; 2000: 282).

Adoptar esta definición de “accesibilidad” permite contemplar en el análisis, la perspectiva tanto de los sujetos que acceden (o no) al sistema de salud como así también la de los servicios que estos brindan. Es preciso aclarar que se considera a la accesibilidad como un vínculo que

---

<sup>39</sup> “La conceptualización sobre estrategias, surge en los años 70, en el ámbito de las Ciencias Sociales, como aspecto a considerar, dentro del ámbito general, que aborda la reproducción de la sociedad, y específicamente, algunos sectores, acerca de los cuales, la pregunta que subyace es: ¿cómo subsiste materialmente la población, que no puede percibir un ingreso suficiente para satisfacer sus necesidades?”. (Hintze, S.; 1987:1).

<sup>40</sup> En base a los registros de los profesionales del Cafys Canal, respecto de las enfermedades con mayor presencia en los vecinos del barrio.

<sup>41</sup> Arias, A.: La accesibilidad en los tiempos actuales. Apuntes para pensar el vínculo entre los sujetos y las instituciones. Revista Margen 92. Marzo 2019.

se construye, por lo cual el análisis investigativo se encuentra enfocado en el vínculo que se constituye y reproduce desde sus dos extremos; el barrio y el CAFyS.

En su investigación, las autoras Ana Arias y Noelia Sierra (2019), definen los términos “Accesibilidad de consumo” y “Accesibilidad de derecho” para abordar esta relación entre sujetos e instituciones. En tanto la primera se desarrolla con una lógica más mercantil que no interesa acá analizar, la segunda exige pensar diversas formas de encuentro con los sujetos, pudiendo tensionar (o no) la relación entre institución y comunidad.

Para ello, es necesario pensar la accesibilidad como un proceso en permanente construcción y no como una meta a la cual llegar. Además, entender la accesibilidad como una relación nos permite identificar relaciones de poder, resistencias y potencialidades de la misma. Es importante, en una institución como el CAFyS (que se considera posee una lógica de accesibilidad de derecho) contemplar esto. Dado que, donde se trabaja con el otro, es necesario que haya accesibilidad en el marco de la hospitalidad. Tal como se desarrolla más arriba, la lógica de la hospitalidad, que opera en estas instituciones, contempla al otro como un ajeno, que tiene sus propias normas y códigos. La alteridad del otro es necesaria para construir una relación en la cual este otro tiene la posibilidad de elegir si quiere o no participar y de qué manera.

En este sentido, las instituciones deben “construir marcos de encuentro disponibles para el contacto con el sujeto, recuperando las significaciones que lo relacional tiene como forma de instituir subjetividad deseante- accesos reales y reconocimiento hacia lugares como derecho” (Arias 2019).

Tomando los aportes de varios autores, se buscó en esta investigación, analizar cómo es el acceso y cuáles son las barreras de accesibilidad que predominan e identifican los vecinos, de cada una de las franjas habitacionales dentro del barrio, para acceder al sistema de salud.

¿Qué se entiende por barreras de accesibilidad? Estas son las dificultades que encuentran los vecinos para poder acceder al primer nivel de salud. Durante el análisis de los datos obtenidos, se puede observar que las barreras en la accesibilidad que predominan en los discursos de los vecinos, son de carácter cultural (o simbólico) y estructural.

En los relatos se puede observar que la barrera de accesibilidad cultural o simbólica predomina en la construcción de accesibilidad en los vecinos del barrio. Para Stolkiner (y Ot. 2000), esta barrera refiere a hábitos y prácticas que las personas adquieren en torno al cuidado de forma tal que “ellos deciden” acceder o no al sistema de salud para el tratamiento de sus problemáticas.

Sin embargo el equipo de salud del primer nivel de atención, entiende que en la mayoría de las ocasiones, no depende de la voluntad de los sujetos el acceso o no a prácticas de cuidado y al sistema de salud, dado que sus condiciones de vida influyen en el proceso de construcción de accesibilidad.

Como se observa más adelante<sup>42</sup>, muchas veces por cuestiones de trabajo, “por olvido”<sup>43</sup> o por realizar “otras actividades”, las familias desisten de asistir a los controles de salud. Esto podría asociarse a su vez a una barrera de carácter estructural, por las propias condiciones de vida de las familias y la geografía barrial. Esta barrera de accesibilidad es un verdadero desafío a trabajar, no solo, para el equipo de salud del primer nivel de atención, desde la promoción de la medicina preventiva que lleva a cabo, sino que también a partir del trabajo articulado con otras instituciones/organizaciones para el bienestar y el mejoramiento de las condiciones de vida de las familias.

A continuación, a partir del análisis de las diferentes franjas habitacionales que significan los vecinos del barrio, se evidencia la barrera de carácter estructural, que influye en el proceso de accesibilidad.

### **III-Franjas Habitacionales y Significación del Barrio**

Conocer la dinámica barrial, a partir de la significación que los vecinos le otorgan al barrio y al espacio que ocupan en él, es fundamental para comprender cómo es la accesibilidad al primer nivel de atención desde su perspectiva. Asimismo se tendrán en cuenta los procesos de participación social que surgen desde los propios vecinos para mejorar sus condiciones de vida. Para ello tomaremos los aportes de Adriana Clemente (2008), quien entiende a la participación social como “un conjunto de prácticas de movilización y organización cuyo objeto es colectivizar tanto las prácticas de los sujetos sociales como, principalmente, sus resultados”. Los mismos refieren a “cuestiones que hacen a la vida en común, es decir, relacionadas con sus condiciones de vida y su reproducción”

---

<sup>42</sup> Apartado “Accesibilidad en relación a la APS”

<sup>43</sup> Respuesta frecuente que emergió en las encuestas al indagar respecto de los motivos de la pérdida de los turnos médicos.

Por otra parte, si bien los vecinos se refieren al barrio como una unidad, marcando sus límites en “La vía del Tren de la Costa, la arenera, el Canal de San Fernando, el Río Luján, Venice<sup>44</sup> (atrás de las torres)”, en los relatos se pueden identificar claramente las diferencias que “delimitan” a partir de la ocupación que ellos identifican como diferentes franjas habitacionales. En este sentido en las entrevistas se rescatan afirmaciones como:

“acá, por ejemplo nosotros somos los de adelante, la gente del fondo nos dicen “los tucumanos”, hubo un tiempo que como que fue de generación en generación, que los tucumanos con los del fondo no se puedan ni ver, y siempre había una pelea... pasa a veces con los nenes del merendero que si van para el fondo los corren a los piedrazos...”. (Liliana. 38 años).

“mayormente los que se fueron a las viviendas nuevas son... de los depa, como que ya no son de acá del barrio. Y mucha gente de acá del barrio también que no... como que los dividieron, es hasta la cancha sería “la villa”, como se dice, y después están los depa.” (...) “es como que si sos del fondo sos del fondo, si sos de los tucumanos sos de los tucumanos.” (...) “como que ya es natural para nosotros que se hable de los tucumanos o los del fondo.” (Noelia, 28 años).

Así mismo, teniendo en cuenta las diferencias que establecen los vecinos, se toma el concepto de “Calidad habitacional” de Hamaroto (1998). Tal y como lo explica la autora, cada vivienda adquiere ciertas características particulares que, al ser compatibles con otras viviendas, permite nuclear a ciertos sectores del barrio. Para ella “la vivienda se entiende no sólo como la unidad que acoge a la familia, sino que es un sistema integrado además, por el terreno, la infraestructura de urbanización y de servicios, y el equipamiento social-comunitario dentro de un contexto cultural, socioeconómico, político, físico-ambiental”.

Como se ha ejemplificado más arriba, se puede observar que cada sujeto reconoce su lugar y también identifica el lugar que ocupa el otro, colocando fronteras simbólicas para identificarse/diferenciarse, de un otro. Si bien al comenzar el presente trabajo de investigación se contemplaron tres franjas habitacionales, a partir de la recolección de datos<sup>45</sup>, se encontró que los vecinos no identificaban tres franjas habitacionales como se creía previo a la realización de

---

<sup>44</sup> Complejo inmobiliario.

<sup>45</sup> De los 60 encuestados 2 no han especificado a qué franja habitacional pertenecen.

este estudio, sino cuatro, la de “Los Tucumanos/Los de Adelante”, “Los del medio”, “Los del Fondo” y “Los de las Viviendas Nuevas/Los Depa”.

### **”Los tucumanos”/”Los de adelante” (12 encuestados)**

La franja de “Los Tucumanos” es la más añeja del barrio, la misma se encuentra en la entrada del barrio y su límite imaginario se extiende hasta la “cancha de fútbol<sup>46</sup>”. La geografía barrial de esta franja habitacional, se caracteriza por tener, en su mayoría, casas de material y/o madera bien aisladas del suelo. Poseen conexión informal de luz y agua (realizada por los mismos vecinos) y cuentan con gas envasado. En su zona hay alumbrado público, las calles de acceso a esta franja son asfaltadas y permiten la circulación de al menos un auto y los pasillos cuentan con mejorado.

Los relatos de los vecinos que a continuación se citan, ejemplifican el poder de la participación social en la mejora de las condiciones de vida y socio-habitacionales de las familias de esta franja habitacional, que promueve impacto significativo en el total de los habitantes del barrio. En línea con Adriana Clemente (2008), se entiende que la “participación social supone la prosecución de un interés”, en el caso de los vecinos de Garrote, mejorar las calles/pasillos de acceso y acceder a servicios como luz, agua, etc. Lo que hace que “los sujetos individuales actúen como sujetos sociales y colectivicen sus estrategias para alcanzar sus objetivos”. La autora refiere que los sujetos participan en las políticas sociales por diferentes motivaciones y propone tres tipos para sintetizarlas; Motivación a la participación por representación, por adhesión y por reproducción.

En los relatos, y tal como lo define la autora, se puede observar que la participación es motivada por representación de “intereses comunes y su delegación en personas que son mandatadas en consenso por sus pares”. Son asociaciones entre pares, que “con diferentes objetivos, guardan en común el principio de colectivizar los resultados de la participación”. (Clemente, 2007)

“No tenemos nada pero en si tenemos todo, tenemos agua, tenemos luz, pero todo lo que tenemos, todo por los vecinos. El agua hace mucho los vecinos trajeron de ahí de Italia de la boca de un caño

---

<sup>46</sup> Espacio a cielo abierto que los mismos vecinos le significaron su denominación, y en la cual los niños y jóvenes de todo el barrio realizan actividades deportivas. Allí también, durante el periodo de carnaval suenan los bombos y platillos “al ritmo de las comparsas”, protagonizadas por los mismos vecinos. Notas de campo. Prácticas Pre-Profesionales. Cafys Canal. 2015-2017.

maestro las redes para adentro, después en los pasillos también varios vecinos juntos van haciendo la instalación, el agua viene en esas mangueras negras viste esos caños negros, con eso los vecinos van armando las redes. Es más, te digo más, el caño maestro que pasa por la calle Alte. Brown ese se juntó con el de desagüe de desechos. Los dos se juntan, y el agua que tomamos, los dos caños se juntan. Una vez un vecino dijo miren lo que pasa, destapó la calle y dice se junta el caño maestro de agua que está todo roto, y los vecinos lo van arreglando con bolsas, se junta con el desagüe al río” (María, 50 años). Los vecinos de esta zona identifican como organización referente a “Vecinos solidarios”, la cual promovió la realización de varios trabajos de mejora en el barrio desde su cooperativa. Esta organización y su referente han sido convocados en reiteradas oportunidades por el equipo de salud para trabajar en conjunto, sin embargo la diferencia partidaria, profundizada en el periodo 2015-2017 (Frente Renovador-Frente Para la Victoria, los referentes a nivel nacional de ambos partidos se encontraban enfrentados) ha servido como obstáculo para ello.

La participación de los vecinos de esta franja, en esta organización, puede entenderse sustentada por “intereses de adhesión”. Clemente (2008), hace referencia a ella como “participación en torno a un sistema de ideas”, en el caso de “Vecinos Solidarios”, participación partidaria (partido político “Frente Para La Victoria”). Las ideas que motivan la participación desde la organización hacia los vecinos, giran en torno a la mejora de la calidad de vida de las familias de manera colectiva.

“Esta parte la rellenamos nosotras, las vecinas de la organización, ayudamos con carretillas, el camión entró hasta la entrada, y como no entraba por los pasillos o no querían entrar hasta acá a hacerlo, con la carretilla con brea caliente nosotras todas carretilleabamos para que el centro social tenga piso de cemento. Antes hicimos la vereda que rodea el paredón para dos personas que andan en sillas de ruedas y tenían que andar por la calle de tierra, entonces las chicas y la cooperativa le hicimos una vereda que le llevaba el camino hasta la puerta de la casa, porque una de las vecinas que vivía ahí y venía a la organización nos contaba que tenía callos en las manos de llevar el marido en la silla de ruedas por todo el barrio con calles rotas de barro” (Lorena, 43 años).

Otras dos organizaciones referentes en esta franja habitacional son; “ETIS<sup>47</sup>” donde sus referentes desarrollan actividades tales como apoyo escolar y recreación de niños y niñas, cuyo objetivo es realizar una labor de carácter socioeducativo; y el “Merendero Color Esperanza”, que brinda servicio de merienda, en ocasiones, si cuentan con los recursos, vianda de almuerzo en fin de semana. Las referentes de este espacio afirman que “los recursos que sostienen al merendero son generados por los propios vecinos, en alianza con cooperativas u organizaciones que se encuentran fuera del barrio”<sup>48</sup>.

Asimismo, una de las vecinas de esta franja habitacional, que colabora en el merendero refiere: “acá hacen controles de salud, miden la altura y el peso de los chicos” (Natalia, 43 años). Tales actividades son promovidas desde la Promotora de Salud del Cafys en articulación con las “manzaneras<sup>49</sup>” del barrio. De esta forma, el centro de salud articula con las organizaciones presentes en el barrio, realizando chequeos médicos y talleres en espacios estratégicos que convocan a los vecinos.

A su vez, otro de los vecinos que colabora en el merendero, afirma que desde el mismo se promueve la ayuda hacia vecinos que estén en situación de crítica vulnerabilidad social por acontecimiento fortuito, como puede ser un fallecimiento inesperado, o por problemas de salud que obstaculicen la generación de ingresos.

“Aca hace falta una sala velatoria, no hay, si algún vecino se muere y los familiares no tienen plata para pagar el velatorio, no lo pueden velar, y son personas, tienen sentimientos, quieren velar a sus familiares, las salas velatorias son muy caras, si no directamente tenes que ir al cementerio sin poder velarlos” (Ruben, 55 años).

---

<sup>47</sup> El Equipo de Trabajo e Investigación Social (ETIS), es una Organización Social, que estructura sus actividades en cuatro ejes, como -Educación para el Cambio Social, -Organización Comunitaria para el Cambio Social, -Articulación en Red e -Incidencia Política. Este Equipo de Trabajo cuenta con sede dentro del Barrio en Local de “Vecinos Solidarios” (Centro Comunitario que brinda asistencia alimentaria y recreativa a los vecinos). Su tarea dentro del mismo se centra fundamentalmente en apoyo escolar para niños de escuela primaria. En entrevista en contexto, como parte de la promoción del trabajo en red desde el Cafys Canal, con el objetivo de conocer las Instituciones del Área programática y sus recursos/actividades, se entrevistó (2015) a sus referentes. Para ese momento El Equipo se encontraba en proceso de inserción e incipiente trabajo con las familias.

<sup>48</sup> Notas de Campo. Prácticas Pre-Profesionales. Cafys Canal 2015-2017

<sup>49</sup> Las “Trabajadoras Vecinales Voluntarias”, más popularmente conocidas como “Manzaneras”, haciendo alusión a una trabajadora por un determinado número de manzanas, distribuían productos alimenticios en el marco del Programa “Más Vida”. Con el transcurso del tiempo, el Programa fue sufriendo transformaciones, y en la actualidad, las mismas se transformaron en referentes barriales que, en articulación con el área de Desarrollo Social del municipio, promueven el acceso de determinados recursos que brinda el Programa (“Tarjeta Azul” para la compra de productos alimenticios).

Ante situaciones como la citada, las referentes de este espacio convocan a todos los vecinos y realizan rifas, bingos, peñas. Dado que la falta de recursos económicos y de políticas sociales que respondan a las demandas de los vecinos, se visibiliza en los relatos de los entrevistados.

### **“Los del medio/chancha de futbol” (16 encuestados)**

La franja de “Los del Medio”, no contemplada inicialmente por las estudiantes, es una zona del barrio que fue habitándose posteriormente a la ocupación total de la franja de “Los Tucumanos”. Ambas franjas, poseen características similares en torno a los materiales con que fueron construidas las viviendas, como así también las conexiones a los servicios. Los vecinos que habitan esta franja, se identifican en torno a la cancha de futbol (“primer pasillo después, justo al lado, en diagonal, etc”) y tiene como característica propia ser una franja donde ya no es posible el acceso de autos, puesto que las calles son más angostas, aunque sí se observa el tránsito de motos.

Además de la cancha de fútbol, espacio recreativo que utilizan los vecinos de todas franjas habitacionales, esta franja tiene como organización referente al “gimnasio de box”, construido en 2015 por uno de los vecinos. Esta organización convoca tanto a niños y jóvenes del barrio y tiene por objeto crear un espacio deportivo en el cual los “pibes de Garrote puedan desarrollarse en una disciplina y mantenerse por fuera de la droga”, según afirmaba su referente<sup>50</sup>, en el marco de una reunión con los profesionales del CAFyS y la escuela.

Si bien los actores que participaron de dicha reunión, tenían por finalidad generar un objetivo común que contemple a niños y jóvenes del barrio, en ella el referente del “gimnasio” dijo no necesitar la intervención de otras instituciones ni el trabajo en red, solo aceptaba recursos materiales. Sin embargo sí identificó al consumo problemático como uno de los problemas más graves que debe enfrentar el barrio. Al respecto, una de las vecinas ha manifestado:

“acá hay mucha droga, los chicos los ves consumiendo a cualquier hora del día, chicos, chicas, desde chiquitos los ves, acá hace falta un lugar donde los chicos reciban tratamiento”. (Liliana, 51 años).

Tal problemática de salud, es visibilizada tanto por los vecinos del barrio, como desde el equipo de salud del CAFyS. Por ello, los profesionales articulan con la Dirección de Adicciones municipal, intentando brindar respuesta a dicha problemática.

---

<sup>50</sup> Notas de Campo. Prácticas Pre-Profesionales CAFyS Canal. 2015-2017

“Mi hijo consume, nadie me ayuda, estoy sola con él, no lo puedo internar por la fuerza y no puedo denunciar al que vende porque es mi vecino” (Alicia, 49 años).

La Oficina de la Dirección de Adicciones, tiene sede fuera del barrio (3 kms de distancia aprox), y escaso trabajo en territorio. En adición al crecimiento de la distribución y el consumo “drogas”, la lucha “solitaria” de algunas mujeres/madres de los “consumidores” , se torna insuficiente para el combate del consumo problemático y genera un profundo deterioro en la calidad de vida de las familias.

### **“Los del fondo” (15 encuestados):**

La franja de “Los del Fondo”, es la que presenta mayor precariedad socio-habitacional. Es la parte del barrio que presenta mayor humedad en su suelo, por ubicarse a la vera del Río Luján. El piso en la mayoría de las viviendas es de tierra y la conexión de luz es muy precaria. Sus pasillos de acceso a las viviendas son angostos, solo pueden caminar dos personas a la vez, durante días de lluvia y posteriores a los mismos, se tornan prácticamente intransitables. El acceso al agua solamente es a partir de una canilla comunitaria que hay en la “canchita” y el acceso al gas es envasado. Al igual que “Los de adelante” y “Los del medio”, no poseen desagüe de desechos cloacales.

Las viviendas de esta franja presentan mayor precariedad, con respecto a las de las otras franjas del barrio, por su forma y materiales con que se han construido (las viviendas fueron construidas con maderas, cartones, chapas, bolsas, etc). Las mismas albergan a un gran número de habitantes, en algunos casos familias ensambladas, en las que conviven hasta tres generaciones<sup>51</sup>.

La territorialidad que significan los vecinos de esta franja habitacional se extiende desde los límites de la cancha de fútbol hasta la vera del Río Luján. Como institución clave en esta franja habitacional se identifica al comedor “Los Pinos”. Este, si bien actualmente convoca a todos los vecinos del barrio, dada la crisis económica por la que atraviesan las familias, su servicio se destina principalmente a los vecinos que se encuentran en esta franja, la más vulnerada del barrio.

---

<sup>51</sup> Notas de Campo. Prácticas Pre-Profesionales Cafys Canal. 2015-2017

A su vez, luego de un diagnóstico hecho por parte de Consejo de Psicólogos de la Provincia de Buenos Aires, que identificó a los carreros (que en su mayoría residen en el fondo) como un actor principal para comenzar a trabajar el tema de la basura en el barrio, se conformó la cooperativa “Juntos podemos” que tiene por objetivo realizar la limpieza del barrio y buscar una salida laboral para los vecinos del mismo<sup>52</sup>. Esta cooperativa es identificada y reconocida por los vecinos del barrio, ya que los mismos la identifican como organización y colaboran con la misma separando los residuos y fomentan este accionar entre todos.

El equipo de salud del Cafys, entiende que los vecinos que habitan esta franja habitacional, se encuentran en mayor situación de vulnerabilidad, dadas sus condiciones de vida y habitacionales. Asimismo, la Trabajadora Social refiere que “se naturalizan un montón de situaciones”, afirma que percibe situaciones de vulneración de derechos de niños, pero entiende que son propias de las condiciones de vida de las familias, “no todo se puede judicializar<sup>53</sup>, por que son situaciones que se presentan por las propias condiciones de vida”<sup>54</sup>.

### **”Los de las viviendas nuevas”/”Los Depa” (15 encuestados)**

La franja de los vecinos de “Las Viviendas Nuevas”, es el resultado del proyecto de relocalización territorial, llevado a cabo por el Estado Municipal, con el objetivo de reorganizar las calles de acceso al barrio por un lado, y por otro, mejorar la calidad de vida de las familias que lo habitan. El proyecto inicial de construcción de Viviendas Sociales, por la “Misión Sueños Compartidos”, creada por Sergio Schoklender y organizada por la Fundación Madres de Plaza de Mayo (con fondos del Estado Nacional), no logró realizarse en su totalidad, dado los inconvenientes que planteó la Justicia Federal en el año 2011 por “malversación de fondos” de la organización. Dados los acontecimientos que entorpecieron la continuidad y finalización de

---

<sup>52</sup> Entrevista a Rodrigo Gómez Iza, Responsable de Desarrollo Social en Colegio de Psicólogos de la Provincia de Buenos Aires 2019.

<sup>53</sup> Desde la Atención Primaria de Salud se articula con el Servicio Local de Promoción y Protección de Derechos de Niños, Niñas y Adolescentes del partido de Tigre. La articulación se efectiviza ante situaciones de vulneración de Derechos de Niños que los profesionales del primer nivel de atención detecten (situaciones de niños que no asistan a la escuela, problemas de violencia generacional, negligencia en los cuidados, falta de controles de salud, en ocasiones las situaciones se presentan combinadas). Si bien el SLPPDNNA de Tigre funciona, la Trabajadora Social del Cafys afirma que “se dificulta la articulación y el seguimiento de algunas situaciones por la escasa continuidad de los profesionales, todos los años los cambian”. Notas de Campo. Prácticas Pre-Profesionales. Cafys Canal. 2015-2017

<sup>54</sup> Notas de Campo. Prácticas Pre-Profesionales. Cafys Canal. 2015-2017

un gran número de viviendas por construir, se observa cómo han quedado a mitad de construcción en algunos casos y otros devenidos en escombros.

En el año 2008, los profesionales del Área de Vivienda del Municipio de Tigre, realizaron un censo en el barrio, a fin de dar cuenta de quienes eran los vecinos con mayor antigüedad en el barrio, los cuales por presentar esta condición, accederían a las viviendas nuevas. Asimismo, en el proceso de selección, consideraban la posibilidad de crear calles de acceso al barrio y “pulmones verdes” en los lugares que quedarían vacíos. Teniendo en cuenta el censo realizado y la información sanitaria del barrio, que brindó el equipo de salud del CAFyS, se comienza a planificar la asignación de departamentos en el año 2015.

Llegado el momento de la efectivización de la mudanza, muchos vecinos se negaron a hacerlo dada la significación que otorgan a su vivienda; “Esta casa la levanté con mi marido, solos los dos, es lo único que me queda de él y no la voy a abandonar” (Notas de Campo, 2015). Otros no quisieron mudarse por desconfianza a la calidad de los materiales con que fueron construidos los departamentos, frases tales como “Son de cartón” resonaban permanentemente a lo largo de la planificación y ejecución de la mudanza a los departamentos nuevos<sup>55</sup>.

En consecuencia a la resistencia que mostraron algunos vecinos para mudarse, la creación de calles de acceso (a partir de la ampliación de los pasillos por los lugares que quedarían vacíos) y de “pulmones verdes”, “placitas”, no pudieron realizarse. Asimismo, las viviendas que fueron desocupadas a partir de la mudanza, fueron ocupadas (en algunos casos alquiladas) por otros vecinos, familiares que poseían una vivienda aún más precaria que la estaba siendo deshabitada por los beneficiarios de los nuevos departamentos<sup>56</sup>.

En principio los profesionales del Área de Vivienda mostraron resistencia por los sucesos inesperados en la dinámica barrial (resistencia a mudarse de algunos vecinos). Sin embargo, en diálogo con el equipo de salud, el cual analizó<sup>57</sup> las resistencias desde una perspectiva situacional (Clemente, 2016), considerando los aspectos históricos y culturales que dan emergencia a las mismas, los profesionales del Área de Vivienda se mostraron permeables a la

---

<sup>55</sup> Notas de campo, prácticas pre profesionales CAFyS Canal, 2015-2017

<sup>56</sup> Notas de Campo. Prácticas Pre-Profesionales CAFyS Canal. 2015-2017

<sup>57</sup> Notas de Campo. Practicas Pre-Profesionales CAFyS Canal 2015-2017

significación, intereses y necesidades que, como se citó en párrafos precedentes, plantearon los vecinos.<sup>58</sup>

Los departamentos son de dos, tres y cuatro ambientes, y fueron asignados a un total de 105 familias. Los criterios de asignación se establecieron a partir del lugar geográfico que ocupaba la vivienda. Además se contemplaron situaciones de salud de alta complejidad (a criterio de los profesionales del CAFyS Canal) que demandaban irremediamente una mejora en las condiciones de vida de esas personas.

Para determinar cuáles familias se mudarían por situación de salud, se realizaron una serie de reuniones entre el personal del Área de Vivienda y los profesionales del centro de salud, a fin de evaluar cuáles serían las familias seleccionadas. Los vecinos de esta franja habitacional que fueron relocalizados por indicación del equipo de salud del Cafys, luego de evaluación diagnóstica, dada la complejidad de la problemática de salud, tienen continuidad y seguimiento en sus domicilios. En el marco del PAD, los profesionales realizan entrevistas en contexto y dan seguimiento a problemáticas de salud de alta complejidad<sup>59</sup>.

Las mudanzas se realizaron a partir de junio del año 2015, lo cual significó para las familias del barrio un gran acontecimiento<sup>60</sup>. Después de este hecho, y tras conocer las viviendas muchos vecinos se han acercado al centro de salud para averiguar cuáles son los requisitos que se necesitan para acceder a una nueva etapa de asignación de viviendas.

Los departamentos cuentan con piso de cerámica, conexión regular de luz y agua, gas natural y hasta recolección de residuos. Los departamentos se levantan en seis estructuras de 12 departamentos cada una, con calles amplias para la circulación de vehículos, jardines con pasto y flores. Las calles de los alrededores de los departamentos son anchas, asfaltadas, tanto la de acceso a las viviendas desde el Cafys (aun esta calle es de tierra y en los días de lluvia se ingresa “pisando” los pilotines de las vías del tren), se observa tránsito de vehículos y camiones. La ambulancia ingresa a este sector del barrio sin dificultad.<sup>61</sup>

---

<sup>58</sup> Notas de Campo. Prácticas Pre-profesionales CAFyS Canal. 2015-2017.

<sup>59</sup> En entrevistas en contexto, se ha podido observar que algunos vecinos se encuentran en sillas de ruedas, viviendo en soledad, con asistencia de otros vecinos; problemas de falta de visión como consecuencia de problemáticas de salud como diabetes; enfermedades que comprometen órganos vitales y resultan en internación domiciliaria; problemas cardiacos y pulmonares, etc. La mayoría de los afectados son adultos mayores y jefes de hogar. Notas de Campo. Prácticas Pre-profesionales Cafys Canal. 2015-2017.

<sup>60</sup> Notas de Campo. Prácticas Pre-Profesionales Cafys Canal. 2015-2017

<sup>61</sup> El acceso de la ambulancia al barrio se desarrolla más adelante.

El complejo, además, cuenta con SUM en el que se realizan diversas actividades, desde fiestas de cumpleaños, apoyo escolar a talleres y visitas médicas. Este sector del barrio tiene como actor clave a los funcionarios del gobierno municipal que, desde el Área de Vivienda, se encuentran en permanente diálogo con los vecinos.

Si bien se supone que el SUM está abierto a toda la comunidad de Garrote, solamente asisten quienes viven en los departamentos o tienen familiares allí.

“El SUM no lo usamos, sé que es para el barrio en general, si hacemos algún cumpleaños o algo también lo podemos usar, pero yo hasta ahora no, mi mamá estudia ahí, la fui a buscar un día, paso por afuera cuando voy al departamento de mi hermano, pero me enteré hace poquito esto de los cumpleaños” (Soledad, 29 años, “vecina del fondo”).

La participación de los vecinos de las diferentes franjas habitacionales, se presenta de manera paradójica y contradictoria. Desde cada franja, sus habitantes reconocen y se diferencian de un otro. Hay instituciones en cada una de ellas, sus referentes promueven la participación de los vecinos a partir de diferentes motivaciones, de las cuales los vecinos resuelven participar o no. En principio, se puede observar la participación de los vecinos que habitan la franja de “Los de Adelante”, motivada por representación de intereses comunes, a partir de los cuales los vecinos desarrollan diferentes estrategias para obtener resultados colectivos en la mejora de las condiciones socio-habitacionales de las familias. También, en la misma franja, se ha podido observar la participación de los vecinos por motivación de adhesión en torno a un sistema de ideas comunes, que propone “Vecinos Solidarios”, de carácter político, que en suma, busca a través de la organización, gestionar recursos y brindar servicios a los vecinos.

Finalmente, la participación de los vecinos de todo el barrio, en los espacios de merenderos, que se encuentran presentes en todas las franjas habitacionales, puede leerse en términos de “participación motivada por necesidades de reproducción familiar”, que propone Clemente (2008). De la cual refiere que “es la más extendida en tiempos de crisis y que comprende las formas más comunes de acción (solidaria y cooperativa), de los sectores afectados por el déficit estructural y la pobreza”.

En el caso de los merenderos del barrio, se puede observar el carácter asociativo de los vecinos, en la gestión de recursos para llevar a cabo el servicio. Asimismo, tienen por objetivo primero brindar acceso a un recurso tan básico y fundamental como son los alimentos, y este proceso,

permite la participación de los vecinos, que como podrá observarse en los relatos, en muchos casos, son los únicos espacios comunes en los que transitan dentro del barrio.

Cada franja presenta su heterogeneidad en cuanto a la calidad habitacional, con algunas similitudes, como la calidad de los materiales con los que están construidas las viviendas (de tres cuartas partes del barrio), el compartir el mismo suelo y consumir el mismo agua. Sin embargo, aún no se pueden percibir cambios sustantivos en la calidad de vida y salud de los vecinos de las viviendas nuevas. Dado que ha pasado un corto lapso (4 años), desde que los vecinos, con padecimientos más críticos se han mudado, y aún continúan presentando complicaciones en su salud (enfermedades crónicas, y hasta fallecimientos, por las condiciones de vida y alimenticias que padecieron durante gran parte de su vida). Si se observan cambios significativos en cuanto al acceso a servicios e infraestructura en este sector del barrio.

Es por lo antes mencionado que, desde el CAFyS Canal, el equipo de salud continúa promoviendo la accesibilidad al primer nivel de atención, de todas las franjas habitacionales, desde talleres dentro del CAFyS (convocando a los vecinos en caminatas y negocios dentro del barrio), desde el PAD, a través de la Promotora de salud, con Campañas de Vacunación en la “Canchita de Fútbol”, etc.

El espacio de la Cancha de Fútbol, es un espacio a cielo abierto, sin “arcos ni tribunas”, es el único espacio (pulmón del barrio) al que los vecinos significan como cancha de fútbol, en la cual, niños, jóvenes, adultos, instituciones y organizaciones, realizan actividades deportivas, recreativas, culturales y de salud. En fechas como el “día del niño”, las instituciones del barrio organizan jornadas recreativas para los niños, con payasos, juegos y merienda incluida<sup>62</sup>. Es un lugar de referencia para los vecinos y un espacio de confluencia común de todos.

#### **IV-Territorializados pero unidos.**

Si bien, existe en los relatos de los vecinos una marcada territorialidad respecto de las franjas habitacionales en las que habitan las familias, las contingencias que las mismas desafían en su cotidianeidad, promueven lazos asociativos para poder sortearlas.

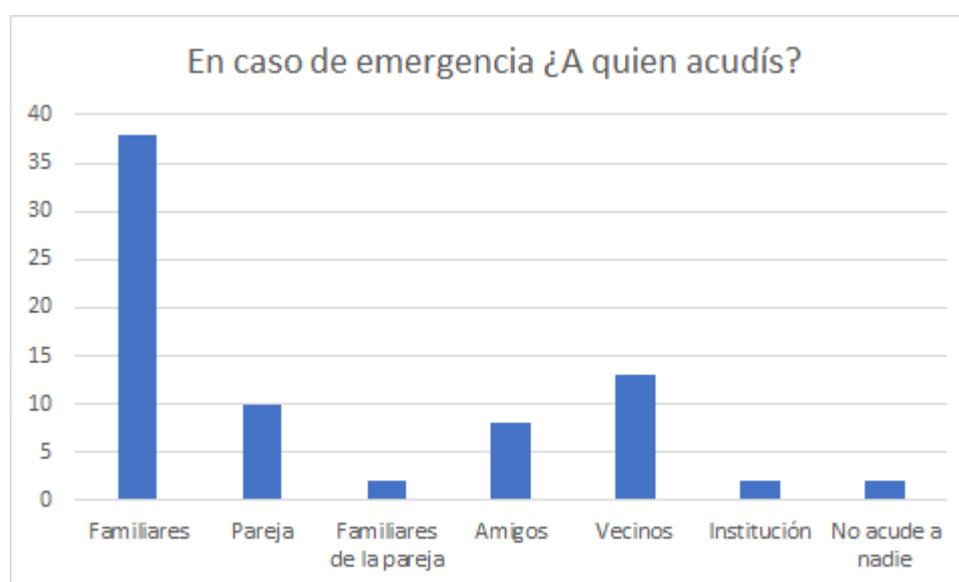
---

<sup>62</sup> La primera jornada de realización de encuestas en el barrio, se dio en este marco. La Organización Vecinos Solidarios había convocado para ese día (Sábado por la tarde, Agosto 2018) a payasos, (jóvenes de otras organizaciones fuera del barrio), y garantizo presentes y merienda para los niños asistentes a los festejos.

“El barrio para mí en sí está lleno de vecinos trabajadores, humildes pero solidarios, con diferentes situaciones de vida, y creo que nos conocemos la mayoría, nos conocemos todos, desde la punta de adelante hasta la punta del fondo creo que nos conocemos todos, y es un barrio muy solidario. Te doy un ejemplo, se incendia una casa en la punta y viene todo el barrio a apagar el incendio porque hasta que viene un camión de bomberos y además si no puede ingresar por el pasillo angosto los vecinos lo apagan. Antes había una zanja y apagaban con agua de la zanja, con agua del río, con lo que tienen a mano apagan el incendio” (Erica, 32 años)

Asimismo, Garrote es característico por ser un barrio de superficie territorial pequeña, en donde residen familias enteras (más de tres generaciones), en su mayoría familiarizadas entre sí, lo que explicaría la información graficada en el siguiente cuadro.

Cuadro N°1: Actores clave para la resolución de situaciones de emergencia.



La información con la que se confeccionó el cuadro precedente, se obtuvo a partir de las encuestas realizadas a las familias del barrio durante el año 2019. Como puede observarse en el, ante situaciones de emergencia los vecinos del barrio acuden en primera instancia a algún familiar conviviente, o que reside en viviendas aledañas. De no contar con ellos, acuden a

vecinos, como se observa en el cuadro, la opción “vecinos” aparece como la segunda más elegida luego de “familiares”<sup>63</sup>.

A continuación, utilizando los ejes metafóricos que propone Segura (2009), se podrá observar cómo a pesar de percibirse una cierta “familiaridad” en el vínculo vecinos-familias, existen diferencias, expresadas por los vecinos, sobre los límites territoriales y el conocimiento o no de espacios de uso común presentes en todo el territorio barrial, y su consecuente derecho a acceso/uso.

A su vez, podrá observarse, que para acceder al sistema de salud, los vecinos deben “salir” del barrio. A modo de romper con esa dicotomía de “salir-entrar”, los profesionales del Cafys Canal promueven el acceso a la salud entrando al barrio, llevando la atención al territorio, lugar donde los vecinos identifican como propio. Los ejes planteados por el autor son “Adentro-Afuera”, “Delante-Detrás” y “Arriba-abajo”. Los cuales se utilizan para analizar la forma que tienen los vecinos del barrio de significar el espacio territorial, “dentro y fuera” del mismo.

### **Adentro-Fuera**

Segura plantea brevemente que esta metáfora refiere a los límites espaciales del barrio, donde cruzar una vereda, un puente o, en el caso de Garrote, las vías, implica “Salir” o “Entrar” al barrio. Este eje metafórico aparece numerosas veces en las entrevistas realizadas en esta investigación;

“Cuando volvemos de la escuela, cruzamos las vías, y le suelto la mano a las nenas, me siento segura acá adentro, las nenas van solas corriendo a casa” (Noemi, 28 años). A su vez, esta dicotomía también se ha presentado en las encuestas donde se repiten afirmaciones tales como que la ambulancia “Entra”/“No entra” al barrio.

Como estrategia superadora de este “salir-entrar” al barrio, que en ocasiones supone el acceso o no a la salud, los profesionales del Cafys “entran” al barrio, rompiendo con la lógica que estructura al tradicional sistema de salud de “atención en consultorio”, promoviendo el encuentro con ese otro que demanda atención.

---

<sup>63</sup> Los datos recabados en encuestas y entrevistas coinciden con las Notas registradas durante las Prácticas Pre-profesionales en el marco del PAD.

En los relatos de los entrevistados se registra el impacto significativo que promueve en la comunidad el “entrar al barrio” de las profesionales<sup>64</sup>.

“Los veo caminar en el barrio, van a la casa de la gente postrada. El otro día los vi, fui a comprar y había una generalista y una enfermera caminando acá en el barrio. Siempre hacen posta de control sano, llevan libretas, pediatra, dentista, vacunas”. (Victoria, 35 años).

En suma la estrategia de “ir por ese otro que demanda atención”, es una manera de promover la participación activa en esta construcción de accesibilidad.

### **Delante-Detrás**

Este eje refiere a la heterogeneidad que se da dentro del espacio barrial. Garrote, al igual que muchos otros barrios, no es un espacio homogéneo donde todos viven en similares condiciones socio-habitacionales. Dentro del barrio podemos encontrar los que se identifican como “los de delante”, “los del medio”, “los del fondo” y la zona de las viviendas nuevas “los de los depa”, con características propias y distintivas, que los vecinos significan. Cada vecino se identifica así mismo dentro de un espacio territorial delimitado simbólicamente, e identifica a otros, que no son parte de ese universo simbólico, pero que es parte del mismo espacio territorial que contiene y segmenta.

### **Arriba-Abajo**

Estar delante, detrás o en la zona de las viviendas nuevas no es lo mismo para las familias. Si bien dentro del barrio todos comparten el mismo suelo (contaminado) algunos tienen mejores condiciones edilicias, mejor aislación del suelo, mayor organización y hasta una mejor inserción laboral, están “arriba”. Esto es significado y reproducido por los vecinos del barrio, quienes han desarrollado frases tales como “(...) y el SUM, allá “arriba”, en los departamentos” . Irónicamente estar “arriba” también es estar “abajo”. Según los vecinos, ser de Garrote (no importa cual fuese su franja habitacional) significa estar en inferioridad de condiciones para el

---

<sup>64</sup> En el proceso de recolección de datos, algunos encuestados han mencionado a “Roxy” (enfermera que trabajaba en el lugar) y a “Soledad” (pediatra que continúa en el mismo) como referentes de la salita que se ven asiduamente caminando el barrio.

“Afuera”, significa un trato distinto al del “vecino de Tigre”, significa estar “Abajo” en la calidad de ciudadano. Como ejemplo, citamos la referencia de Maria (40 años), quien relata: “Yo llevé mi currículum al parque de la costa, pero como vivo en la villa lo dejaron a un costado, yo veía como los otros que llevaban los ponían en otro lado, por eso los chicos roban, porque no consiguen trabajo”.

Es por esto que se puede decir que, en el imaginario de los residentes, “el barrio y la villa se han constituido como espacios de contornos nítidos, como polos opuestos de virtud y vicio: por un lado, la dignidad y la decencia del barrio; por otro, la indignidad de la pobreza en la villa” (Kessler, 2004). Si bien, los vecinos de Garrote hacen referencia y significan al mismo como “un barrio común”, la construcción de un otro, desde “afuera”, significa y estigmatiza a los habitantes del mismo por ser o vivir en la villa.

## **Accesibilidad, Escenario de Intervencion y Practica Profesional**

### **I-Accesibilidad en relación con la APS y otras instituciones dentro del barrio**

Si bien el centro de salud se encuentra muy cercano al barrio (cruzando las vías del Tren de la Costa), el hecho de que el mismo no se encuentre dentro del territorio de Garrote opera como un primer obstáculo material y simbólico para la atención de los vecinos.

Durante décadas Garrote ha estado por fuera del sistema sanitario municipal. Los vecinos debían asistir al segundo nivel de atención, por cercanía a hospitales de Gral. Pacheco y/o San Fernando. Luego de varios reclamos de los vecinos a principios del 2000 se inaugura una salita de atención primaria de salud dentro del barrio.

Hasta el año 2003, la salita atendía en el horario de 7:30 a 12:30hs, el equipo institucional estaba conformado por un pediatra, un ginecólogo, dos enfermeros y una administrativa. Durante el transcurso del año 2003, y debido a un inconveniente entre la pediatra y un padre de uno de sus pacientes, se cierra la institución, nuevamente el barrio se queda sin atención primaria de salud.

A los tres meses la salita vuelve a abrir puertas, pero ante un nuevo hecho de violencia (han amenazado con un arma a una de las profesionales) el municipio decidió el traslado del centro de salud a la estación del tren de la costa, donde funciona actualmente.<sup>65</sup>

En este sentido, y como se desarrollará más adelante, se manifiesta la primera barrera de accesibilidad que los vecinos del barrio deben sortear para acceder al centro de salud; deben “salir” del barrio.

Si bien muchas veces se habla de las instituciones como expulsivas u hostiles con la comunidad, tal no es el caso que se presenta en el CAFyS Canal, donde “la salita”, según los datos recabados, tiene un gran porcentaje de participación<sup>66</sup>. Asimismo, tanto en los relatos, como en las encuestas, se refleja la importancia de la institución como productora y reproductora de accesibilidad.

En la encuesta realizada a los vecinos durante el año 2019, se ha intentado indagar cuál es la percepción que los mismos poseen del CAFyS, con el objetivo de comparar si esta se condice con la dicha por el equipo de salud, en una investigación realizada en 2015. Durante el desarrollo de las prácticas preprofesionales<sup>67</sup>, se realizó encuesta a los profesionales, y como resultado se obtuvo que el 100% de los encuestados respondieron que percibían la relación con los vecinos del barrio como buena (el 42% de los encuestados) o “muy buena” (el 58%).

Buscando contrastar la percepción de los profesionales del CAFyS con la de los vecinos del barrio, se les ha preguntado a los vecinos acerca del CAFyS Canal, si lo conocían, se habían atendido alguna vez allí. Sobre una muestra de 60 encuestados, tan solo 2 de ellos (representando al 4% de los encuestados) han dicho no haberse atendido nunca en la salita<sup>68</sup>. Tanto la encuesta número 19 como la 45 tratan de hombres que viven solos, en la parte “del fondo” del barrio. Ambos dijeron no realizarse chequeos médicos y ambos han accedido, ellos o sus familiares, entre dos y tres veces a la guardia de un hospital. Cabe destacar que uno dijo poseer obra social en tanto el otro posee sólo la cobertura pública de salud, el primero accede a la salita, no para su atención médica, si para obtener medicación.

---

<sup>65</sup> Notas de campo Practicas Pre-Profesionales Cafys Canal 2015-2017

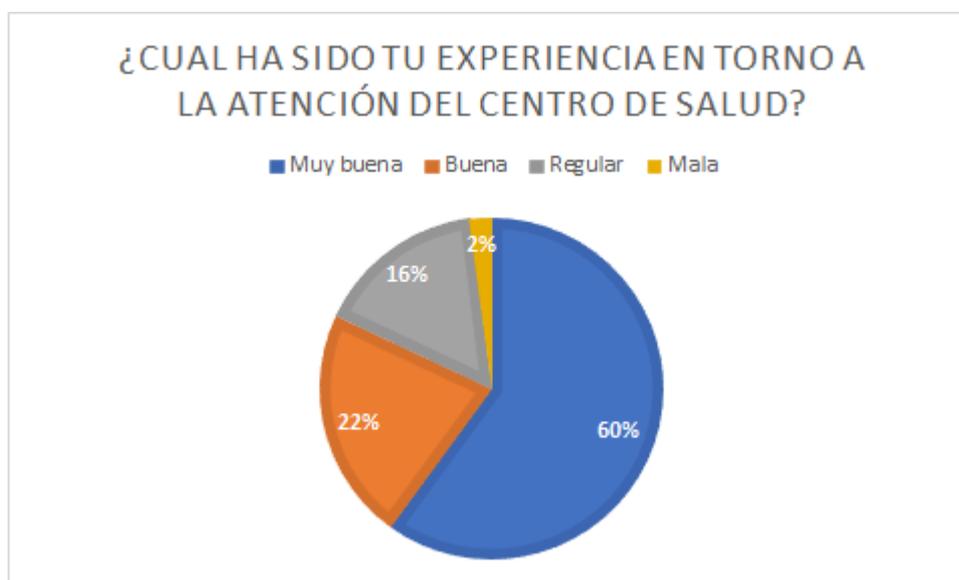
<sup>66</sup> Ver Anexo 1.

<sup>67</sup> Ver anexo 2.

<sup>68</sup> Ver en anexo cuadros 2 y 3.

De esta forma, y como se expresa en el anexo 1, el 100% de los vecinos encuestados conocen el centro de salud y el 96% se ha atendido alguna vez allí, lo que permite advertir, en conjunto con la pregunta desarrollada más abajo, que el trabajo realizado por el equipo de salud del CAFyS-y la visión que este tiene en torno a la APS- tiene una buena recepción dentro del barrio.

Gráfico n°II: Experiencia de atención de la salud en el CAFyS



A su vez, y como se observa en el gráfico, el 82% de los encuestados dice haber tenido una buena o muy buena experiencia en el centro de salud, dejando tan solo un 18% de encuestados con experiencia regular o mala. Esto sumado al cuadro n II del anexo: “¿Cómo sentís que son recibidos en el centro de salud?” Dan cuenta que la percepción tanto de los profesionales del centro de salud como de los vecinos parece coincidir; hay una buena relación entre los vecinos y la salita. De esta forma se puede afirmar que ambas perspectivas se corresponden<sup>69</sup>.

“Hay que esperar, porque mayormente está lleno, las pediatras no dan a vasto, en mi caso que siempre voy por las nenas, es buena la atención, me ayudan, yo por ahí necesito un remedio y no hay y me dan muestras, hasta que yo me lo pueda comprar, hasta eso hacen, yo voy al otro día y me lo traen, es buena la atención” (Karina, 30 años).

## II Barreras en el proceso de accesibilidad

<sup>69</sup> Ver anexo 2

En busca de indagar cuales son los obstáculos que los vecinos reconocen en el acceso al primer nivel de atención y si los mismos provienen del CAFyS. Luego de haber desarrollado una serie de preguntas, se ha identificado que uno de los obstáculos que identifican los vecinos es el no acceso al “servicio de emergencias”.

Gráfico n° III: En caso de emergencia ¿Llamas a la ambulancia?



En el Gráfico N° III se observa que un porcentaje más que representativo optó por no responder si llama o no a la ambulancia. Asimismo, entre los encuestados que sí han dado una respuesta, se puede observar que los números parecen ser bastante dispares.

Entre los que respondieron de manera afirmativa, sólo un 24% de los encuestados, se puede destacar, que a pesar del llamado existe la posibilidad de que la ambulancia no “entre” por diversos motivos. Si la ubicación de la vivienda se encuentra entre pasillos, la ambulancia “no entra”. Asimismo, si la vivienda se ubica en la parte de “los del fondo”, tampoco ingresa. Puede identificarse en este punto una primera barrera en la accesibilidad, una barrera en términos estructurales, por la propia conformación de la geografía barrial.

En el caso de los vecinos de las viviendas nuevas “los depa”, tienen mejor acceso al servicio, no solo por la ubicación de la vivienda, sobre calles abiertas, asfaltadas e iluminadas, sino que también, algunos vecinos tienen el “teléfono de una “vecina” o están en el “grupo de

whatsapp””, a través del cual se solicita el servicio, y que consecuentemente no todos cuentan con esa información.

“yo no sabia que habia un grupo de whatsapp donde podes llamar a la ambulancia, no se quien esta en el grupo” (Notas de campo, 2016).

Asimismo, el ingreso de la ambulancia al barrio puede encontrarse condicionado por contingencias que impiden su ingreso. Si un llamado solicitando el servicio, deviene en agravamiento de las condiciones de salud de algún miembro del barrio, porque la ambulancia no asiste (por algunos de los motivos antes mencionados, viviendas en “el fondo” o “entre pasillos”) los vecinos pueden llegar a tomar algún tipo de “represalias” en momentos cuando esta se presente (le arrojan piedras al móvil), lo que condiciona futuros “ingresos”<sup>70</sup>.

El servicio de emergencias de Tigre (SET) es publicitado en la página del municipio como un servicio de emergencias médicas “para asistirte en situaciones con riesgo potencial de la vida o de pérdida de función de los órganos, que demandan atención sanitaria de urgencia y/o emergencia”<sup>71</sup>.

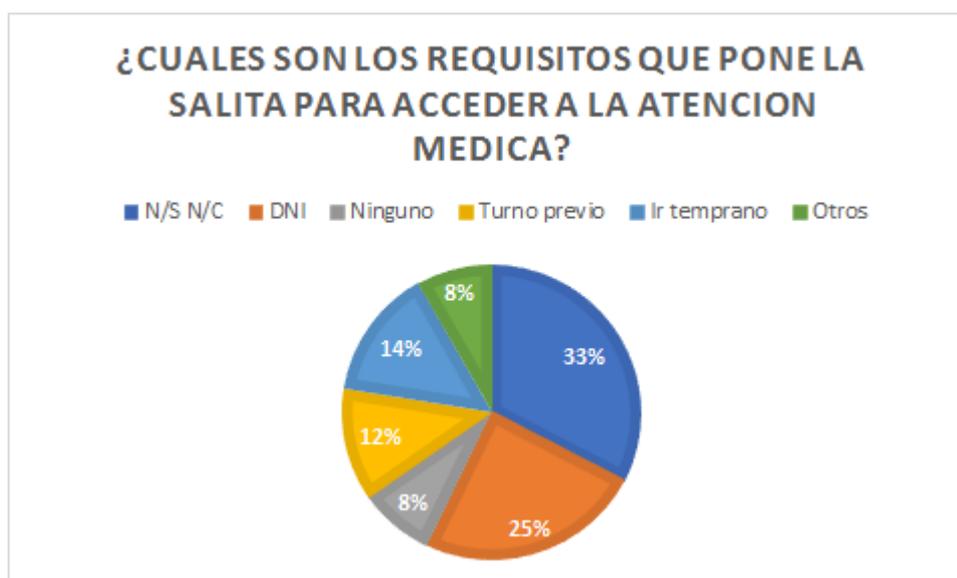
Sin embargo, al preguntarle a los vecinos de Garrote porque no llamaban a la ambulancia se observa que muchos vecinos no lo hacen porque “no entra al barrio” (un 42% de los encuestados). Entre los motivos que identifican los vecinos se encuentra la inseguridad presente en el barrio, motivo que se podría encuadrar en una barrera simbólica, en la construcción de ese “otro” que significan los de “afuera”.

Gráfico n°IV: ¿Cuáles son los requisitos que pone la salita para acceder a la atención médica?

---

<sup>70</sup> Cuando esto sucede, los profesionales del Cafys en articulación con los agentes del SET, coordinan hora de encuentro en la “entrada” al barrio, calles Alte Brown y Av. Italia, los profesionales se ocupan de informar a la familia hora y lugar de encuentro para traslados programados (turnos, no emergencias). Notas de Campo. Prácticas Pre-Profesionales Cafys Canal. 2025-2017.

<sup>71</sup> <http://www.tigre.gov.ar/salud/set>



En el gráfico N° IV se puede observar que en este punto no habría ningún impedimento para poder acceder a la salita, ya sea con turno programado o por demanda espontánea. Si bien el 25% de los encuestados pone como requisito la portabilidad del DNI este no es excluyente.

El único “requisito”, aunque tampoco excluyente, que han manifestado las profesionales del centro de salud, es pertenecer al área programática en la que el mismo se encuentra<sup>72</sup>.

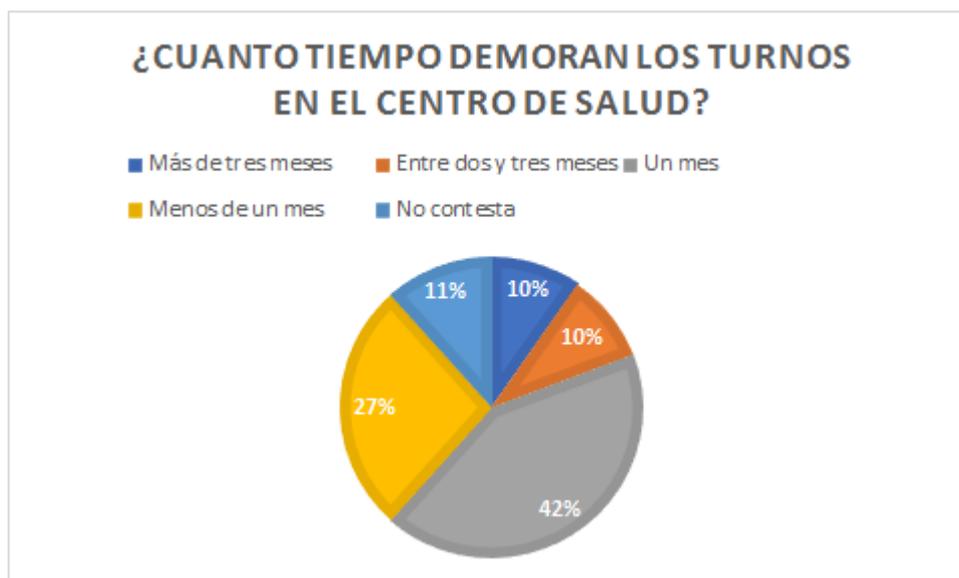
A su vez, desde el centro de salud, los profesionales brindan atención a todo aquel que la solicite, aunque los tiempos no siempre son los deseados<sup>73</sup>. Asimismo las “problemáticas sociales complejas”<sup>74</sup> que pueden inscribirse en una misma demanda traspasan los límites institucionales de tiempos y recursos con los que el primer nivel de atención cuenta.

Gráfico N°V: ¿Cuánto tiempo demoran los turnos médicos en el centro de salud?

<sup>72</sup> El área programática hace referencia a la población (por barrio) a la que está destinada esa atención.

<sup>73</sup> Según estipula el Nomenclador que regula los “tiempos” de atención en los efectores de salud. Cada 8 minutos un profesional debe “resolver” una consulta. Cuaderno de campo. Prácticas Pre-profesionales. CAFyS Canal. 2015-2017

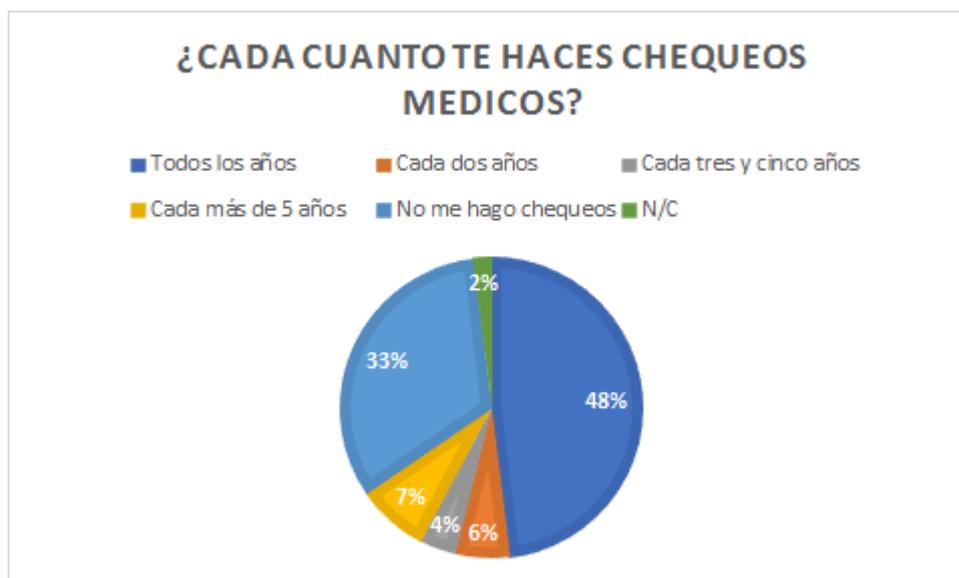
<sup>74</sup> Carballeda, A.: “La intervención en lo social, las problemáticas sociales complejas y las políticas públicas”. En Revista Margen N°39. 2005 [www.margen.org](http://www.margen.org)



En el gráfico N° V se analizan las respuestas obtenidas a la pregunta “¿Cuánto tiempo demoran los turnos en el centro de salud?”. Este punto explicita una posible barrera temporal, la cual marca que casi del 70% de los encuestados manifestaron que los turnos programados tardan hasta un mes. A su vez, en más de una encuesta se han encontrado aclaraciones que indican que la agenda de los profesionales se abre el 15 de cada mes, otorgando turnos hasta el día 15 del mes siguiente.

Al constatar con las trabajadoras sociales del CAFyS esta información, se explicita que la demora de los turnos programados no debieran ser una barrera de accesibilidad, puesto que el mismo no supera el promedio de turnos asignados tanto en el sistema público de salud, como en el privado.

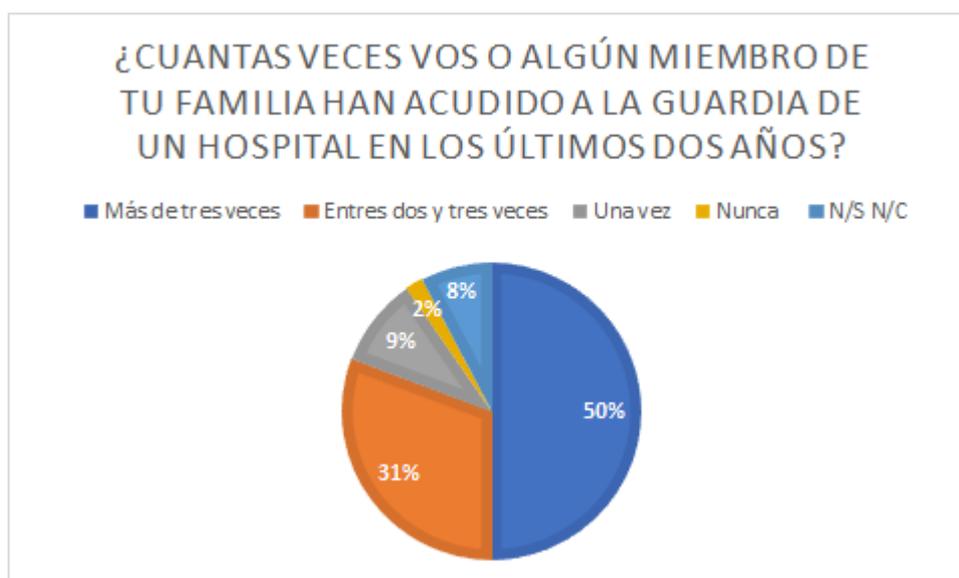
Gráfico N°VI: ¿Cada cuánto te haces chequeo médicos?



Pensando en una barrera de accesibilidad más simbólica, se le ha preguntado a los vecinos acerca de su cercanía con la salud. Para ello se ha indagado cuál es la frecuencia en la que los vecinos de Garrote se realizan chequeos médicos. En el gráfico N<sup>o</sup> VI se puede observar que en este punto se encuentran dos grandes brechas, por un lado el 48% de los encuestados dijo hacerse chequeos médicos todos los años, en tanto el 33% dice directamente no realizarse ningún tipo de chequeo médico.

El hecho de que un tercio de la muestra haya respondido que no se hacen chequeos médicos denota una barrera de accesibilidad. Se presenta aquí el obstáculo cultural, de no considerar el acceso a chequeos médicos de rutina como parte del acceso a la salud de carácter preventivo. Es interesante observar que si bien un gran porcentaje (casi la mitad) de los encuestados dijo hacerse chequeos periódicos (todos los años), en el Gráfico N<sup>o</sup> VII, se puede observar que el 90% de los encuestados han manifestado que él o algún miembro de la familia ha ingresado a la guardia de un hospital en los últimos dos años y un 50% lo ha hecho más de tres veces en los últimos dos años.

Gráfico N<sup>o</sup> VII: Cantidad de veces que la persona o algún miembro de la familia ha acudido a la guardia de un hospital en los últimos dos años.

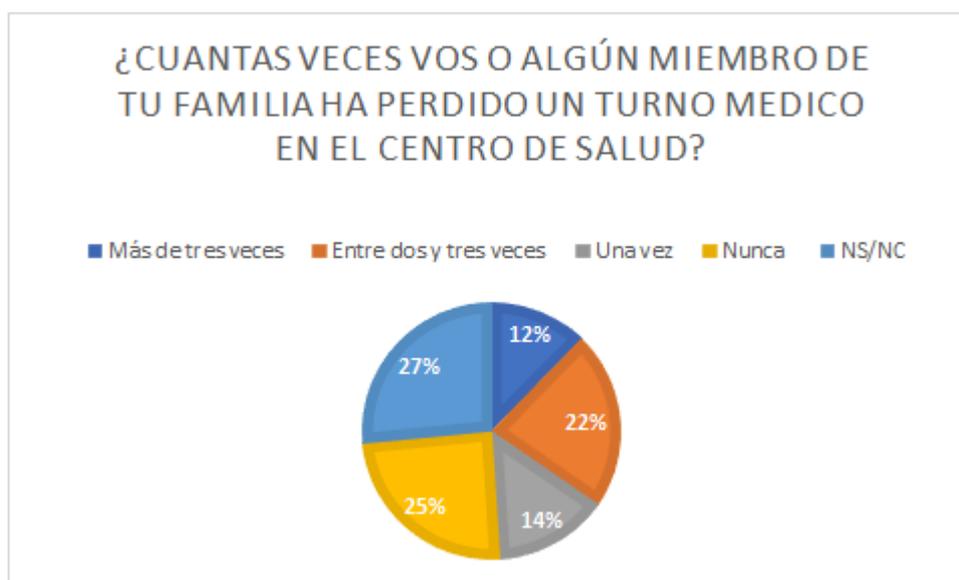


Cuadro N°2: Chequeos médicos de rutina

	Departamentos	Tucumanos	Medio	Fondo	No contesta
Todos los años	7	3	3	8	1
Cada dos años		1			1
De tres a cinco años			2	1	
Más de cinco años	1	1	1	1	
No me hago chequeos	1	6	7	4	

Como se observa en el cuadro N°2, la proporción de vecinos que se realizan chequeos médicos todos los años es muy heterogénea, así como también la población que no se realiza chequeos (a excepción de los vecinos que se mudaron a los departamentos), los datos muestran que se realizan chequeos médicos en su mayoría.

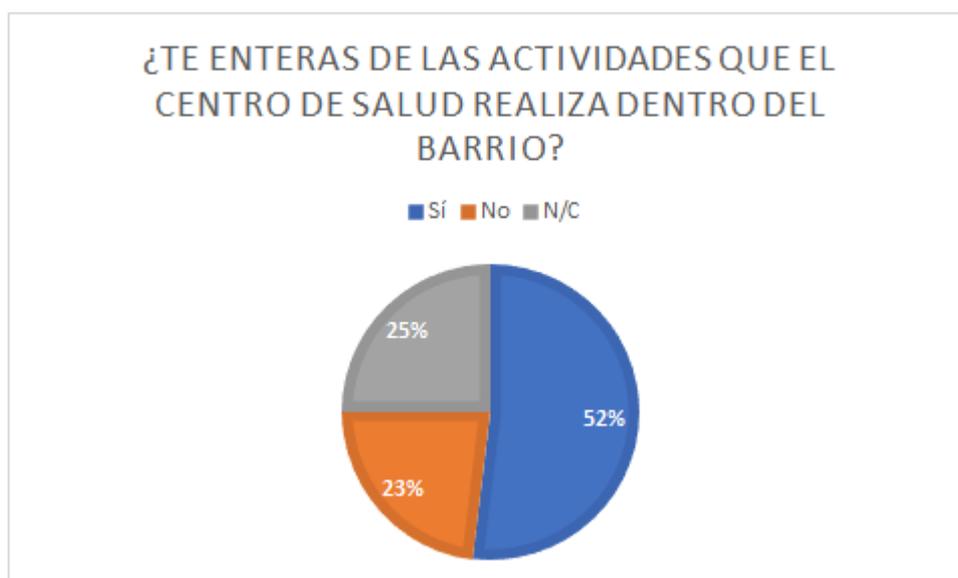
Gráfico N°VIII: Cantidad de veces que la persona o algún miembro de la familia ha perdido un turno médico en el CAFyS.



Como se observa en el gráfico N° VIII, casi el 50% de los vecinos del barrio han perdido un turno médico por lo menos una vez. Al indagar en los motivos se puede observar cómo se evidencian barreras de accesibilidad desde diferentes aspectos. Algunos de los motivos explicitados por las personas son: por trabajo (consideran más importante asistir al lugar de trabajo por su situación socio-económica y las condiciones del empleo), por realizar otras actividades (sin especificar), por falta de médicos (cuando esto sucede desde el CAFyS llaman a los vecinos para cancelar turnos, que en algunos casos no son reprogramados), por el mal estado del suelo (en días de lluvia y posteriores a ellos), que no permite ser transitado. Se evidencia nuevamente aquí la barrera estructural que predomina, por sobre la cultural y burocrática/administrativa.

Asimismo, pensando en la APS como un factor decisivo de prevención, el equipo de salud del CAFyS Canal realiza permanentemente talleres con respecto a temáticas de atención integral (Talleres de ESI, talleres sobre discapacidad, talleres de crianza, sobre TBC, entre otros). En este sentido se elaboró en el cuestionario una pregunta referida a si los vecinos del barrio eran convocados para realizar estos talleres y si estos acudían a los mismos. Se han obtenido los siguientes resultados:

Gráfico N°IX: Conocimiento de las actividades que el centro de salud realiza dentro del barrio.



Como se puede observar en el gráfico N° IX el 52% de los encuestados ha dicho que se entera de las actividades de la salita. La gran mayoría lo hace al leer los carteles que los profesionales pegan en diversos puntos del barrio y otros tantos se enteran de las actividades vía redes sociales (grupos de whatsapp o facebook). Sin embargo, en el Gráfico N°X, se puede observar que más de dos tercios de los entrevistados han dicho que nunca participaron de alguna actividad promovida por el centro de salud.

Gráfico N°X: Participación en actividades del centro de salud.



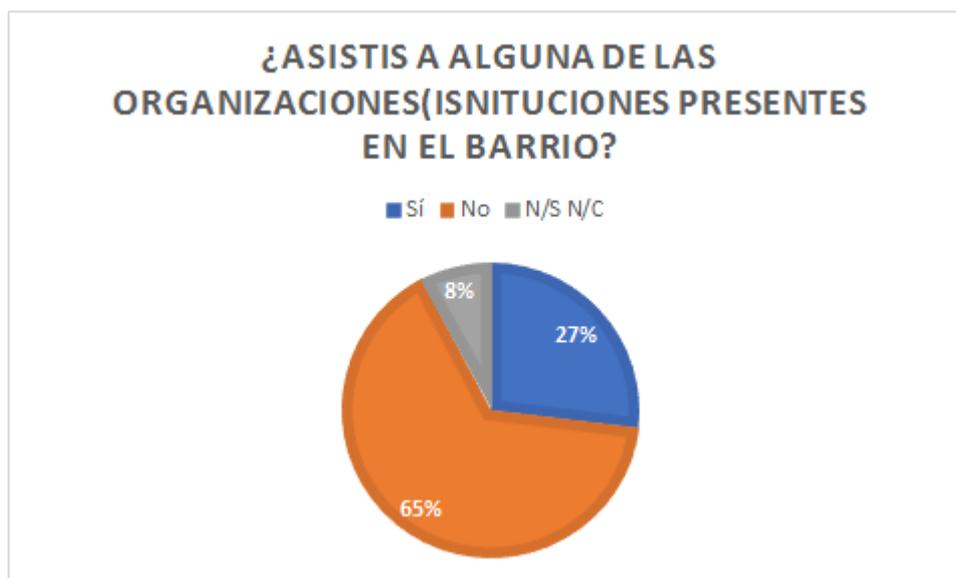
En este sentido, dada la escasa participación de los vecinos en las actividades que promueve el equipo de salud dentro del barrio, y con el objetivo de ahondar sobre la participación de la población en otras actividades, se indago, tanto a los encuestados como a los entrevistados, si asistían a alguna organización o institución presente en el barrio.

Tal como puede observarse en el gráfico N° XI, el 65% de los encuestados dice no asistir a las actividades programadas por las instituciones/organizaciones presentes en el barrio. Además en las entrevistas se han presentado afirmaciones tales como:

“no soy de usar, se que en la capilla hacen donaciones, eventos con ropa... mas no se por que no voy, no participó en ninguna” (Laura, 40 años).

Como puede observarse en el siguiente gráfico, dos terceras partes de los encuestados/entrevistados han respondido no participar en las actividades propuestas por las instituciones/espacios de uso común presentes en el barrio.

Gráfico N° XI: Asistencia a actividades de organizaciones o instituciones presentes en el barrio.



De manera similar a los resultados respecto de la participación en las actividades propuestas por el equipo de salud dentro del territorio barrial, dos terceras partes de los encuestados/entrevistados han respondido no participar en las actividades propuestas de las instituciones/espacios de uso común presentes en el barrio.

Tal similitud podría explicarse, si consideramos los relatos de los vecinos anteriormente citados, en el apartado de franjas habitacionales, en los cuales, al indagar respecto de qué instituciones los vecinos creían importantes que estén dentro del barrio, los mismos hacían referencia a instituciones para el tratamiento de adicciones como una de las instituciones más importantes necesarias de trabajo en territorio, por las propias manifestaciones de la cuestión social materializadas nivel territorial.

Por otra parte, se ha observado durante todo el proceso de investigación, la motivación de participación por representación de los vecinos en actividades para el bien común del barrio, tanto en mejorado de calles, pasillos, provisión informal de servicios como luz y agua (para la franja de los de adelante en particular). Como así también fuerte predominancia de la participación por necesidades de reproducción familiar, con asistencia a merenderos y comedores y en algunos casos con asociación entre vecinos para la gestión de recursos para llevar a cabo el servicio. Dada la profundización de la crisis económica, agudizada a nivel nacional durante los últimos años, la cual en territorios como Garrote, las consecuencias se han

magnificado por las propias condiciones estructurales de la pobreza persistente y condiciones socio-habitacionales reproducidas en el territorio.

### **III-Consideraciones sobre el Escenario de Intervención y la Práctica**

#### **Profesional**

En este sentido, se toma en cuenta la responsabilidad del Estado Municipal en la perpetuación de las malas condiciones de vida de las familias. El es un actor fundamental del escenario de la intervención profesional; quien contiene y marca los lineamientos y posibilidades de la intervención en lo social a través de sus instituciones y regulaciones.

El gobierno municipal, tiene la responsabilidad de mejorar las condiciones de vida y vivienda de las familias que habitan el barrio Garrote. Sin embargo, la predominancia de las malas condiciones socio habitacionales, en cuanto no provisión de servicios de infraestructura básicos como ser agua, luz, gas y red cloacal. La falta de respuestas en el mejoramiento de calles de acceso, alumbrado, recolección de residuos de manera regular, permiten inferir que la intervención municipal en la situación socio habitacional de las familias se realiza desde la omisión como decisión política. En palabras de Oszlack “la Política Pública es un conjunto de acciones u omisiones que ponen de manifiesto una determinada modalidad de intervención del Estado, y es a través de ella que se puede inferir la posición predominante del mismo” (y Ot. 1981).

A Garrote se ingresa por dos entradas, la primera es el “acceso principal” ubicado en la calle Almirante Brown, en la cual había un gran cartel con una leyenda que advertía “calle sin salida” (ver capítulo uno). Al indagar respecto del impacto que producía dicho cartel en la subjetividad de las familias, una de las entrevistadas refiere:

“Yo en lo personal, mucha indignación, porque decía “calle cerrada, calle sin salida” pero nosotros somos seres humanos los que estamos adentro de ese paredón, o sea atrás de ese cartel, y después me indignaba ver qué decía eso, calle sin salida, porque no se, se me hacía que al decir calle sin salida bueno era hacer el trabajo policial para que no tenga que entrar la gente los turistas y ellos tener que estar diciendo no porque (...) ellos a nosotros nos consideran como que no existimos. Ellos para mi es el Estado, osea el Municipio, el Estado, Nacional, Provincial, en sí todos los Estados, pero, el que nos

corresponde a nosotros que es el del Municipio como que nos tiene aparte. Bueno yo ahora creo que a ese cartel ahora lo sacaron tras la trascendencia de tanto escrache que íbamos y hacíamos ahí, pero hicimos que el cartel aparezca en varios medios de internet, que la gente comparta, se compartió muchas veces esa foto en internet, en Facebook, en youtube, se compartió muchas veces y eso como que parece les dio mucha vergüenza y lo sacaron porque para nosotros era... vino hasta una revista de EEUU y nos hizo un reportaje por ese cartel, hicimos un video con las chicas también denunciando ese cartel, porque nos parecía que no tenía sentido tener un cartel así, en todo caso si ya estaba la garita policial, para que necesitas un cartel que diga desvío, calle sin salida, no sé, faltaba que ponga barrio peligroso no entre” (Luciana, 39 años).

El relato manifiesta el impacto en la subjetividad de las familias que producía el cartel de “calle sin salida”, ubicado -paradójicamente- en la calle de acceso principal al barrio. ¿Qué habrán querido referenciar los funcionarios municipales que colocaron el cartel en su momento?. Habrán entendido que donde inicia el barrio Garrote -termina la ciudad, la vida...-? Son preguntas que en este trabajo, no podremos brindar respuesta alguna.

En este sentido, y dada la perpetuación de las malas condiciones de vida y vivienda de las familias, cabe remarcar que en 2016, con patrocinio por el CELS, apelando a la obligatoriedad del cumplimiento de la Ley de Acceso Justo al Hábitat 14.449 (2014), los vecinos del barrio reclamaron en instancia judicial la urbanización e integración socio-urbana del barrio.

El fallo emitido (2016) por el Juzgado Contencioso Administrativo N°2 de San Isidro, obliga al Municipio de Tigre y a la Provincia a realizar acciones para garantizar en un plazo de 60 a 120 días “la recolección de residuos, fumigación y limpieza del barrio y de las costas del Río Luján y del Canal de San Fernando, mejora del sistema de saneamiento y provisión de agua potable, considerada en la resolución como un derecho humano que exige una “tutela judicial urgente” (Gnädiner;2016).

A su vez, citando jurisprudencia, este fallo le exige al municipio que se le garantice el acceso a la red de gas a los vecinos, quienes fuera de las viviendas nuevas, no poseen otra conexión que no sea de gas envasado. Sin embargo y hasta la fecha, el Estado Municipal no ha provisto de servicios básicos, como el agua potable y gas a la totalidad de las familias del barrio. En cuanto

a la urbanización e integración sociourbana que promueven una mejora objetiva en las condiciones de habitabilidad, aún continúa pendiente.

El gobierno municipal se respalda en el programa de vivienda que ha llevado a cabo (con fondos nacionales), para no hacer frente a las mejoras habitacionales que demandan los vecinos. Esto genera una gran tensión en los vecinos que presentan problemas de salud y requieren la mejora de condiciones habitacionales específicas e inmediatas, para un mejor tratamiento. Mejoras que el gobierno no realiza ya que considera que el plan de viviendas responderá, en algún futuro, todas estas demandas.<sup>75</sup>

Así mismo, la intervención profesional desde el Trabajo Social, en el Cafys Canal, se desarrolla en un escenario de escasos recursos humanos y materiales<sup>76</sup>. La escasez de recursos humanos se manifiesta en los relatos, no solo de los profesionales, sino que también, en los propios vecinos, los cuales manifiestan la falta de profesionales en general, o de algunas especialidades en particular y equipamiento de media o mayor complejidad. En este sentido, en muchas ocasiones deben trasladarse a hospitales, en su mayoría, de la localidad de Gral. Pacheco o San Fernando<sup>77</sup>.

En paralelo el edificio en el que se desarrolla la APS es una construcción “cedida” por la empresa “Tren de la Costa”, y en consecuencia no cuenta con la infraestructura necesaria para una adecuada atención sanitaria. Considerando que, en primera instancia, las dimensiones, en términos espaciales del edificio son reducidas. Para ejemplificar, el consultorio de Trabajo Social mide 1mt de ancho por 2mts de largo. Por otro lado, los pisos son de cemento, con un mejorado de una capa lisa de pintura, lo que impide la correcta higiene del lugar. A su vez, los

---

<sup>75</sup> Como se mencionó anteriormente, el programa de viviendas sociales no se completo en su totalidad y aún hay edificios, contiguos a los ya entregados a las familias, que están a mitad de construcción, algunos por el propio paso del tiempo devenidos prácticamente en escombros. Cuaderno de campo. Prácticas Pre-profesionales. CAFyS Canal. 2015-2017

<sup>76</sup> En una oportunidad se acompañó un recorrido de las trabajadoras sociales del centro de salud CAFyS Canal al barrio, con el objetivo de realizar una concientización acerca de la proliferación del dengue, cuáles serían los focos infecciosos y la importancia de que los vecinos tomen las medidas de cuidados necesarias para evitar su proliferación. En este recorrido G, una de las trabajadoras sociales, decía “La bajada de línea es realizar una campaña para que los vecinos cambien el agua de las mascotas o eviten la acumulación de agua por muchos días, pero viven en un barrio donde el agua está estancada en las cloacas abiertas (...), el otro día una vecina me decía “Yo hago todo esto que vos me decís ¿Pero quién viene a limpiar la montaña de escombros que tengo al lado?” Y tiene razón, porque el mismo municipio que le pide que limpie su patio le deja un foco infeccioso al lado de la casa”.

<sup>77</sup> Cuaderno de Campo, Practicas Pre-Profesionales, Cafys Canal. 2015-2017

“consultorios”, están divididos por placas de durlock que no llegan hasta el techo, por lo tanto, durante el diálogo de intercambio paciente-profesional dentro del consultorio, perfectamente se puede escuchar desde la reducida sala de espera.

En este sentido, al indagar en las familias respecto de cómo se podría mejorar la atención en el CAFyS Canal, una de nuestras entrevistadas nos dice:

”Teniendo más lugar, pudiendo tener más especialistas, la verdad que ellos trabajan bien, pero no tienen suficiente espacio para trabajar mejor. Tenemos una de las mejores pediatras de lo que es toda zona norte, no quiero que se vaya, es muy buena”. (Nancy, 42).

La falta de recursos visibilizada tanto por los profesionales como por las familias, como así también la precarización laboral de tipo de contratación municipal (monotributistas en algunos casos), promueven en muchos casos la deserción y/o el traslado de los profesionales hacia otras instituciones locales o no.

Es este el escenario en el cual hemos llevado a cabo las prácticas pre-profesionales y es el escenario donde se desarrolla el ejercicio profesional. Desde el área disciplinar se abordan diferentes demandas, que pueden ingresar por “derivación” de otros profesionales del CAFyS, por demanda espontánea de las familias o por demanda de familiares o vecinos que detecten que algún familiar o vecino demanda atención y no puede trasladarse hasta la institución a través del promotor de salud. Las demandas suelen estar vinculadas a gestiones para el acceso a programas sociales con transferencia directa, en medicamentos, materiales ortopédicos, lentes, acompañamiento y asesoramiento en cuestiones de violencia de género, curatela, certificado de discapacidad, pensiones, documentación, articulación con instituciones de salud, educativas, recreativas, de seguridad social, entre otras<sup>78</sup>.

Al respecto se pueden recuperar los aportes de Netto (en Mallardi 2016:60), quien plantea las dos dimensiones de la intervención profesional del Trabajo Social, la material y la socio-educativa. El autor afirma que si bien los servicios sociales son la base material de la intervención profesional, el Trabajador Social, conjuntamente realiza una intervención de cuño educativo.

Es preciso considerar ahora la disponibilidad horaria de las profesionales en general, y de las Trabajadoras Sociales en particular, en la modalidad “consultorio”. Si bien hay un régimen de

---

<sup>78</sup> Notas de campo. Prácticas Pre-Profesionales CAFyS Canal. 2015-2017

asignación de turnos, con día y horario específico, las profesionales muestran hacia la comunidad disponibilidad y flexibilidad en sus horarios<sup>79</sup> y extensión de la “consulta”. A su vez, dentro de la organización de la institución se contempla la posibilidad de brindar atención en el marco de la “demanda espontánea” al menos dos veces por semana. De esta forma se busca poder brindar una mayor accesibilidad al sistema de salud.

Asimismo, y retomando la idea respecto de que las trabajadoras sociales de CAFyS, construyen en conjunto con las familias las demandas no visibilizadas por estas, es oportuno citar la idea de Paz y De Leonardis, quienes afirman que “la intervención social como conjunto de procedimientos, crean las condiciones para la puesta en funcionamiento de un dispositivo, que pone en funcionamiento la demanda de algo para alguien”. A su vez, coincidimos con los autores quienes afirman que “la demanda es socio histórica y situacional, en relación con los atravesamientos históricos y las urgencias actuales” (Paz y Ot. 2002). En este sentido, la demanda<sup>80</sup> en conjunto con las familias se construyen considerando las condiciones socio históricas que dan emergencia a las contingencias actuales, como expresiones de la cuestión social<sup>81</sup> y de la perpetuación de las malas condiciones de vida.

En esta línea, los autores afirman que “la calidad de vida destituye a los criterios salud/enfermedad como hegemónicos y se abre a procesos más heterogéneos, que permiten pensar en el hábitat y el habitar”. Es oportuna la cita, considerando que los procesos de salud-enfermedad que atraviesan las familias son producto de las condiciones de vida y vivienda de las familias, que forman parte de determinaciones sociales e históricas enmarcadas en un lugar y tiempo determinado.

La intervención del Trabajo social en el CAFyS Canal es de carácter netamente preventivo, las trabajadoras sociales realizaron a lo largo de la existencia del centro una gran cantidad de

---

<sup>79</sup> Si bien, por cuestiones de organización de “agenda”, el sistema de Turnos Telefónicos Tigre asigna para cada consulta un día y horario específico, dentro de la franja horaria de lunes a viernes de 9 a 17hs. En ocasiones donde los vecinos se presentan en el CAFyS y demandan atención de manera espontánea, los profesionales, en particular las Trabajadoras Sociales, muestran disponibilidad y flexibilidad en su agenda, atendiendo la demanda espontánea, considerándolas como emergentes de las propias condiciones de vida, que demandan atención inmediata (Cuaderno de campo, Practicas Pre-Profesionales, CAFyS Canal, 2015-2017)

<sup>80</sup> Al respecto, Carballeda afirma que “en una misma demanda institucional pueden inscribirse situaciones que abarcan derechos vulnerados, conflictos con la ley, adicciones, padecimiento subjetivo... (Carballeda, 2008)

<sup>81</sup> Carballeda, A.: La cuestión social como cuestión nacional, una mirada genealógica. Revista de la Facultad de Ciencias Sociales. UBA. N°76. 2010

talleres informativos y de prevención, entendiendo que el primer nivel de atención debe poner el foco en esto, dado que forma parte de las premisas fundamentales de este.

En resumen, la contradicción entre la “bajada de línea” municipal (el deber hacer como parte de la práctica profesional del primer nivel de atención), la realidad (campana de prevención contra el dengue mencionada más arriba) estructural de las familias y la triste posibilidad de caer en el asistencialismo (dada la escasez de recursos que concentra el primer nivel de atención), condicionan permanentemente el accionar profesional. Ejercer la profesión con responsabilidad, pudiendo sobrellevar estos obstáculos es una tarea difícil pero de gran importancia para poder trabajar con la comunidad en pos de un futuro mejor para las familias del barrio. Construyendo un horizonte común de demandas, en donde la educación, la salud, la vivienda, el trabajo, la seguridad, el esparcimiento y la recreación, y el goce pleno de los derechos sean reconocidos por los habitantes del barrio.

### **APRECIACIONES FINALES**

El barrio Garrote surge en contexto de apropiación paulatina e irregular del espacio y de la tierra, en la periferia del territorio tigrense. Las viviendas se levantaron sin un tratamiento previo de los terrenos, en una zona baja e inundable y sin provisión de infraestructura ni servicios básicos como agua y luz. Estas condiciones estructurales se perpetuaron en el tiempo e influyeron en las condiciones de vida y salud de las familias que continúan viviendo allí. Así mismo la forma de habitar y significar el territorio, promovieron la segmentación de sus habitantes y a partir de ello, la emergencia de cuatro franjas habitacionales, que hoy en día conviven en el barrio, cada una de ellas con sus significaciones diversas en cuanto al espacio territorial.

Así mismo la segmentación territorial se relaciona con la participación de los vecinos en las actividades de los espacios de uso común presentes en el barrio. Se pudo observar la predominancia de formas participativas por representación en base a intereses comunes y por necesidad de reproducción familiar. De esta forma se destacan organizaciones que trabajan en pos de mejorar la accesibilidad territorial y el acceso a servicios de manera informal;- así como otras que intentan contrarrestar la situación coyuntural (de crisis económica) sumada a las condiciones estructurales de pobreza persistente que padecen los vecinos.

Si bien Garrote es un territorio heterogéneo en cuanto a la significación territorial, la geografía barrial presenta características homogéneas en cuanto a la situación habitacional, ambiental y de acceso a servicios. De esta forma, y como se puede observar a lo largo del trabajo, la hipótesis presentada al inicio de la investigación fue refutada categóricamente, no se ha podido entablar una relación directa entre las condiciones habitacionales o la pertenencia a una determinada franja habitacional, con el acceso al sistema de salud, en este caso al CAFyS Canal.

Dado que se ha podido observar que las familias significan e identifican al Cafys como lugar de referencia, al que acuden, por cuestiones de emergencia o problemáticas de salud . Los profesionales de la salud promueven el acceso a la salud, no solo desde el consultorio, sino desde la perspectiva de la hospitalidad, con respeto y compromiso. De esta forma generan accesibilidad, en el sentido de que los mismos favorecen las condiciones de atención, promoviendo la accesibilidad desde diferentes estrategias trabajadas en el territorio, desde el PAD, las campañas y talleres desplegados a lo largo del barrio, el trato individualizado con cada una de las familias, desde una perspectiva de derecho, donde predomina una mirada situacional y en estrecha articulación con otras instituciones.

De igual forma si se ha podido identificar un cambio significativo en el acceso al sistema de salud, de las familias de las viviendas nuevas. La intervención del área de vivienda del municipio, ha generado el acceso a diversos servicios diferenciados respecto del resto del barrio; Los vecinos de las viviendas nuevas poseen recolección de residuos periódicamente, situación que reduce la posibilidad de contaminación ambiental, que repercute de manera directa en su salud y, a su vez, poseen acceso al sistema de ambulancias municipal, que llega regularmente a las viviendas nuevas (salvando las contingencias).

Si se toma como polos opuestos a los vecinos del fondo y los de las viviendas nuevas, se pueden observar diferencias cualitativas en las condiciones de vida y acceso a servicios. A diferencia de los vecinos de “Los depa”, los vecinos del fondo no poseen acceso a este sistema de ambulancia, por la propia geografía barrial de esa franja habitacional.

En este contexto, la promoción del acceso a la salud como un derecho, haciendo fundamental hincapié en la prevención como mejor método para el mejoramiento de las condiciones de vida de las familias, en un territorio hostil, que se encuentra caracterizado por la pobreza persistente, se torna un desafío por superar, no solo para el equipo de salud del primer nivel de atención,

sino que también para el Estado en general, como responsable en la generación de acceso de poblaciones vulnerabilizadas, no sólo en términos sanitarios.

## **BIBLIOGRAFÍA**

- Arias, A y Sierra, N.: La accesibilidad en los tiempos actuales. Apuntes para pensar el vínculo entre los sujetos y las instituciones. Revista Margen N°92, Marzo 2019.
- Arce, H.: Organización y financiamiento del sistema de salud en la Argentina. 2012
- Auyero, J., Berti, M. F.: Violencia en los márgenes. Una maestra y un sociólogo en el Conurbano bonaerense. Capítulo 1ro. “A la vera del Riachuelo: Arquitecto Tucci” pp. 37-55 y Capítulo 2do. “Entre balas he nacido” pp.53-80. Editorial Katz. Buenos Aires. 2013
- Carballeda, A.: “La intervención en lo social, las problemáticas sociales complejas y las Políticas Públicas”. En Revista Margen N°39. 2005
- Carballeda, A.: Los cuerpos fragmentados. La intervención en lo social en los escenarios de exclusión y el desencanto. Ed. Paidós. Bs. As. 2008
- Carballeda, A.: “La cuestión social como cuestión nacional, una mirada genealógica”. Revista de la Facultad de Ciencias Sociales. UBA. N°76 Diciembre, 2010
- Castell, R.: La inserción y los nuevos retos de las políticas sociales. En Marginacion e insercion. Los nuevos retos de las políticas sociales. Alvarez Uria, F. Editor. Edición ENDYMION. Madrid. 1992
- Clemente, A.: La pobreza persistente como un fenómeno situado. Notas para su abordaje. En Revista Perspectiva de Políticas Públicas. Año 6 N°10 (Enero-Junio 2016)
- Clemente, A. y Girolami, M.: Territorio, emergencia e intervención social. Un modelo para desarmar. Editorial Espacio. Bs. As. 2006
- Clemente, A: 2008. En Participación, Políticas Públicas y Territorio. Aportes para la construcción de una perspectiva integral. Adriana Roffman compiladora. Ediciones UNGS. 2016
- Clemente, A: Participación en las Políticas Sociales y Cuestión Social. Políticas Sociales de Desarrollo y Ciudadanía. Reflexiones desde el sur latinoamericano. Buenos Aires UNDP. Ministerio de Desarrollo Social. 2007 En: Participación, Políticas Públicas y Territorio.

Aportes para la construcción de una perspectiva integral. Adriana Roffman compiladora.  
Ediciones UNGS. 2016

-Comes, Y., Stolkiner, A.: Concepción de responsabilidad individual en el cuidado de la salud como barrera de accesibilidad simbólica al sistema de salud, en el discurso de los usuarios pobres del área metropolitana de Bs. As.. Ponencia presentada en V Jornadas Nacionales de debates interdisciplinarios en salud y población. UBA. Bs. As. Julio 2003.

-Notas de Campo, Practicas Pre-Profesionales, CAFyS Canal, 2015-2017

-Derrida, J., Dufourmatelle, A., & Segoviano, M.: La hospitalidad. Buenos Aires: Ediciones de la Flor. En "La accesibilidad en los tiempos actuales. Apuntes para pensar el vínculo entre los sujetos y las instituciones. En Revista Margen N°92. Año 2019

-ETIS, Organización Social sin fines de lucro. Información disponible en [www.etis.org.ar](http://www.etis.org.ar)

-Fallo emitido por el Juzgado Contencioso Administrativo N°2 de San Isidro. 2016 Disponible en: [-https://www.quepasaweb.com.ar/garrote-fallo-tigre-provincia-garantizar-servicios/](https://www.quepasaweb.com.ar/garrote-fallo-tigre-provincia-garantizar-servicios/)

[-https://www.quepasaweb.com.ar/fallo-tigre-provincia-servicios-basicos-garrote/](https://www.quepasaweb.com.ar/fallo-tigre-provincia-servicios-basicos-garrote/)

-Gianna, S.: Vida cotidiana y Trabajo Social. Límites y posibilidades en la construcción de estrategias de intervención profesional. La Plata. Revista Cátedra. N°8. 2011

-Gnädinger, S: Barrio Garrote: Un fallo obliga a Tigre y a la Provincia a garantizar los servicios básicos. 2016

-González Monguí, P.: Derechos Económicos, Sociales y Culturales. Catedra Molina. Editorial Kimpres Ltda. Bogotá. 2009

-Grassi, E., Hintze, S., Neufeld, M. R.: Políticas sociales, crisis y ajuste estructural. Un análisis del Sistema Educativo, de Obras Sociales y de Políticas Alimentarias. Editorial Espacio. Buenos Aires. 1994

-Grillo, O., Lacarrieu, M., Raggio, L.: Políticas Sociales y Estrategias Habitacionales. Espacio Editorial. Bs. As. 1995

-Hamaroto, E.: Conceptos básicos sobre vivienda y calidad. Instituto de la vivienda. Facultad de Arquitectura y Urbanismo. Chile. 1998

-Heenskerk, A., Kojdamanian, R., Varones adultos en situación de calle y la atención de la salud. La experiencia desde un centro de salud y acción comunitaria. 2009

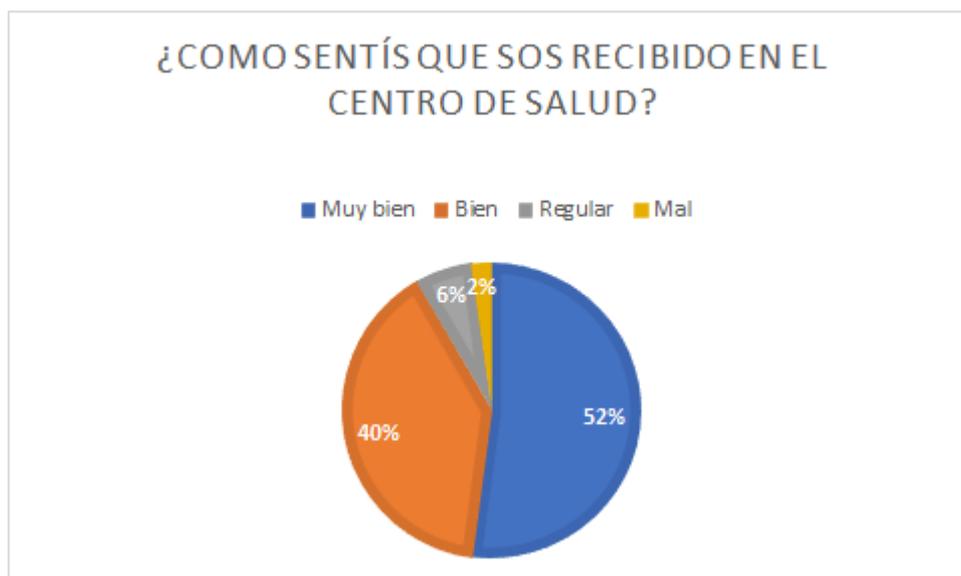
-Hintze, S.: en VV AA. Políticas sociales, crisis y ajuste estructural. Un análisis del Sistema Educativo, de Obras Sociales y de Políticas Alimentarias. Editorial Espacio. Buenos Aires. 1994

- Lacarrieu, M.: Gobierno de la Ciudad de Buenos Aires. Proyecto de creación de Comunas. Informe final. Buenos Aires. Mimeo. 1999
- Laurell, A.: La salud enfermedad como proceso social. Cuadernos Médico Sociales N°19. México. 1982.
- Leguizamón, 2008. En: Clemente, A. La pobreza persistente como un fenómeno situado. Notas para su abordaje. En Revista Perspectiva de Políticas Públicas. Año 6 N°10 Enero-Junio 2016
- Ley de acceso justo al hábitat. Argentina. 2014
- Mallardi, M. : Cotidiano y relaciones familiares. Elementos para la intervención profesional del Trabajo Social. En Gianna y Mallardi. Transformaciones familiares y Trabajo Social. Ed. Dynamis. 2016
- Merklen, D. : “Una alquimia al revés o como convertir trabajadores en pobres”. Capítulo 4to pp. 118-140, y “Con los pies en la tierra: la inscripción territorial de las clases populares, en Argentina y otros lugares”. En Pobres ciudadanos. Las clases populares en la era democrática (Argentina 1983-2003). Editorial Gorla. Buenos Aires. 2010
- Notas de Campo, Practicas Pre-Profesionales, CAFyS Canal, 2015-2017
- OMS-UNICEF: Alma-Ata. Definición de Atención Primaria de Salud. 1978
- Oszlak, O., O`Donnell, G.: Estado y Políticas Estatales en América Latina. Hacia una estrategia de investigación. Centro de estudios de Estado y sociedad. CEdES. Bs. As. 1981
- Oszlak, O. : Merecer la ciudad. Los pobres y el derecho al espacio urbano. CEdES. Humanitas. 1991
- Paz G., De Leonardis, M.: Ciencia Social sin Estado. La intervención en la emergencia de lo imposible. Editorial Bitácora. Buenos Aires. 2002
- Plan Federal de Salud. Argentina. 2004
- Promotores comunitarios de salud. Disponible en <http://www.msal.gob.ar/index.php/component/content/article/46-ministerio/521-programa-promocion-comunitaria>
- Roffman, A.: Los dos modelos en pugna, en la visión de Aldo Ferrer. En Revista Voces del Fénix. Editorial Facultad de Ciencias Económicas. UBA. CABA 2016
- Segura, S.: Si vas a venir a una villa, loco, entrá de otra forma”. La vida política en barrios/populares de Buenos Aires, 2009
- Sen, A.: Desarrollo y Libertad. Documento. Pie de Imprenta. Planeta. Buenos Aires. 2000

- SPINELLI, Hugo. Las dimensiones del campo de la salud en Argentina. Salud colectiva [online]. 2010, vol.6, n.3, pp. 275-293
- Stolkiner, A. y Ot.: Descentralización y equidad en salud: Estudios sobre la utilización de servicios de salud de la Ciudad de Bs. As., por parte de usuarios pobres del conurbano bonaerense. 2007
- Testa, M.: Atención ¿primaria o primitiva? de salud. Declaración de Alma Ata, OMS, Ginebra, 1978.
- Wacquant, L.: Parias urbanos: Marginalidad en la ciudad a comienzos del milenio. Ediciones Manantial. Buenos Aires. 2001
- Ziccardi, A.: “Formas organizativas de los asentamientos marginados y política estatal”. En Revista Interamericana de Planificación. Vol XIV. N°54. En VV. AA. Políticas Sociales y Estrategias Habitacionales. Espacio Editorial. Bs. As. 1995

## ANEXO I

### -Cuadro 1

Cuadro n<sup>o</sup>2Cuadro n<sup>o</sup> 3



**Encuesta realizada a los vecinos, año 2019 para la realización del presente trabajo de investigación.**

-¿Con quienes vivís?

-¿En qué parte del barrio?

-¿Con cuales servicios contás? -agua -luz -gas -teléfono -cable -ninguna

-¿Cómo definirías al barrio?

-¿Cuáles son las instituciones u organizaciones presentes en el barrio? ¿Cual es la más importante para vos?

-¿Asistís a alguna de ellas? ¿a cuales? ¿Cuántas veces por semana?

-¿Participas en la planificación, evaluación y ejecución de las actividades? ¿De qué manera?

¿Cuál te parece importante que este?

-¿En caso de emergencia, a quién acudís? -familiar -vecino -amigos -pareja institución -no acude a nadie

-¿Qué tipo de cobertura médica posees?

-¿En caso de ser necesaria, donde obtenes la medicación? -centro de salud -hospital -farmacia -obra social -prepaga -medicación casera

-¿Conoces la salita? ¿Te atendiste alguna vez allí? ¿Cómo la definirías?

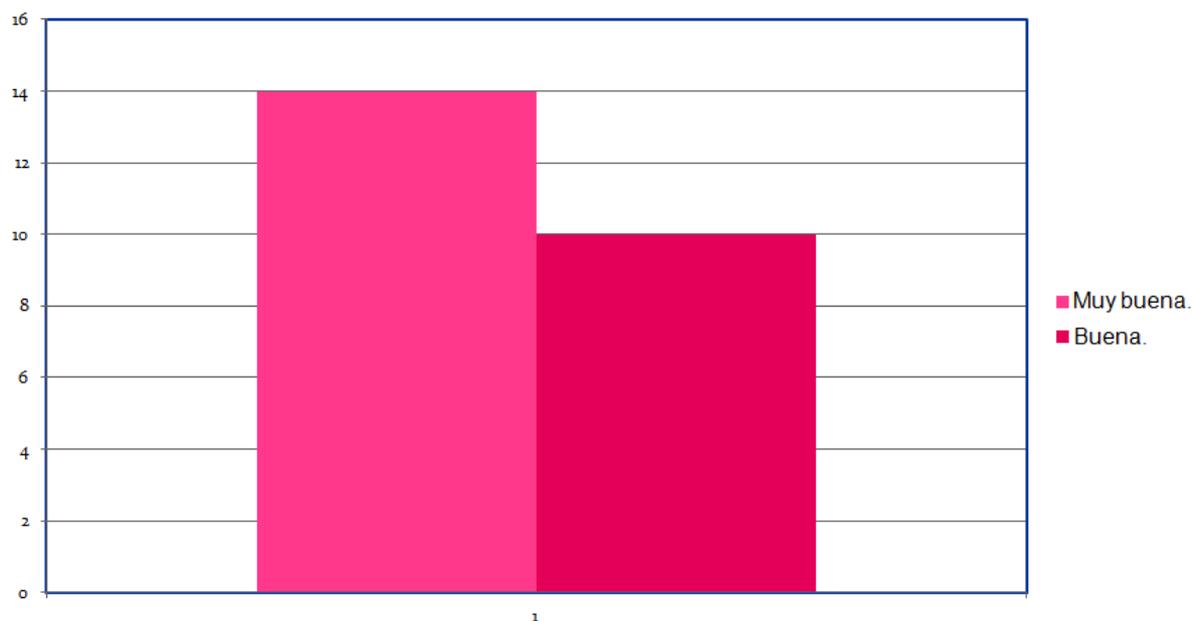
- ¿Cómo ha sido tu experiencia en torno a la atención en la salita? -muy buena -buena -regular -mala -muy mala -no contesta
- ¿Cuántas veces las demandas tuyas o la de tu familia han sido atendidas por el centro de salud? -siempre -casi siempre -algunas veces -pocas veces -nunca no contesta
- ¿Cómo te sentís que sos recibido en el centro de salud? -muy bien -bien -regular -mal -muy mal -no contesta.
- ¿En situación de emergencia, llamas a la ambulancia? -sí -no ¿por qué?
- ¿Cuando vos o alguien del barrio llama a la ambulancia, esta llega a tu zona? ¿En caso de que no llegue, por qué crees que esto sucede?
- ¿Cuáles son los requisitos que pone la salita para acceder a la atención médica?
- ¿Cuánto tiempo demoran los turnos en el centro de salud? -más de tres meses -entre dos y tres meses -un mes -menos de un mes -no contesta.
- ¿Cuántas veces vos o algún miembro de tu familia han perdido un turno en la salita? -más de tres veces -entre dos y tres veces -una vez -nunca -no sabe
- ¿Por qué motivo han perdido el turno?
- ¿Cada cuanto te haces chequeos médicos? -cada más de 5 años -cada 3 y 5 años -cada 2 años - todos los años -no me hago chequeos médicos.
- ¿Cuántas veces vos o algún miembro de tu familia ha asistido a la guardia de un hospital en los últimos dos años? -más de 3 veces -entre 2 y 3 veces -1 vez -nunca -no sabe.
- ¿En el caso de accidente o enfermedad, te has quedado sin recibir atención médica? ¿por qué?
- ¿Te enteras de las actividades que realiza el centro de salud dentro del barrio? ¿de qué manera?
- ¿Vos o algún miembro de tu familia, ha participado en alguna de las actividades que realiza el centro de salud en la salita o dentro del barrio? -sí, más de 4 veces -sí entre 2 y 4 veces -una vez -no nunca.

## ANEXO II

### **Relación del CAFyS con el barrio “Almirante Brown”, encuesta realizada a profesionales (2015)**

Esta pregunta del cuestionario busca dar cuenta de cómo es la relación de la institución con el barrio Almirante Brown, el trabajo extramuro y que propuestas de intervención se podrían abordar desde el centro.. Las preguntas que indagaron sobre esta relación fueron;

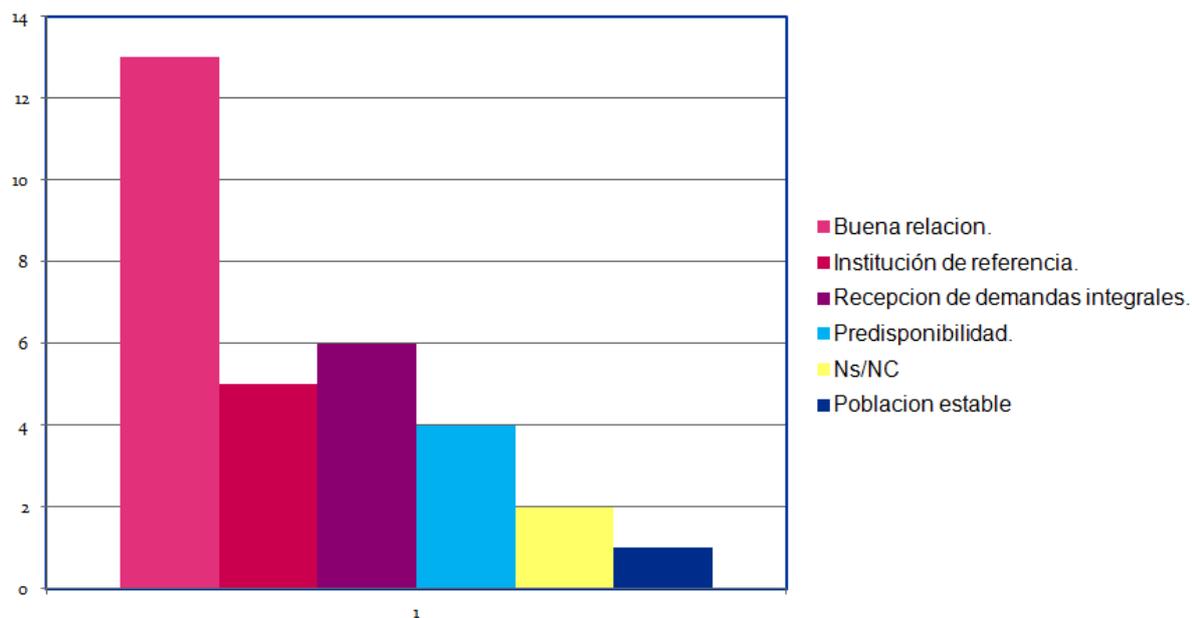
**-¿Cómo te parece que es la relación del centro de salud con el barrio?**



Como se observa en el cuadro, ninguno de los encuestados contempló a las respuestas “Regular” o “Mala” como posibles. El 58% de los trabajadores del centro de salud (equivalente a 14 de los mismos) consideran que la relación con el barrio es “Muy buena” mientras que el 42% restante consideran que la misma es simplemente “Buena”.

Destacamos que en encuestas anteriores se preguntaba directamente “¿Por qué es buena la relación con el barrio?” no dando lugar a una posible respuesta negativa, que igualmente no surgió como respuesta.

**Cuando se les preguntó el porqué de su respuesta los profesionales del CAFyS respondieron:**

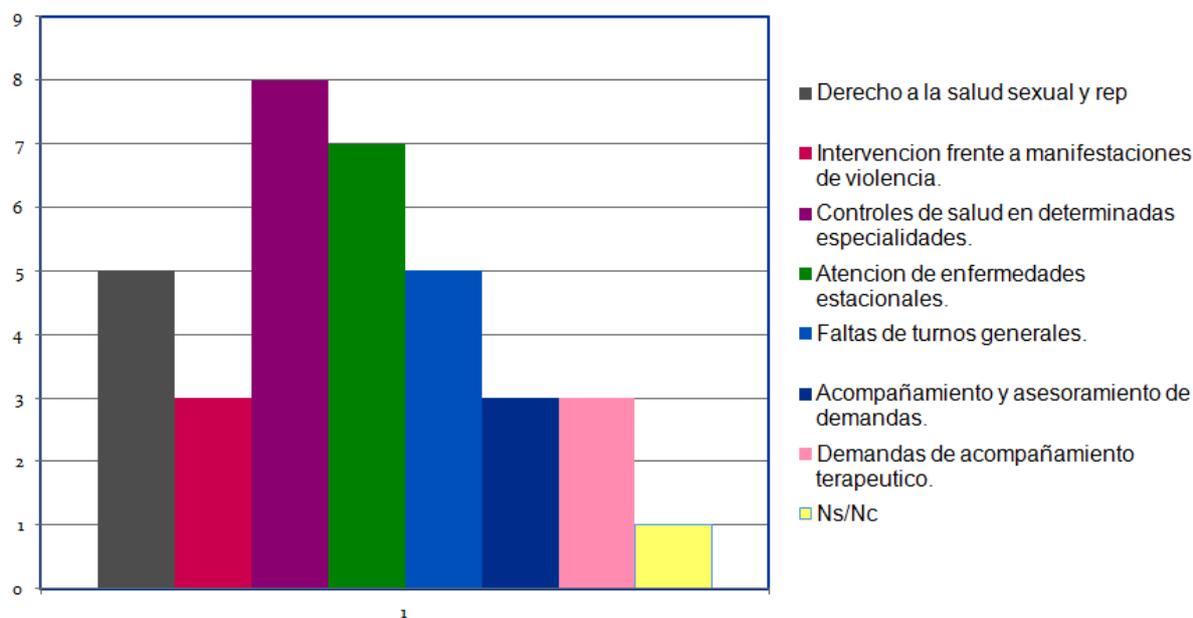


En una encuesta realizada en el año 2012 (por otras estudiantes, de la que dispusimos gracias a nuestra referente), las fundamentaciones más comunes fueron: trabajo extramuro y búsqueda de resolución de las problemáticas de los vecinos. En el vigente año se destacó la buena relación de la institución con la población objetivo; entendiendo dentro de la buena relación el buen diálogo con la comunidad. Otra fundamentación es la recepción de demandas integrales, las cuales acercan la población al CaFyS y la predisponibilidad de los profesionales.

El centro de Salud se convierte así en un centro de referencia para el barrio "Garrote".

La legitimidad que tiene la institución en el barrio (formada por la buena relación y el hecho de que sea una institución de referencia) permite un acercamiento de la institución al barrio, logrando que se puedan abordar las problemáticas del mismo desde una perspectiva más estratégica, teniendo en cuenta las necesidades que afrontan y los recursos con los que cuentan.

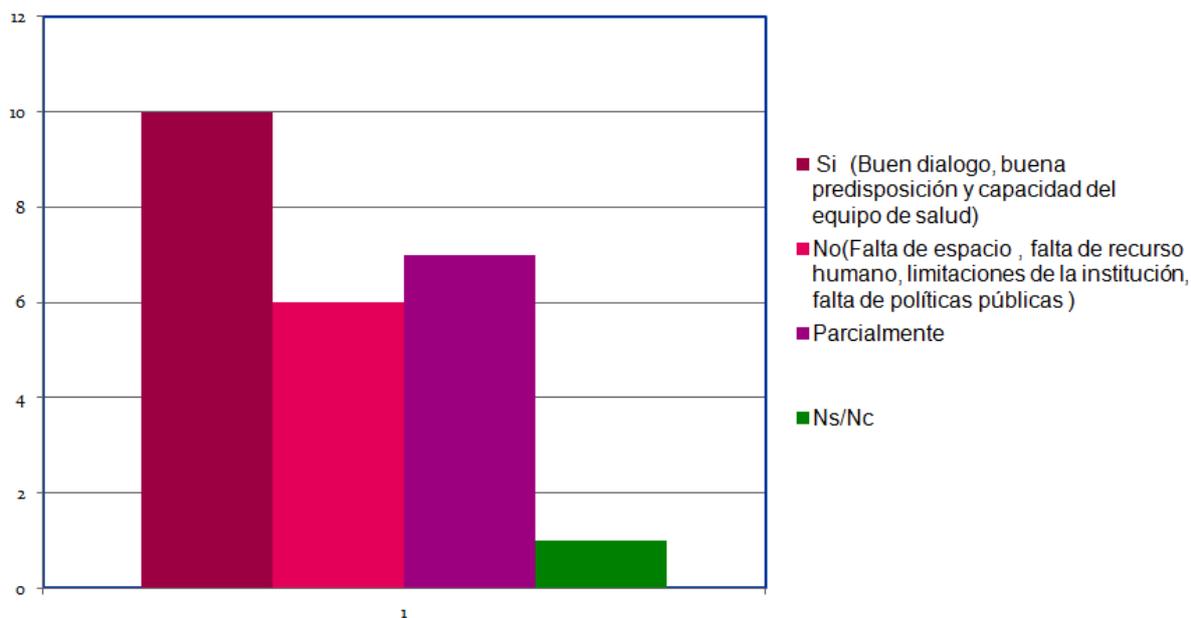
**-¿Cuáles son las principales demandas que surgen durante la consulta?**



En este punto la mayoría de los profesionales mencionaron demandas sobre sus especialidades, aunque un número no menor mencionó a las enfermedades estacionales (bronquitis en invierno y parásitos en verano) como las que más suelen surgir en torno a los pacientes que allí acuden.

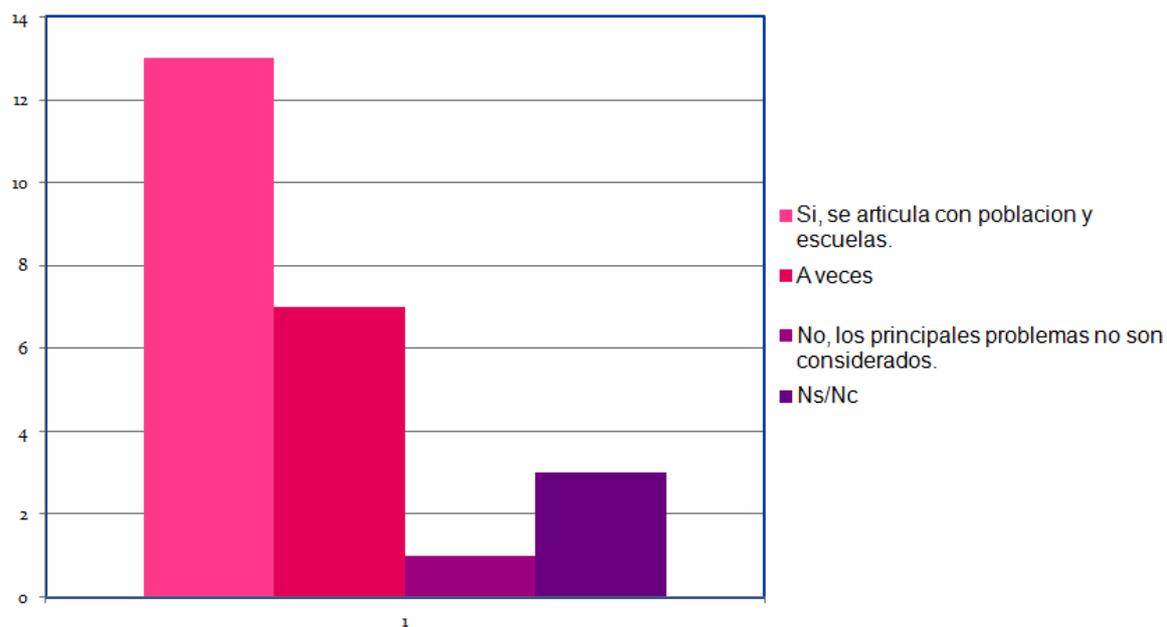
La falta de turnos generales fue un tema destacado por la población, así también como la atención e implementación de Derecho a la Salud Sexual y Reproductiva. Otros temas mencionados en las encuestas fueron: asesoramiento y acompañamiento de demandas, intervención frente a manifestaciones de violencia, y demanda de acompañamiento terapéutico.

**-¿Crees que el CAFyS puede dar respuesta adecuadamente a las demandas de la población? ¿A qué se debe esto?**



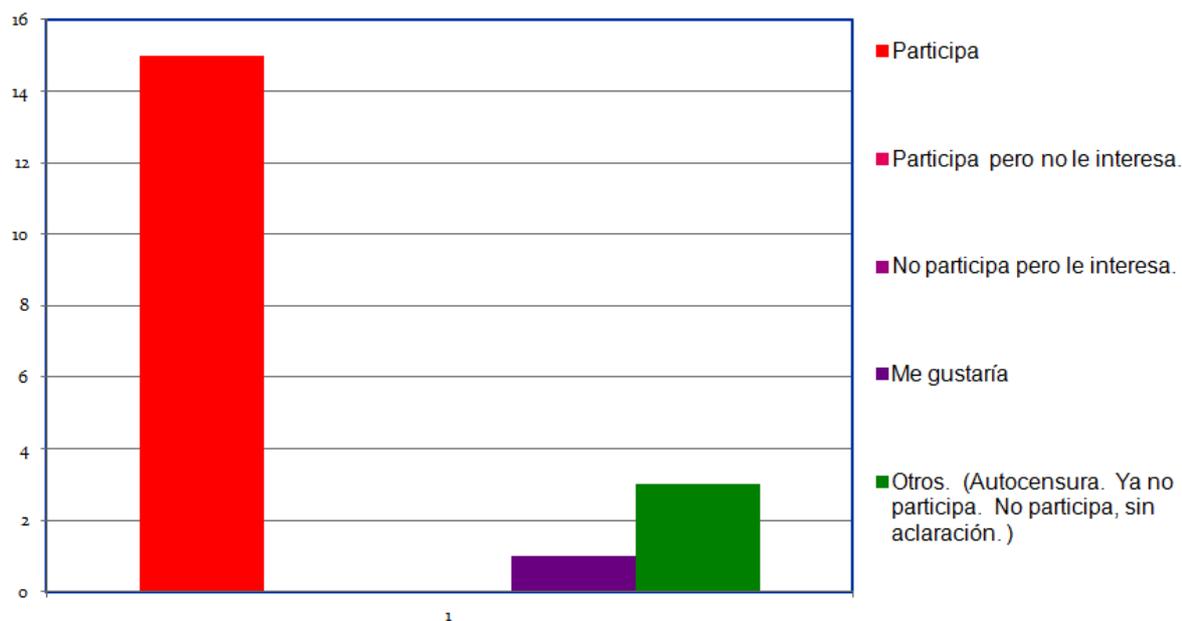
En cuanto a la pregunta realizada al equipo de salud acerca de si la institución podía dar una respuesta adecuada a las demandas de la población los resultados obtenidos son muy divididos. Un 41% cree que se da una respuesta adecuada, ya que el centro tiene buen diálogo entre pares y con la población, gran predisposición y gran capacidad de su equipo. Un 29% entiende que si bien se busca dar una respuesta a las demandas de la población, esta no siempre es la adecuada. El 25% de los encuestados piensan, concretamente, que el centro no puede dar una respuesta adecuada, ya que hay escasez de espacio y de recurso humano. La institución tiene limitaciones propias de un centro de atención primario y las políticas públicas no le juegan a favor. Un profesional dijo no saber si el CAFyS da una respuesta adecuada a la población.

**-¿Crees que los talleres que se realizan son funcionales a las demandas de la población?**



En cuanto a esta pregunta más de la mitad de los encuestados dijo que los talleres son funcionales a las demandas de la población ya que se articula con la misma y con las instituciones de la zona. Algunos creen que los talleres solo a veces son funcionales a la demanda de la población, y unos pocos más consideran que no lo son, puesto que estiman que los principales problemas no son considerados. Finalmente, solo el 4% (una persona) dijo no saber si los mismos eran funcionales a la demanda de la población.

#### **Evaluando el trabajo comunitario o extramuro.**



Tanto en la encuesta actual (2015) como en las anteriores (2012) la respuesta mayoritaria fue la de la participación, todos ellos con interés. Creemos importante destacar que un encuestado dijo no participar del mismo, pero que le interesaría.

En resumen, la buena relación con el barrio (entendida así por todos los profesionales de la institución) le permite al CAFyS abordar las problemáticas de la población desde una perspectiva más integral.

Nombramos la diferencia que se dio con encuestas pasadas, donde en las mismas se destacó a la malnutrición como una problemática que atravesaba al barrio. En la actual encuesta no se destacó la malnutrición como una problemática que esté afectando al barrio por lo cual concluimos que la misma fue abordada de manera satisfactoria (a partir de los talleres de crianza y de los controles médicos).

A su vez, el trabajo extra-muro (del cual participa casi el total de los profesionales de la institución) y la gran predisposición del equipo de salud ayuda a la hora de crear espacios de participación (como los talleres) que sean significativos para la población. El hecho de que la demanda de la población tenga que ver con enfermedades estacionales (bronquitis en invierno y parásitos en verano) dan cuenta del territorio donde se desarrolla el trabajo del CAFyS. En este contexto, el trabajo del equipo de salud se encuentra condicionado por las condiciones socio-ambientales y habitacionales.