

Universidad Nacional de Córdoba

Facultad de Ciencias Sociales

Licenciatura en Trabajo Social



Experiencias migrantes en el acceso a la salud.

Un abordaje desde el Trabajo Social

Alumnas: Altamirano, Rocío Ivanna
Castro, Pamela Rocío
Mendoza, Pamela Andrea

Docente de intervención preprofesional: García, Paola y Bermúdez, Sabrina

Docente de sistematización y redacción de tesina: Ortolanis, Eduardo

Orientadora temática: Grasso, Marianela

Institución: Servicio Social del Hospital Córdoba

*Agradecemos a las personas
entrevistadas que confiaron en
nosotras para relatarnos parte de sus vidas*

A mi familia y amigas que me acompañaron estos años de carrera. En especial, a mi mamá y abuela por enseñarme todo lo bueno; y a mi compañero de vida que soportó todos mis cambios en este proceso.

El trayecto académico requiere no de inteligencia, sino de esfuerzo, dedicación, apoyo y amor. Requiere de educación pública y de políticas de acompañamiento como las Becas Progresar y el Boleto Educativo Gratuito. Transitar la Universidad Pública me significó un mundo nuevo, conocimientos que me permiten dejar de juzgar y comenzar a comprender las raíces de los hechos. Poner en crítica todo lo conocido, para poder construir mundos nuevos.

Rocío Altamirano

Mamá y papá esto es para ustedes. Marce, Luis, Toto y Agus: Gracias por creer en mí, por apoyarme y acompañarme. La distancia me hacía bajar los brazos, pero ustedes siempre me alentaron a seguir y a parar si así lo necesitaba. Gracias abuelos por ser incondicionales en mi vida y creer que yo podía. Me enseñaron que la familia unida es más fuerte que cualquier distancia. Gracias Juan por estar siempre a mi lado y apoyarme a seguir estudiando. Córdoba no hubiera sido lo mismo sin vos y mi hermoso Pelusa. Gracias Universidad Pública por darnos la posibilidad a muchos de ser la primera generación de universitarios.

¡Inmensamente gracias a las personas que fueron parte de este proceso!

Pamela Castro

En este espacio quiero expresar mi total gratitud a aquellxs que me acompañaron y apoyaron en este camino de formación profesional: A Dios que estuvo presente en cada momento de mi vida, encontrando en él la fortaleza para seguir adelante. A mi familia por estar a mi lado siempre a pesar de la distancia, son el motor que me permite seguir adelante. A mi compañero de vida por su apoyo incondicional desde un principio en esta carrera que amo. A mis compañeras de tesis, por su constancia y acompañamiento durante este largo proceso. A mis amigas de la vida que siempre estuvieron presentes con sus preguntas y dándome fuerzas.

Y mis amigas que surgieron por mi paso por la UNC, tuve la suerte de encontrarlas en el mismo camino y compartimos tantas emociones juntas durante estos años ¡Gracias eternas! a cada unx de ellxs por estar a mi lado.

Pamela Mendoza

Índice

Agradecimientos p.2

Presentación p.5

Momento I: Decisiones

1.1 Primeras apuestas teóricas p.8

1.2 Planteamientos éticos-políticos desde un posicionamiento argumentativo p.11

1.3 Construcción del campo problemático: migración y salud..... p.14

Momento II: Leer las migraciones en Argentina

2.1 Estado, política y derecho: cuatro leyes formadoras de subjetividades..... p.17

2.2 Dos enfoques principales para leer las migraciones p.22

2.2.1 Control, organización y orden: un enfoque desde la regularización migratoria p.24

2.2.2 Re-pensar la (no) administración de las fronteras..... p.26

2.3 Sujetxs migrantes: categoría jurídica y categoría social p.28

Momento III: El laberinto de la salud

3.1 Concepción de salud desde dos modelos de atención: médico hegemónico y medicina social p.30

3.2 La salud como campo y como sistema p.35

3.2.1 La salud como campo desde la teoría de Pierre Bourdieu p.35

3.2.2 La salud como sistema p.36

3.2.3 La conformación del sistema de salud argentino a través de políticas públicas p.39

3.3 La salud como campo de intervención del Trabajo Social p.45

3.3.1 Hospital Córdoba: una institución provincial de alta complejidad..... p.48

3.3.2 Trabajo Social en el Hospital Córdoba	p.50
Momento IV: Desenredando caminos y re-construyendo experiencias	
4.1 De la construcción de la estrategia de intervención.....	p.53
4.1.1 Especificaciones metodológicas	p.54
4.1.2 Biografías	p.56
4.2 Accesibilidad al sistema de salud	p.61
4.2.1 Obstáculos concretos	p.63
4.2.2 Obstáculos simbólicos: sentires y significaciones	p.72
4.3 Dilucidando estrategias	p.77
4.3.1 La construcción colectiva del afiche, guía y folleto como estrategia en tiempos de pandemia	p.83
Reflexiones finales	p.86
Bibliografía	p.88
Otras fuentes documentales	p.98
Anexos	p.100

Presentación

Las representaciones sobre lxs migrantes están basadas en una construcción de ideas e imágenes, que evidencian desde donde se perciben las diferencias con la otredad. Lo que se ve como distintx, ajenx, entra en tensión cuando se trata sobre aquello que se considera propio: territorio, derechos y servicios. La discusión social y política sobre la migración durante el periodo 2016-2019 denotaba fuerte connotación negativa sobre estas poblaciones. Se mostraron retrocesos sobre los derechos conquistados respecto a la integración y movilidad latinoamericana.

La escucha constante sobre las representaciones sociales de los derechos de lxs migrantes de América Latina en el país y las experiencias previas como practicantes universitarias en el área salud, nos llevó a pensar la intersección entre migración y salud, en la modalidad de acceso que estas poblaciones tienen a los servicios de salud pública.

En Argentina la última Ley migratoria introdujo el enfoque de derechos para mejorar las condiciones en que se instalan estas poblaciones en el país. Sin embargo, se suscitan aún obstáculos que afectan a la reproducción cotidiana de existencia de lxs migrantes ya que se ven involucradas diversas cuestiones que van más allá de los desplazamientos geográficos temporales o definitivos. Al llegar a los países de destino, se enfrentan a una serie de dificultades legales, económicas, culturales, sociales y a procesos de re-arraigo, puesto que implica una ruptura y adaptación a un entorno ambiental, cultural y social diferente.

El campo de la migración aparece como una instancia que requiere de un abordaje específico con el fin de legitimar derechos y satisfacer necesidades junto con quienes padecen la migración como una problemática. El Trabajo Social se constituye en una de las estrategias institucionalizadas para enfrentar la cuestión social¹. En las manifestaciones de esta, el objeto de la profesión se sitúa en la intersección entre los procesos de reproducción cotidiana de la existencia y en los obstáculos o dificultades que tienen los sectores subalternos para su

¹ Según Netto (como se citó en Parra, 2000) se trata de las manifestaciones de las desigualdades y antagonismos políticos, económicos y culturales ancladas en las contradicciones propias del desarrollo capitalista que ponen en jaque el poder hegemónico de la burguesía, atentando contra el orden social establecido.

reproducción (Aquín, 1995). El Trabajo Social debe conocer y sensibilizar la temática para llevar a cabo abordajes integrales y responder ante las necesidades con recursos adecuados, previendo y solucionando posibles problemas desencadenantes que se derivan de ella.

En la presente sistematización planteamos como objeto: las trayectorias en los procesos de salud-enfermedad-acceso-atención-cuidados de migrantes en relación a sus estrategias y obstáculos presentes en instituciones de salud de la ciudad de Córdoba en general, y del Hospital Córdoba en particular, a partir del análisis de entrevistas en profundidad realizadas durante los meses de septiembre-noviembre del año 2020. Resultó interesante y necesario visibilizar los obstáculos concretos y simbólicos, como así también sus estrategias al momento de acceder. Se pretende presentar diversas concepciones y perspectivas que circulan en torno a la salud y la migración, reflexionar críticamente sobre las mismas, develar las desventajas en la reproducción cotidiana de existencia, e identificar en la *carrera del paciente* las estrategias y potencialidades de lxs migrantes para acceder a la salud.

El trabajo se divide en cuatro momentos y en dos ejes centrales: salud y migración. En el Momento I, se desarrollan los posicionamientos teóricos, éticos, políticos y metodológicos desde donde se realizan los análisis: la teoría descolonial, el enfoque interseccional y el de derechos humanos.

En el Momento II, se desarrollan diversas perspectivas que circulan y atraviesan a las migraciones desde dos enfoques: regularización y movilidad humana; un recorrido por las leyes y políticas migratorias en el país y la concepción de lxs sujetxs desde la categoría jurídica y social.

En el Momento III, por un lado, se exponen las diversas concepciones de salud desde dos modelos de atención predominantes: médico hegemónico y medicina social. Por otro lado, se realiza la diferencia sobre la noción del campo y sistema. Respecto al sistema se desarrollan los tres subsistemas y su historia en el país a través de normativas, políticas y leyes que lo estructuran. Por último, se explicita a la salud como campo de intervención para el Trabajo Social.

Finalmente, en el Momento IV se exponen los análisis sobre los obstáculos y las estrategias que desarrollan lxs sujetxs migrantes entrevistadxs en sus procesos de salud-

enfermedad-acceso-atención-cuidados. Para ello, se recurre a aportes teóricos de la noción de accesibilidad.

A lo largo del escrito, se utiliza la letra *x* a fin de evitar el sesgo hacia un género o sexo en particular, quedando a interpretación de quien lea el presente. Concordamos con Bertona, Ramia Villapando y Scarpino (2018) que “la utilización de la *x* se fundamenta en la necesidad de contrarrestar las heridas del lenguaje sexista que hegemónicamente organiza y sustenta la reproducción del sistema heteropatriarcal que nos rodea” (p.13).

Es nuestra intención luego de esta lectura invitarlxs a reflexionar, generar conclusiones o interrogantes que permitan interpelar y problematizar en torno a esta temática.

Momento I

Decisiones

1.1 Primeras apuestas teóricas

En este camino se encontraron diversas corrientes, modelos y paradigmas semejantes y disímiles. A medida que avanzaba la intervención la idea utópica inicial se alejaba de la realidad que viven lxs migrantes. Ninguna concepción sobre salud y migración es acabada, lo académico no está completo si no se consideran las experiencias de lxs sujetxs, sus saberes y sentires. Fue en la co-construcción con lxs otrxs lo que permitió realizar una lectura crítica sobre la realidad que se estudiaba y analizaba.

En este momento se explicita desde dónde se realizan los análisis y abordajes del presente trabajo. Lxs sujetxs de la intervención y la intervención en sí, desafiaron a pensar por fuera de los márgenes, problematizando lo conocido y aproximando a las teorías *otras*. De esta forma, surgió la necesidad de cuestionar las limitaciones en el acceso al derecho a la salud de las poblaciones migrantes y desenredar las categorías que construyen a la migración como una problemática.

Todos los problemas sociales son procesos complejos donde más de una categoría se encuentra implicada, por lo cual, se debe prestar atención a todas ellas y sus relaciones para evitar caer en interpretaciones fragmentadas y rutinarias. Así, para el abordaje del acceso a la salud pública de lxs migrantes es necesario retomar en primer lugar, el enfoque de la interseccionalidad². Este mantiene que las opresiones clásicas en la sociedad están interrelacionadas, creando un sistema de opresión que refleja la intersección de múltiples formas de discriminación. A través de las categorías de raza, etnia, clase y nacionalidad se reconoce la incidencia que profundiza las desigualdades y moldea los procesos de salud-enfermedad-acceso- atención-cuidado de lxs migrantes.

Winker y Degele (como se citó en La Barbera, 2016) lo definen como una “perspectiva que se centra en las desigualdades sociales y analiza las interacciones entre

² La interseccionalidad proviene de la teoría feminista. Desde el campo del activismo feminista negro en Estados Unidos en 1980 nace como crítica a los análisis unidimensionales de las desigualdades sociales.

estructuras sociales, representaciones simbólicas y procesos de construcción de la identidad que son específicos de cada contexto e inextricablemente vinculados a la praxis política” (p.113). La apuesta del enfoque consiste en aprehender las relaciones sociales como construcciones simultáneas en distintos órdenes. Permite que el estudio de los complejos mecanismos de discriminación identifique la diversidad de las interacciones generadas por la subordinación de diferentes tipos.

Las personas latinoamericanas que migran hacia Argentina despiertan en parte de la sociedad, sentidos y significaciones negativas que se asientan en lo que se reconoce como los vestigios del colonialismo que resucitan ante el encuentro con lxs otrxs. ¿Quiénes son esxs otrxs? Son quienes históricamente han sido colocadxs por fuera de la mirada colonial que delimita una manera de ser en el mundo: mestizxs, indígenas, negrxs, pobres, campesinxs, extranjerxs. En los procesos migratorios, los diferentes tipos de clasificación social pueden determinar el acceso a derechos y oportunidades, así como en las situaciones de privilegio o de exclusión que de ellos se derivan (Barria Oyarzo, 2021, p.205).

Como segunda perspectiva, la teoría crítica de la descolonialidad³ sirve de herramienta para mirar, entender y analizar la configuración de las representaciones sociales sobre esxs otrxs. Unx de lxs reconocidxs autorxs de esta perspectiva, Aníbal Quijano (2000) plantea que prevalece un sistema de poder fundado en una matriz colonial surgida con el descubrimiento y posterior dominio europeo de América. Esta, encuentra su legitimidad en una categoría mental de la modernidad: la raza, la cual se constituye en el “eje ordenador para definir la estructura de clases, las estructuras de poderes y las oportunidades en todos los campos” (Patzi, 2009, p. 147). De esta forma, para Quijano (2000) la

raza se convirtió en el primer criterio fundamental para la distribución de la población mundial en los rangos, lugares y roles en la estructura de poder de la nueva sociedad.

³ Utilizaremos el término descolonialidad, con *s*, ya que se entiende que en el proceso de desprenderse del conocimiento eurocéntrico el lenguaje juega un papel fundamental, y el término decolonial al provenir del francés: *decolonialité*, y del inglés: *decoloniality* no representa la intención de la perspectiva descolonial por lo cual en el castellano el vocablo correspondiente sería *des-colonialidad*. Aun así, es necesario a la vez remarcar que las aclaraciones de si tiene *s* o no, son necesarias, pero no fundamentales. Pues el fin sobre todo es “desprendernos del patrón colonial de poder, es decir, de la colonialidad del poder” tal como plantea Walter Mignolo (como se citó en Mignolo, 2015).

En otros términos, en el modo básico de clasificación social universal de la población mundial (p.203).

Este elemento de clasificación y jerarquización de las personas a través de los rasgos fenotípicos y sus culturas, se construye teniendo a Europa como la identidad modelo, superior y aleccionadora. Produce y reproduce una perspectiva eurocéntrica⁴ como parte fundamental del patrón del poder colonial que se expandió en el tiempo perpetuando y naturalizando la dominación.

El colonialismo sentó las bases de la modernidad, de las instituciones, de la configuración de las relaciones sociales y la forma que hoy se comprende al mundo. Identificar la lógica y continuidad de la herencia colonial es vital para comprender la configuración de los Estados modernos y el control exhaustivo que tienen sobre sus fronteras y las movilidades. Por ello, acordamos con Mignolo (2009)

La necesidad de “desprendernos” de tales ficciones naturalizadas por la matriz colonial de poder (...). Por ello, la tarea del hacer, pensar y estar siendo descolonial es la sanción de la herida y de la viciosa compulsión hacia el “querer tener” desprendernos de las normas y jerarquías modernas es el primer paso hacia rehacernos (p.7).

Estas herramientas teóricas sirven para cuestionar los saberes, ponerlos en debate y recuperar el entramado de desigualdades y opresiones que subyace a la organización social, que permite leer y analizar las complejidades de las migraciones. Desde el Trabajo Social conocerlas permite construir intervenciones eficaces, que busquen los intersticios en ellas para lograr respuestas a las problemáticas de lxs sujetxs migrantes en su acceso a la salud. Es un deber ético la defensa de los derechos -entendiéndolos de manera integrada y horizontal- y el trabajo en pos de su garantización, restitución y realización efectiva para combatir las desigualdades estructurales. En esta línea en tercer lugar, se sostiene la intervención desde el enfoque de derechos humanos. Como exponen Isaia y Chacarelli (2016):

⁴ El término ‘Eurocentrismo’ denomina una visión del mundo que, implícita- o explícitamente, presupone la historia europea como *normal* o superior a otras, ayudando a producir y justificar la posición dominante europea dentro del sistema global capitalista.

Los derechos humanos se plantean como un referente ético político innegables y como un marco normativo explícito para el actuar profesional. Desde este enfoque, la intervención profesional se constituye en un espacio de desarrollo y empoderamiento colectivo de los sujetos en tanto actores sociales (p.11).

Los Estados-Nación elaboran leyes y políticas en nombre de los derechos humanos. No obstante, en la práctica restringen, limitan, controlan y/o disciplinan los cuerpos⁵. Desplegar estrategias orientadas a la protección y promoción de los derechos considerando los mecanismos de opresión y discriminación que subyacen e influyen en la vida social de las personas migrantes se vuelve necesario. Como plantean Fernández, Borja, García e Hidalgo (2010) el enfoque de derechos no describe los problemas o situaciones de las personas en términos de necesidades, sino en términos de una obligación fáctica de responder a sus derechos humanos.

1.2 Planteamientos éticos- políticos en el abordaje preprofesional desde un posicionamiento argumentativo

En este momento es necesario realizar una reflexión argumentativa del porqué de los planteamientos para comprender las miradas, las acciones y la ética desde la cual se ha intervenido. La ética en la profesión es un desafío que implica repensar los valores, las normas y el contexto que la atraviesa. Contribuye a problematizar la cuestión social -y no la reproducción de la misma- y a generar rupturas a través de la reflexión crítica sobre el conformismo, la naturalización y la aceptación de la vida cotidiana.

A partir de que los Estados se constituyen como monopolio de coerción a través del control de las fronteras es que migrar se convierte en problema para lxs sujetxs. La intervención desafió a reflexionar que existe una realidad que no se puede ignorar, donde

⁵ Michael Foucault (como se citó en López, 2014) desarrolla el concepto de biopolítica para comprender el cómo se ha generado la organización y el gobierno de nuestras sociedades a través de una serie de mandatos que son funcionales a los intereses políticos de la clase dominante que han promovido unos modos de vida, y no otros. Desde este punto, comprende que el cuerpo se ha visto subordinado a minuciosos dispositivos y disciplinas que lo cercan, lo marcan, le imponen unos signos, sometido a una sociedad disciplinaria la cual, emplea técnicas y procedimientos para formar individuos.

miles de personas en movimiento deben regularizar sus situaciones para acceder a los derechos. No problematizar esta realidad implicaba reproducir el enfoque tecnocrático y hegemónico en la intervención dejando de lado otras formas de migrar tal como lo plantea la perspectiva de las movilidades. Entonces ¿cómo trabajar las movilidades en una sociedad que es funcional a las soberanías y fronteras estatales?

Se trabajó con lxs sujetxs y la institución mediando herramientas enmarcadas en enfoques disímiles: el tecnocrático de regulación de las migraciones y el normativo de derechos humanos. Este último, es el que posibilitó a “tensionar las lecturas tecnocráticas (...) que lejos están de reconocer a los sujetos como sujetos de derechos” (Programa Seminario Ética y Trabajo Social, 2020).

Uno de los puntos centrales que se tensionó en el proceso fue la denominación de lxs sujetxs de la intervención. El Estado argentino a través de sus diferentes políticas y la sociedad han incidido de manera directa sobre su condición de ciudadanx y el ejercicio pleno de sus derechos, denominándolxs en términos dicotómicos: nacionales-extranjerxs, legales-ilegales, regulares-irregulares, inmigrantes-emigrantes o por el tipo de residencia que poseían: precarixs, transitorixs, temporales o permanentes.

Aquín (2006) plantea que la concepción y la forma de nombrar a lxs sujetxs de la intervención refleja el posicionamiento ético y teórico desde donde se va intervenir, ya que estas pueden resignificar, reproducir o transformar elementos del sentido común. La denominación *migrante* ha sido una construcción colectiva y en consenso. Por un lado, lxs propixs sujetxs se manifestaban como tales y no expresaron incomodidad con el término. Al contrario, remarcaban la connotación negativa que se le adjudica al término *inmigrante* ya que denota la *no pertenencia*. Por otro lado, como equipo se acordó que esta nominación no se centra en si la persona *entraba* o *salía* de un país, sino que sólo denomina a personas en movilidad dejando de lado las fronteras.

Otro de los puntos nodales, ha sido entender el fenómeno migratorio desde la perspectiva de las movilidades que permite introducir la noción del buen vivir. Esta última, remite a la construcción de comunidad entre las personas, el ambiente y los Estados.⁶ Plantea

⁶ Entre sus principios, respecto a la construcción de comunidad con otrxs, plantea la *Suma Sarnaqaña* (saber caminar). Es decir, el caminar acompañadx siempre: con otrxs seres y con la naturaleza.

que moverse es caminar y migrar es moverse siendo un derecho inherente a lxs sujetxs. ¿Y por donde se camina? Por la tierra, por los mares y el aire, pero esos territorios están controlados, han sido adueñados por la organización de los Estados-Nación estableciendo fronteras y concibiendo a la migración como una problemática. Se necesita comenzar a pensar y actuar en pos de la construcción de otra sociedad. Como plantea Minteguiaga y Ubasart-González (2015) el buen vivir debe ser una concepción que funcione como brújula en el accionar político que permita superar las visiones clásicas sobre los territorios y las nacionalidades abriendo paso a otra forma de desarrollo.

Este giro de las movilidades es parte de la construcción de la dimensión política del Trabajo Social, ya que como plantea Marro (2005) cumple

una función específica en la reproducción de las relaciones sociales (...) inserta en el ámbito de las relaciones de poder capitalista (...) donde el carácter político del TS también se hace presente en la tensión que existe entre el control y encuadramiento de las clases subalternas, y la lucha por los derechos de ciudadanía y el acceso a servicios/ recursos fundamentales (p.66).

Por consiguiente, la perspectiva de las movilidades lleva a trabajar en la construcción de un mundo otro. Donde una reestructuración de la concepción de lo nacional/ no nacional es necesaria para que sea disuelta la dominación estatal ejercida sobre los cuerpos.

Entonces ¿cómo trabajar las movilidades en una sociedad que es funcional a las soberanías y fronteras estatales? Se trata de repensar la dimensión y la noción de la ética desde la argumentación y no desde la prescripción⁷, de tomar decisiones entre las opciones, no de un enfoque crítico versus un enfoque tecnocrático, sino de la realidad en la que se encuentran lxs sujetxs y que no se puede ignorar.

La ética de la argumentación es la que permite desarrollar un espacio de crítica y reflexión con lxs otrxs en relación al bien común, a lo colectivo. Cazzaniga (2005) afirma que la reflexión ética acompaña a las prácticas sociales permitiendo discernir, tomar decisiones y argumentar sobre ello. Llevarla adelante implica una constante vigilancia epistemológica para

⁷ La ética de la prescripción es aquella que tiene un fuerte peso conservador, centrándose en el interrogante: ¿*Qué debemos hacer?* Tiende a naturalizar e invisibilizar las normas morales que se perpetúan en los mandatos sociales de control y disciplinamiento.

comprender las nuevas configuraciones contextuales y no reproducir intervenciones desde el control y la tutela cancelando la autonomía de lxs sujetxs. Es por ello, que la elección de hablar de las movilidades permite abordar las migraciones desde una perspectiva crítica. Mirada que no centre ni se reduzca únicamente en el ingreso o egreso, sino que dé apertura a los movimientos que deseen realizar las personas como derecho y libertad de circulación.

1.3 Construcción del campo problemático: migración y salud

Para comenzar, se retoma a Rozas Pagaza (2001) quien considera que la cuestión social es un concepto fundamental para situar el sentido de la intervención profesional. La autora propone una dimensión dialéctica en la íntima relación cuestión social-intervención profesional. Entiende a la primera en tanto relación contradictoria entre capital-trabajo y a la segunda como “campo problemático en la medida que se constituye en el escenario cotidiano donde se objetivan las manifestaciones de la cuestión social y que atraviesan la vida cotidiana de los sujetos” (Rozas Pagaza, 2001, p. 20).

La categoría de campo problemático posibilita rescatar el carácter político de la intervención y analizar la conflictividad social encarnada en la vida cotidiana de lxs sujetxs. Es una construcción histórica social⁸ que habilita y exige un trabajo profundo para develar las manifestaciones de la cuestión social en problemáticas particulares. En esta intervención se abordó la intersección entre la configuración socio-histórica del sistema de salud argentino, las políticas migratorias, la construcción socio-cultural sobre lxs sujetxs migrantes en el imaginario social y sus recursos.

En este punto, se han reconocido obstáculos materiales y simbólicos a los que se enfrentan lxs migrantes por el hecho de ser no nacionales. Por ello, también se piensa en la intervención como dispositivo ya que implica cargarla de sentidos y significados, y adaptarla a las particularidades del contexto. Respecto a esto, Carballeda (2010) retoma la noción de dispositivo de Foucault y entiende este tipo de intervención como:

⁸ En contraposición de la lógica constitutiva de la profesión basada en prácticas instrumentales y de gerenciamiento social que dan como resultados interpretaciones fragmentadas sobre lo social y respuestas rutinarias que solo atienden la urgencia y no generan procesos transformadores.

una red formada por discursos, disposiciones, reglamentos y enunciados que nos permite comprenderla como intromisión a la realidad para producir un cambio, lo que significa ubicar las coordenadas históricas y espaciales, para poder comprender y explicar la esencia de los problemas sociales dentro de una determinada cultura, el sentido de ésta para los que demandan y para quienes receptan (p.56).

En segundo lugar, se identifica el acceso a la salud de lxs migrantes como problemático porque: si bien es un derecho reconocido como para el resto de lxs ciudadanxs argentinxs, las burocracias para lxs primerxs generan requisitos particulares. Begala (2012a) plantea la noción de *ciudadanías jerarquizadas* ante la existencia de un diferencial de derechos entre las personas nacidas en Argentina y las que nacieron en el territorio de otro Estado-Nación. Reflexiona que es a partir de la existencia de normas de menor grado y por la formación histórica del imaginario social sobre estas poblaciones lo que hace que el acceso a ciertos derechos se vea dificultado: se “desdibuja la idea de ciudadanía como goce de derecho y la suplantán por discriminación y exclusión” (Begala, 2012b, p.772). Sin embargo, plantea que no solamente los marcos normativos estructuran estas diferenciaciones, sino también, se conjugan con factores ideológicos que se traducen en conductas/actos culturalmente fundadas y socialmente extendidas de prejuicios y estigmatización. Ante esto, en la intervención se realizó en primera instancia un diagnóstico donde se identificaron prácticas instituidas que pusieron en manifiesto posiciones políticas, morales y personales que reproducen la jerarquización de ciudadanías por las normas.

Por consiguiente, pensar en el área de salud como ámbito de intervención del Trabajo Social, invita a pensarla en términos de campo de Pierre Bourdieu, como conjunto de relaciones de fuerza entre agentes o instituciones, en la lucha por formas específicas de dominio y monopolio de un tipo de capital eficiente en él (como se citó en Gutiérrez, 1997). En este punto, las desigualdades históricas que han marcado a estas poblaciones es lo que genera las trabas para que logren convertirse en agentes, debido particularmente a las desventajas de capitales con que cuentan frente al campo.

Con el Servicio Social del Hospital Córdoba se reconoció la importancia de intervenir en esta temática como campo problemático de la profesión. Reflexionar sobre los atravesamientos normativos e institucionales que inciden en las formas en que esta población accede (o no) a la salud se volvía necesario de abordar. De esta forma, se

diseñaron estrategias dirigidas a mirar la integralidad de la salud con el objetivo de iniciar debates y reflexiones desde la noción de ciudadanía jerarquizadas ante un derecho fundamental como es la salud.

Momento II

Leer las migraciones en Argentina

2.1 Estado, política y derecho: cuatro leyes formadoras de subjetividades

Vasilachis (como se citó en Couto, De Oliveira, Do Carmo Luiz y Separavich, 2019) afirma que las normas jurídicas –consideradas como textos políticos– construyen la realidad y, asimismo, proveen a lxs actores sociales de modelos interpretativos para comprender y modificar esa realidad, como así también orientar su propia acción. Las distintas experiencias migratorias y las concepciones sobre estas han ido variando de acuerdo al tipo de Estado, política y derecho instalado en las diferentes etapas históricas. Por ello en este apartado se destaca que es en el ámbito del Estado-Nación donde deben observarse las aristas de la migración, puesto que es el actor clave con el poder de decisión en la formulación y aplicación de políticas migratorias.

Siguiendo a Novick (2008), las políticas migratorias en el país se pueden recorrer a través de cuatro leyes troncales que permiten develar las nociones sobre estas poblaciones teniendo en cuenta las políticas, el derecho y el Estado.

Desde la estrategia agroexportadora impulsada durante el período 1880-1916, se promovió un desarrollo capitalista dependiente y fomentado por la afluencia de capital y la mano de obra extranjera. Desde este modelo de sociedad, se sanciona la primera ley migratoria del Estado oligárquico: *la Ley Avellaneda*. En esta se explicitaron medidas para el incentivo de la misma ya que lxs recién llegadx recibían beneficios del Estado como: alojamiento gratuito, ayuda económica por cinco días desde su desembarco y subsidio del pasaje trasatlántico -solamente durante un periodo- (Arceo, Fernández y González, 2019). Pero no todxs eran bienvenidx al naciente país. Se legisló en esta Ley por primera vez quienes eran considerados *inmigrantes*; pues en su artículo (art.) 12 los definía en términos de extranjeros jornaleros, artesanos, industriales, agricultores o profesores, menores de sesenta años, y que acreditaran moralidad y aptitud para establecerse en el territorio argentino.

A partir de esta etapa histórica se reflexiona sobre dos cuestiones. En primer lugar, como desde el Estado se promocionaba el progreso y modernización del país a través de

extranjers europeos y blancos que aportaban mano de obra calificada y *civilización* a la sociedad. De esta forma, la perspectiva eurocéntrica se hace visible en la concepción de la identidad europea como el modelo a seguir a través de la distinción de la raza, ya que las poblaciones migrantes eran valoradas desde su contribución no sólo como recurso humano, sino también social y cultural. Se analiza como en el país prevalecía el discurso occidental, colonial y eurocentrista, que no era más que aquella concepción que comenzó con la conquista y colonización de las Américas.

En segundo lugar, se razona cómo la franja etaria era pertinente para el Estado ya que se centraba en la capacidad productiva de las personas, y quienes no entraban en ese rango de edad establecido eran percibidos como carga, tal como aquellos que no cumplieran con el requisito de moralidad. Respecto a este último aparece lo que Cohen (como se citó en Golay, 2013) denomina *el ciudadano adecuado para la Nación*, el cual implicaba una calificación y jerarquización de los grupos sociales clasificados en deseables e indeseables para el naciente país desde una perspectiva eurocéntrica. Así,

el discurso hegemónico enunciaba la necesidad política de “corregir la sangre indígena” (Sarmiento, citado en Cohen 2009: 18), refundiendo o suprimiendo a las “razas inferiores” (Mitre, citado en Cohen 2009: 18) mediante “el auxilio de todas las razas superiores del mundo” (Mitre, citado en Cohen 2009: 18), para lo cual es menester “atraer y fijar al poblador francés, inglés, suizo, alemán, italiano y español del norte” (Alberdi, citado en Cohen 2009: 18) (p.5).

A este punto, se sumaba que las poblaciones migrantes trajeron consigo los movimientos anarquistas y sindicales a Argentina, cuestión que era abordada como requisito de moralidad para el ingreso al país. Por ello en 1902 el gobierno promulgó la *Ley de Residencia* que limitaba la inmigración y discriminaba a los nacidos en el extranjero por su actividad política. Se autorizaba al Poder Ejecutivo Nacional a expulsar o prohibir la entrada de aquellos cuya conducta comprometiera la seguridad nacional, el orden público y el progreso y modernización del país.

De esta forma, puede interpretarse en términos de Novick (2008) como las políticas que desde el Estado se implementan, se presentan como legítimas puesto que a ellas no solo

le subyace el elemento jurídico que las torna obligatorias, sino también las representaciones sociales que las configuran como un instrumento de lucha ideológica.

Esta noción que menciona la autora, puede develarse también en la segunda política migratoria en la historia argentina: la *Ley general de migraciones y de fomento de la inmigración* (N° 22.439) más conocida como *Ley Videla* fue sancionada en 1981 durante la última dictadura militar. El gobierno de facto adoptó un régimen significativamente más restrictivo que reemplazó la *Ley Avellaneda* y sus decretos reglamentarios.

Esta ley, redujo la apertura de las políticas y leyes migratorias del pasado. Su propósito declarado era el de promover la migración de aquellas personas “cuyas características culturales permitan su adecuada integración en la sociedad argentina” (art.2). Así se devela como los requisitos de aptitud moral, sin ideas políticas, era la nueva gente civilizada, caso contrario eran reconocidas como *subversivas*. Lxs migrantes, no eran la excepción a la regla de esta dictadura. Podían ser deportadxs por ingreso ilegal, violación de los términos de estadía, conducta criminal y amenaza a la seguridad nacional o al orden público, sin siquiera un mínimo debido proceso. No tenían derecho a recibir notificación, ni revisión judicial de la decisión de negarle beneficios, de detenerlxs y/o expulsarlxs.

Esta ley de facto preveía restricciones severas a los derechos de estas poblaciones *indocumentadas* lo que impedía su integración en la sociedad argentina. Por ello, se ordenaba a lxs ciudadanxs y funcionarixs gubernamentales a denunciar a aquellxs indocumentadxs que realizaran actos civiles en el país.

El enfoque interseccional aquí permite pensar en las desigualdades y analizar en cada contexto las interacciones entre: las estructuras sociales, representaciones simbólicas y procesos de construcción de identidad vinculadas a la praxis social. Como se observa en este contexto, a lxs migrantes además de la categoría de posición política, se le agregaba la etnia, la clase y la raza como mecanismos de discriminación y profundización de vulneración de sus derechos -característico de la dictadura-.

Además, prevalecía la noción de extranjería. Estas poblaciones denominadas ahora extranjeras, eran admitidas en tres categorías: residente permanente, residente temporario y residente transitorio -actualmente se agrega la residencia precaria y permanece su denominación, pero con otro contenido-. Las dos primeras permitían ejercer actividad lucrativa (la residencia temporaria sólo por el plazo autorizado). A las personas con

residencia transitoria, se les prohibía toda actividad remunerada, demostrando una vez más la distinción entre lxs nacionalxs -o con la intención de serlo- y lxs no nacidxs en territorio argentino.

En esta dictadura militar prevalecía el discurso de que todo aquello que se saliera de la norma sería declarado *subversivo* buscando eliminarse. Se nota que no es novedoso que la igualdad de derechos, no discriminación o el derecho a migrar estén llamativamente ausentes. La legislación de facto declaraba que la Constitución solo era operativa mientras no entrara en conflicto con los objetivos de la Junta Militar.

No obstante, los gobiernos democráticos subsiguientes mantuvieron la aplicación de la Ley Videla enmarcada en la doctrina de Seguridad Nacional⁹ hasta la sanción de la Ley N° 25.871, en 2004. Si bien se presentan las leyes de forma lineal a través de los años, esto es solo a fines de organizar el análisis, ya que en realidad ha habido una multiplicidad de factores que influyeron en las diversas políticas migratorias en el país.

Antes de entrar en la última y actual ley de migraciones, es necesario aclarar los tres factores que la han atravesado: por un lado, el proceso de una comunidad en defensa y apoyo a los derechos de lxs migrantes denunciando la *Ley Videla* ante la Comisión Interamericana de Derechos Humanos (CIDH). Por otro, el cambio de enfoque a través de la incorporación normativa de derechos humanos en la Constitución de 1994 y, la jerarquía constitucional que se le otorga a los tratados internacionales. Y finalmente, el surgimiento del gobierno de Néstor Kirchner luego del grave contexto del 2001.

Al renovarse el panorama del escenario político argentino y latinoamericano, se comenzó a debatir entonces un proyecto para una nueva ley migratoria a la que se denominó *Giustiniani*¹⁰. De esta forma se deja ver cómo las poblaciones migrantes comienzan a ocupar otro lugar en la agenda pública. Se pretendía una nueva ley que tendiera a destruir mitos,

⁹ Al referirnos que está enmarcada en los preceptos de la *Doctrina de seguridad nacional* aludimos a que se concebía el fenómeno migratorio desde una óptica policial, de control restrictivo y de vigilancia de los grupos migratorios como peligrosos y potenciales focos de conflicto.

¹⁰ Diputado que impulsó la derogación de la ley migratoria de la dictadura y es autor de la nueva Ley de Migraciones N° 25.871.

xenofobias y prejuicios sobre esta población, y a recuperar al país en su rol de polo de atracción de migrantes, ahora, latinoamericanxs.

En este primer acercamiento se percibe cómo el panorama sobre estas poblaciones daba un giro respecto a sus antecesoras troncales. Se apuntaba a formular una nueva política demográfica nacional, a fortalecer el tejido sociocultural del país y a promover la integración socio laboral de lxs migrantes. Ya no se trataba entonces de occidente sino de Latinoamérica y su descolonialidad.

Respecto a las otras, una de las reformas rotundas introducidas en esta ley es el reconocimiento del derecho a migrar. Ya no existía la obligación de denunciar a lxs *extranjerxs indocumentadxs* sino más bien, ahora era el Estado el que tenía el deber de subsanar la situación de irregularidad otorgando el derecho al debido proceso en situaciones de detención y/o expulsión. A aquello establecido en la Declaración Universal de los Derechos Humanos se le sumó la obligación del Estado argentino de garantizarlo, además de promover el derecho a educación, trabajo y salud cualquiera sea la situación migratoria.

A diferencia de la Ley militar se implementó el programa de normalización documentaria denominado Patria Grande. El programa consistía en regularizar a lxs migrantes de países sudamericanos miembros y asociados al Mercado Común del Sur (Mercosur) que se encontraran residiendo en Argentina con anterioridad al año 2006. Novick (como se citó en Domenech, 2005) plantea que en este periodo subyace un modelo de sociedad multicultural, integrada en la región e inclusiva, que respeta los derechos de lxs *extranjerxs* y valora su aporte cultural y social. Se buscaba promover un proceso de integración regional mediante un discurso estatal de respeto a las diferencias culturales.

Las intenciones del Programa de Regularización Documentaria siguen sujetas a debates debido a que continúan centrándose en el control y no en la preocupación por lxs migrantes y la protección y garantización efectiva de sus derechos. En efecto, la última Ley migratoria sigue estableciendo categorías y por ende diferenciaciones a través de las habilitaciones y limitaciones de lxs migrantes según el tipo de residencia que posean: precaria, transitoria, temporaria y permanente.

En cuanto a la precaria, es aquella que se da de manera provisoria (durante noventa días) en tanto se regularice alguna de los otros tipos de residencia. Mientras tanto, da derecho a estudiar y trabajar. La residencia transitoria, es la que habilita ingresar y transitar el país por

un determinado lapso de tiempo (por ejemplo, turistas, tratamiento médico, trabajadorxs temporales, etcétera). La temporaria, tiene un lapso de uno a tres años con posibilidad de extenderse. Habilita ingresar y salir del país cuantas veces requiera la persona migrante (personas bajo tratamiento médico, razones humanitarias, entre otros). Por último, la residencia permanente se otorga únicamente a quienes hayan residido durante tres años ininterrumpidos en el país. A menos que sea de un país miembro y asociado al Mercosur se le solicita solo dos años.

Si bien no se introdujeron cambios favorables es necesario aclarar lo acontecido con la política migratoria durante la presidencia de Mauricio Macri. Se sancionó un Decreto de Necesidad y Urgencia (DNU) 70/2017 que buscaba acelerar los procesos de deportación de *extranjerxs* y ampliar las causas que impidan sus ingresos al país. No obstante, a través de rechazos masivos por las poblaciones migrantes como sus organismos defensores se logró su derogación.

Mármora (como se citó en Brisnikoff, 2014) plantea que las normas desarrolladas desde el Estado, comprenden un entramado de regulaciones ya sea para fomentar, promover, retener, recuperar, restringir, incorporar, integrar o asimilar a lxs migrantes. Como la historia no es lineal, las distintas barreras que limitan y condicionan el acceso a derechos para lxs migrantes no pueden ser comprendidas si no se coloca en el centro de escena al Estado a través de sus prácticas y políticas en diversos contextos.

En este breve recorrido se reconoce que existe una matriz colonial que ha operado sobre la configuración de las subjetividades, la construcción de corporalidades y las formas que adquirieron las relaciones sociales respecto a estas poblaciones. El Estado moderno vino produciendo y reproduciendo esta matriz de opresión, en un juego dinámico y contradictorio. Por un lado, porque reconoce y garantiza un conjunto de derechos bajo la lógica de la igualdad, mientras que, por el otro, continúa generando las condiciones de opresión estructural de carácter histórico. Esto queda demostrado en la no equiparación de derechos, ya que sigue subyacente “en el pensamiento de Estado, la ilegitimidad de la presencia del migrante y su vínculo con la no pertenencia y lo provisorio” (Begala, 2012b, p. 773).

2.2 Dos enfoques principales para leer las migraciones

Tras un recorrido por la historia argentina de las diversas legislaciones sobre el fenómeno migratorio es necesario ahondar aún más en su configuración y realizar una clara y breve distinción entre los principales enfoques que circulan.

Cuando se piensa en la *migración* se hace referencia al cambio de territorio que realizan las personas. Puede llevarse a cabo de manera individual, grupal o familiarmente en busca de mejoras en las condiciones de vida económicas, sociales, culturales y de otras oportunidades en el trabajo, educación o salud. A este fenómeno, se lo relaciona usualmente a otros problemas ligados a las fronteras que traen consigo los movimientos de personas: tráfico de personas, terrorismo, inseguridad, contrabando, tráfico de drogas, fuga de cerebros, etcétera. Todas estas problemáticas específicas son las que le dan connotación negativa y de peligrosidad a la idea de la libre circulación y la migración sin fronteras, usándose como los mayores argumentos en contra de una implementación real del derecho a la libre circulación.

Con la globalización y las desigualdades socioeconómicas, por ejemplo, los derechos fundamentales¹¹ como la libre elección de trabajo y el nivel de vida adecuado parecen difíciles de lograr si no hay oportunidades de migración. Por lo tanto, el derecho a la libre circulación no depende de que se añada un derecho más a la lista existente, sino de que se promueva el respeto a los derechos humanos ya reconocidos (Pécoud y De Guchteneire, 2005).

En esta línea en el campo de las migraciones se encuentran dos enfoques -entre muchos- disímiles que permiten leer a grandes rasgos cómo se configuran los procesos migratorios. En este momento se presenta el enfoque tradicional que responde a las soberanías estatales. Se constituye la migración como problemática para los países receptores, pues ha formado soluciones que se centran en regular el derecho a la libre circulación de las personas, organizando y controlando según cada Estado-Nación.

Un enfoque disímil es el de las movilidades humanas, el cual considera a la migración como el derecho inherente que tienen las personas. Reivindica la libre circulación, y plantea que son las fronteras las causantes de las problemáticas en la garantía plena de tal derecho.

¹¹ Según la Declaración Universal de los Derechos Humanos de 1948.

2.2.1 Control, organización y orden: un enfoque desde la regularización migratoria

Desde un enfoque tradicional y tecnocrático de las regularizaciones, la lógica de control y seguridad responde a la idea de que las migraciones representan una amenaza para la unidad nacional, la capacidad territorial y los recursos de los Estados. Para este *problema* se han implementado diversas *soluciones* que constan en diferentes grados de control que tienen los Estados-Nación sobre las fronteras y por ende sobre las personas.

Este control se lleva a cabo a partir de prácticas administrativas y tecnocráticas que buscan lograr un mayor orden y gestión de la migración. Lo que en la actualidad se conoce como gobernanza migratoria se conforma dentro del marco de política migratoria internacional que “propone un enfoque global de gobierno inspirado en el concepto de administración, gestión o gerenciamiento de las migraciones” (Domenech, 2008, p. 112). Los discursos¹² y prácticas sobre el control de la movilidad humana se apoyan en una lógica de costo-beneficio de clasificación de lxs migrantes. Sobre la base de su supuesta utilidad o no, se establece una serie de *ventajas-beneficios* o *desventajas-perjuicios* en relación con lo que lxs migrantes pueden aportar al desarrollo económico, social y al enriquecimiento cultural (Domenech, 2008). El organizar, clasificar y controlar solo busca gestionar los flujos de personas para balancear los intereses económicos de los Estados.

Los Estados-Nación al clasificar y diferenciar las poblaciones a través de sus prácticas, discursos y políticas juegan un rol central en la construcción social y política de la figura de lxs migrantes. No se trata solo de una regulación para el orden, sino que también está en juego una definición sobre la Nación y sus límites, sobre formas de integración, la gestión de las diferencias y las construcciones de alteridades.

La implementación de políticas de regulación tanto para ingresar a los países como para permanecer en ellos, generan trabas burocráticas en la cotidianidad de la vida de lxs *no nacionales*. Legitima la perpetuación del dicho -y requerido- orden y genera conflictos aún

¹² Discursos de diferentes actores centrales: gobiernos, organizaciones internacionales de derechos humanos (Organización Internacional de las Migraciones, Alto Comisionado de las Naciones Unidas para los Refugiados), el mercado, etcétera, que configuran y refuerzan las miradas tecnocráticas de integración diferenciada, que trabajan en pos de llevar adelante una gobernabilidad migratoria.

mayores de los que se supone que generaría la migración por sí sola. Desde esta mirada con principios de organización y categorías de pensamiento ligadas a un ordenamiento nacional-estatal prima la distinción entre lo *nacional* y lo *no nacional*.

Entonces, la solución que los Estados proponen es la integración y regularización de esxs otrxs que llegan a las fronteras nacionales a irrumpir el orden ¿De qué forma se realiza esa integración? ¿desde donde se gestiona? ¿con qué fines? La política migratoria en Latinoamérica se encuentra adherida al régimen global de control de las migraciones y sus diversas modalidades desde los postulados de Bimal Ghosh¹³. La propuesta de Ghosh (2008), se basa en una *governabilidad migratoria* centrada en el desarrollo de las migraciones de manera *segura, ordenada y regular*. Esta plantea que las migraciones no deben afectar las soberanías nacionales ni sus intereses. Por ello se razona que las adherencias a este enfoque de los Estados y las organizaciones internacionales se basan sus discursos bajo el enfoque derechos humanos pero que a la vez postulan normas de menor grado que controlan y restringen.

En esta línea lxs migrantes son interpeladxs por los Estados como víctimas que requieren de su protección que necesitan permanecer en un país diferente al de su nacionalidad de origen. Los Estados plantean una regularización de esas *protecciones* que en realidad son resguardos a sus propios intereses. En este sentido, la noción de Domenech (como se citó Clavijo, Pereira y Basualdo, 2019) sobre el control con rostro humano ha permitido la reflexión sobre el despliegue del control migratorio bajo el discurso de los derechos humanos donde lxs migrantes no son solo vistxs como víctimas para los Estados, sino también como amenazas que requieren medidas de control.

Se entiende que este enfoque estadocéntrico en que la *in*-migración se convierte en una amenaza para el ordenamiento del Estado, requiere que lxs sujetxs en movilidad pasen por un sistema que lxs mida, controle y gestione. Se trata de un sistema que deja de lado y no reconoce la autonomía y libertades de las personas respecto a decidir en dónde quieren desarrollar su vida o una parte de ellas. Las políticas por su parte dejan de lado las diversas configuraciones actuales de la cotidianidad de estas personas. Por ello se necesita de una

¹³ Escritor de nacionalidad colombiana, se desempeña a menudo como consultor principal / colaborador externo de las Naciones Unidas, la OIT, la OIM, el Consejo de Europa y varias comisiones y conferencias mundiales.

mirada más atenta que pueda leer estas configuraciones y que sea más flexible dejando de ejercer control sobre los cuerpos de quienes migran.

2.2.2 Re-pensar la (no) administración de las fronteras

Como reacción al orden social dominante del enfoque de control y regulación de las migraciones, han surgido diferentes estudios y trabajos críticos que proponen una migración y movilidad sin fronteras. Como expresa Pécoud y De Guchteneire (2008):

En un mundo globalizado en el que los flujos migratorios parecen burlar los intentos de los Estados de regular estos movimientos, la hipótesis de la migración sin fronteras impugna las opiniones convencionales sobre la migración y promueve una reconsideración crítica de las actuales políticas y prácticas (p.13).

¿Qué se propone entonces con la llamada migración sin fronteras? Este enfoque invita a replantear el control de las fronteras como un dispositivo irrelevante sobre la movilidad humana. Centrada en la prevención de los daños provocados por el régimen de control de fronteras, que busca lograr un modo efectivo de igualar oportunidades entre lxs sujetxs. Se considera que el control conlleva a la exclusión de aquellxs que no logran cumplir con las disposiciones que estipulan los Estados.

En primer lugar, ¿por qué se considera necesario otra manera de (no) administrar la migración? Es claro que los intentos de controlar y administrar las fronteras y el movimiento de las personas han sido fallidos, ya que se ha colocado el bienestar del Estado-Nación sobre las necesidades e intereses de los sujetxs.

Ferrajoli (1998) plantea que al universalismo de los derechos humanos le subyace la categoría de ciudadanía. Se crean limitaciones donde el primer requisito para ser sujetx de derechos es la pertenencia a una determinada comunidad. La ciudadanía deja de ser un elemento jurídico igualador y democratizador para ser configurador de desigualdades, privilegios, exclusiones y discriminaciones con quienes no sean miembrxs de la comunidad.

El ingreso a un país para las personas es desigual, inequitativo y hay infinidad de cuestiones que se entrecruzan a la hora de ser admitidxs en otro territorio. La migración no es concebida de la misma forma si se da por cuestiones bélicas en el país de origen o si se da por condiciones económicas consideradas individuales de las personas, por ejemplo. En el primer

caso el país receptor brindará ayuda y en el segundo se verá a estas personas desde el prejuicio por el uso indebido de recursos nacionales.

En segundo lugar, el permanecer en el territorio de destino y sus condiciones también implica un conflicto ya que significan grandes y complejos requerimientos que no todos logran cumplimentar. Por un lado, quienes ingresan de manera ilegal, se exponen a graves riesgos como la deportación, estafas, trata de personas, etcétera. Y, por otro lado, los que logran ingresar por la vía legal con los *papeles correspondientes*, se les presentan trabas burocráticas desde el Estado. A estos se les exige constantemente la regularización de sus situaciones documentarias con amenazas de deportación, por ello la dificultad no solo es ingresar, sino también permanecer.

El régimen de control de las fronteras no logra evitar o solucionar estas problemáticas a través de persecución, securitización y cierre de fronteras. Esto lleva a la búsqueda de nuevas formas de *manejar* las movilidades, revisar sus causas, facilitarlas y posibilitar mejores condiciones de ingreso y de permanencia. Es claro que pensar o proponer una inexistencia de las fronteras geográficas es utópico, sería el horizonte, pero entre medio se debe trabajar para eso. Lo más viable va a comenzar cuando se eliminen las clasificaciones y jerarquizaciones de las personas y se trabaje cooperativamente a nivel internacional con acuerdos que estén realmente basados en una implementación de los derechos.

En tercer lugar, se destaca que en el caso de poder lograr el horizonte de eliminación de las fronteras geográficas permanecerán otras fronteras: las fronteras sociales y culturales. Como lo señalan Pécoud y De Guchteneire (2005):

no basta con hacer que la gente tenga el derecho de cruzar las fronteras, sino también se debe asegurar de que, una vez en el país no se vea inmovilizada por fronteras internas. Esta es una condición para la cohesión social y para la emancipación humana (p.157).

Para erradicar esto se necesita de un delicado trabajo artesanal desde otra hegemonía entre los organismos estatales, las organizaciones no gubernamentales, los medios de comunicación, los referentes públicos y las academias. Como plantea Domenech (2011) hay que trabajar para superar la imposibilidad del propio Estado-Nación para pensar la migración a través de políticas que no estén sustentadas en la división nacional/extranjera, legal/ilegal.

Dentro de un mundo globalizado donde las fronteras son reforzadas mediante la justificación de resguardar la seguridad territorial, es que la cuestión de la movilidad es percibida con temor en los países receptores. Las políticas restrictivas dirigidas a impermeabilizar las fronteras no pueden ocultar su inefectiva función de barrera frente a quienes salen en búsqueda de una mejor condición de vida. Esto conduce a una situación paradójica: si bien los controles obstaculizan cada vez más las movilizaciones, moderan el flujo y los desalientan, no pueden detenerlos en su totalidad. Como reacción adversa promueven la migración irregular, impulsando a utilizar medios ilegales para ingresar al país deseado.

Apostar por un mundo sin fronteras supone deshacer el discurso legitimador de la exclusión que criminaliza al migrante. Se requiere sin duda introducir un elemento disruptivo en el discurso hegemónico sobre las políticas migratorias. Si bien el concepto de las fronteras abiertas y la circulación ilimitada de las personas es inscripto como una utopía, hay que reconocer y problematizar que el control no genera soluciones viables para lxs sujetxs ni para los Estados.

2.3 Sujetxs de la intervención desde la migración: categoría jurídica y categoría social

Durante este momento se observó cómo progresiva e históricamente se ha ido constituyendo y construyendo la *figura del migrante* desde leyes formadoras de subjetividades hasta enfoques que disputan el control-no control de las movilidades. Es inevitable que las denominaciones y connotaciones que aparecen tanto en la literatura como en los marcos normativos no generen impactos sobre lxs sujetxs que han *experimentado* la movilidad. Resulta pertinente analizar lxs sujetxs de la intervención desde la categoría jurídica y la categoría social que sobre lxs migrantes conciernen. No con el fin de colocarlas como opuestas, sino marcar la necesidad de que se comiencen a trabajar como complementarias.

En primer lugar, la noción de extranjería aparece a través de la nominación de *extranjera* como categoría jurídica que se configura en los marcos normativos para reconocer, limitar o negar ciertos derechos a algunas personas. La idea que cruza desde esta noción trae como consecuencia la denominada ciudadanía jerarquizada que tienen lxs migrantes por no

poseer frente al sistema jurídico la nacionalidad argentina. La extranjería aparece como una categorización a las personas etiquetándolas como irregulares, legales, ilegales, etcétera.

Fassin (2010) plantea que en esta categoría se utiliza la compasión para mirar a estxs sujetxs, una compasión que se ejerce desde el espacio público, de arriba a abajo. Ha centrado su atención en la condición del sujetx y no de sus derechos, conformando en el imaginario general un sujetx silenciadx, pasivx y carenciadx que requiere ser atendidx, gestionadx y regularizadx. Se espera de lxs receptorxs humildad y agradecimiento, ocultando el trabajo colectivo, la potencia y la resolución de las que son poseedores.

En segundo lugar, la noción migración como categoría social. Se diferencia de la primera en cuanto se concibe al sujetx de la intervención como un sujetx contextualizado históricamente atravesado por un contexto macro económico, político, cultural y social y, a la vez, uno micro, configurado por las instituciones y espacios cotidianos por lxs que transitan. Todas estas condiciones externas a lxs sujetxs configuran en términos de Bourdieu (como se citó en Custo y Fonseca, 2009) un habitus, es decir, condiciones que se constituyen en un sentido práctico a partir del cual actúan y deciden de acuerdo a su posición y a los recursos que tienen disponibles. Como reflexionan Custo y Fonseca (2009) “estos sujetos deseantes se movilizan para generar sus alternativas, sus recursos, sus soluciones, (...) se organizan colectivamente generando prácticas sociales solidarias (...) donde se unen sobre la base de las tareas que tienden a satisfacer las necesidades sociales” (p.85).

Se reconoce que las dos categorías son necesarias para abordar la migración. Como se vio anteriormente desde Vasilachis (Couto et al. 2019) las normas jurídicas son también textos políticos que construyen la realidad y la cargan de sentidos, pero es también necesaria la categoría social que contempla a sujetxs en un tiempo y espacio. Se debe contemplar una mirada integral que permita ver la complejidad de las categorías que inciden en las vidas cotidianas.

Momento III

El laberinto de la Salud

3.1 Concepción de salud desde dos modelos de atención: médico hegemónico y medicina social

En este momento del desarrollo se realizará un recorrido sobre la manera de concebir el proceso de salud desde dos modelos o formas de atención predominantes: médico hegemónico y medicina social. A través de los años han ido integrando categorías centrales para abordar y comprender la salud.

Por un lado, uno de los grandes modelos que se consolidó en las prácticas de salud es el denominado modelo médico hegemónico. Su hegemonía fue organizada básicamente por las instituciones médicas y el Estado, como así también por el conjunto subalterno de la sociedad que veía en él la solución a sus padecimientos de salud. Menéndez (1988) entiende a este como un

conjunto de prácticas, saberes y teorías generados por el desarrollo de lo que se conoce como medicina científica, el cual desde fines del siglo XVIII ha ido logrando establecer como subalterno al conjunto de prácticas, saberes e ideologías teóricas hasta entonces dominantes en los conjuntos sociales, hasta lograr identificarse como la única forma de atender la enfermedad (p.451).

Este modelo responde a una perspectiva positivista y concibe a la salud como la ausencia de enfermedad, reduciendo lo humano a lo puramente biológico. Coloca al sujeto en un rol pasivo y subordinado desde una a-historicidad y a-sociabilidad que lleva a concebir por separado lo biológico y lo social, negando toda influencia de este último en la enfermedad. Belmartino (s/f) lo caracteriza en seis rasgos: iatrogénico¹⁴, medicalizante, mercantil, biologicista, tecnocrático, desigual e individualista.

¹⁴ Es un daño no deseado ni buscado en la salud, causado o provocado como efecto secundario inevitable por un acto médico legítimo y avalado, destinado a curar o mejorar una patología determinada.

El contexto en que la Argentina comienza a comprender la salud como un derecho surge una nueva concepción de salud creada por la Organización Mundial de la Salud (OMS)¹⁵. Se la definió como el completo estado de bienestar físico, mental y social y no sólo como la ausencia de afecciones o enfermedades. Constituyó un punto de partida y significó un gran avance, ya que amplió la concepción al incorporar aspectos sociales y mentales como parte del proceso de salud-enfermedad-acceso-atención-cuidados quebrando la visión unicausal. Sin embargo, no tuvo la centralidad necesaria ya que solo fue visto como un factor más. Siguió primando la atención de lo biológico sobre otros factores, llevando a que se continuaran con intervenciones fragmentadas por parte de cada una de las disciplinas intervinientes en el campo de la salud.

La eficacia de la biomedicina fue una de las principales características que permitió la expansión y el dominio de este modelo sobre los otros desde su surgimiento hasta la actualidad. Comenzó a ser cuestionado a fines de los '70 a raíz de la crisis económica, política y social que aconteció a nivel mundial. Se encontraba con la dificultad de generar nuevas respuestas a problemas de salud que persistían. Pese a la crisis y el cuestionamiento, sigue en vigencia al ser legitimado por las instituciones, el Estado y la sociedad en general.

Por otro lado, Breihl¹⁶ (2013) menciona que en esta misma época bajo el influjo social se crearon las condiciones para que varios núcleos de la medicina social de América Latina se enfocaran en la relación entre el orden social capitalista y la salud. En estas condiciones se desarrolló el otro modelo: medicina social. La definición de la OMS desde este modelo recibió críticas por responder a una concepción funcionalista y por la dificultad de aplicarla en la realidad, ya que nadie vive en un estado completo de bienestar continuo. La medicina social concibe a la salud y la enfermedad como un proceso dialéctico y continuo atravesado por el contexto social e histórico. Reconoce el carácter histórico-social de los problemas de

¹⁵ La Organización Mundial de la Salud (OMS) es un organismo internacional de la Organización de las Naciones Unidas. Se constituye en Suiza en 1948 y actualmente se conforma por 195 Estados, los cuales cada uno cuenta con su representante en la Asamblea Mundial de la salud que se da anualmente. Tiene diversas funciones, entre ellas: clasificar enfermedades y lista de medicamentos esenciales, tomar medidas sanitarias en relación a vacunación, trasplantes, epidemias, etcétera.

¹⁶ Este autor desarrolla la categoría de determinación social de la salud la cual parte de una epidemiología crítica que se apoya en el modelo de medicina social contrario a la epidemiología convencional.

salud y analiza a la población y sus instituciones sociales como totalidades, trascendiendo lo individual.

Desde la medicina social se definen los problemas y se desarrollan investigaciones a través de unidades de análisis sociales e individuales con un encuadre teórico metodológico colectivo. Pensar la salud desde este modelo permite reconocer e incluir la existencia de otros saberes contra hegemónicos y a considerar que el proceso salud-enfermedad-acceso-atención-cuidados no solo depende de las intervenciones médicas sino también desde las circunstancias políticas, sociales, económicas y culturales según el tiempo y espacio¹⁷.

Otra propuesta es la noción de determinación social de la salud¹⁸ desde la epidemiología crítica. Es una de las categorías¹⁹ que plantea que "los modos de enfermar son el resultado de patrones de producción y reproducción determinados por clases sociales" (Restrepo, 2013, p.46). La salud y la enfermedad no se consideran como resultados de una cadena causal, sino como un emergente de las contradicciones, tensiones, negociaciones y mediaciones sociales, culturales, económicas, políticas y simbólicas.

Un concepto de salud que es necesario retomar es el que surgió de la producción colectiva en Buenos Aires entre un equipo de salud y la comunidad del Barrio de la Matanza. Describieron que la salud es "la capacidad de lucha individual y social contra las condiciones

¹⁷ Menéndez (2003) hace un planteamiento sobre el rol de la automedicación, el autocuidado, la salud colectiva, la salud individual y hace principalmente foco en las diferentes formas de autoatención. Entiende a la salud como un proceso que inicia en los primeros síntomas que son parte de la autoatención hasta la necesidad de la intervención de nuevos actores para tratamientos más complejos. Propone la necesidad de una relación médico-paciente más simétrica y complementaria. Reconoce varias formas de atención: popular y tradicional, biomédica, alternativas, paralelas o new age, devenidas de otras tradiciones médicas académicas y centradas en la autoayuda.

¹⁸ El uso de esta noción se desprende del pensamiento crítico latinoamericano en su propuesta de una concepción compleja de la salud, donde se la aborda como un "proceso: con producción, contenido histórico y dinámico, es decir (...) en el marco de las relaciones entre acumulación, propiedad y poder" (Moreno, 2020, p.1). Esta noción tiene tres componentes básicos o dominios: global (modos de vida, política económica, etcétera.) particular (condiciones de vida) y singular (enfermedad curación y prevención).

¹⁹ La determinación social junto con la reproducción social y metabolismo sociedad-naturaleza son categorías que han conformado el eje teórico de una propuesta de ruptura con el paradigma dominante de la salud pública.

que limitan la vida" (Ferrandini, 2010, p.4) para cambiar el estado de las cosas, motivados por deseos e intereses de la transformación de la realidad. No se debe comprender la enfermedad como una abstracción social, sino ser contemplada en su influencia social, considerada como parte constitutiva del proceso incesante de la salud. Se trata de un proceso que además de biológico es histórico y social ya que como plantea Czeresnia (1999) el cuerpo no debe ser desvinculado de todo el conjunto de relaciones que constituyen los significados de la vida.

Comprendiendo las diversas nociones de salud que se desprenden de la medicina social, se apuesta a que la salud no obedece a un orden exclusivamente individual. Se trata de un proceso complejo entre lo colectivo, histórico y social determinado por el ambiente: "Hay una diferencia entre plantear el proceso biológico como un fenómeno natural, y postular, que, aun siendo un proceso biológico, asume formas históricas específicas" (Laurell, 1986, p.2).

Al momento de nombrar a la salud es necesario entenderla como proceso que conforma un conjunto con la enfermedad, el acceso, la atención y el cuidado. Representa un enclave analítico ineludible tanto porque realza la relación entre la salud y la enfermedad, como porque ubica a los conjuntos sociales como objeto de reflexión. Considerar estas dimensiones de manera integral ayuda a comprender las vivencias tanto de los sujetos como de sus familias, el entorno y de los profesionales de la salud que aportan a brindar una resolución de dicho proceso.

El contextualizarla implica abarcar todos los aspectos que influyen en la salud. Se remite a proceso porque se trata de momentos sociales e históricos y no de situaciones estancas y lineales que avanzan desde la enfermedad a la mera cura. La enfermedad

es una dolencia personal y una construcción social y cultural ya que cada sujeto vive la enfermedad según sus características individuales y la construcción sociocultural particular del padecimiento, siendo su comportamiento para el cuidado o recuperación de su salud, singular y dinámico (Sacchi, Hausberger y Pereyra, 2007, p.1).

La representación social que las personas tengan de su problema determinará qué acciones y procedimientos decidirá llevar a cabo (Kornblit y Mendes Diz, 2000). La enfermedad involucra aspectos que pueden limitarse al hecho de estar enfermo, pero también

incorpora la posibilidad de identificar el problema y reconocer el lugar que ocupa la salud en su vida cotidiana.

El acceso remite a la acción de ingresar a los servicios de salud. Stolkiner (como se citó en Barcala y Stolkiner, 2000) comprende que es el encuentro entre lxs sujetxs y los servicios a partir de un vínculo entre las condiciones y discursos que generan los servicios y, las condiciones de estos y las representaciones propias de lxs sujetxs. Es necesario comprender que la accesibilidad no es dada, sino que se construye en las modalidades de encuentro y por ello hay que diferenciar entre la accesibilidad inicial y la accesibilidad ampliada. La primera refiere al momento de ingreso al sistema, mientras que la segunda a las posibilidades de acceso en todo el proceso de salud-enfermedad-atención-cuidados. Puede estar la posibilidad de ingresar al sistema, pero sí el acceso se ve limitado durante el proceso no se trataría de un pleno derecho.

Menéndez (como se citó en Pagnamento, Weingast, Caneva, Castrillo, Hasicic y Specogna, 2016) propone incluir la atención a los procesos de salud-enfermedad porque

tanto los padecimientos como las respuestas hacia los mismos constituyen hechos sociales, y, por tanto, generan un conjunto de representaciones y prácticas para entender, enfrentar y de ser posible solucionar la incidencia y las consecuencias generadas por los daños a la salud. Es por esto que se puede considerar que los conjuntos sociales construyen acciones, técnicas e ideologías, frente a los procesos de salud enfermedad, una parte de las cuales se ha organizado profesionalmente delimitando una manera legitimada de entender y de actuar ante los daños a la salud y también orientando, normalizando, formas “correctas” para prevenir/evitar el desarrollo de ciertos padecimientos y/o favorecer la salud (p.4).

En cuanto al cuidado se trata de incluir al proceso a aquellas prácticas preventivas, curativas o de acompañamiento que realizan lxs sujetxs o su entorno por fuera de los sistemas formales de atención. Se ponen en práctica las creencias, saberes, representaciones y las formas en que se piensa y concibe a la salud.

Tal como se ha desarrollado en el apartado, se puede observar cómo las categorías de salud, enfermedad, acceso, atención y cuidados se constituyen mutuamente dentro del proceso. Proceso que reducido a lo biológico como lo plantea el modelo médico hegemónico,

queda en el vacío si no se lo relaciona al contexto social, económico, político, cultural y ambiental.

3.2 La salud como campo y como sistema

En este apartado resulta pertinente adentrarse a la concepción de salud desde dos dimensiones. Por un lado, los desarrollos de Pierre Bourdieu sobre campo permiten leer la salud desde la complejidad de las relaciones entre diversxs agentes y capitales que se ponen en juego en este ámbito. Por otro lado, la concepción de la salud como sistema posibilita analizar la fragmentación de los modelos de salud -de obras sociales, privado y público- y los diferentes niveles -primer, segundo y tercer-.

3.2.1 La salud como campo desde la teoría de Pierre Bourdieu

Los aportes del sociólogo francés Pierre Bourdieu sobre la comprensión de la sociedad han sido utilizados en las ciencias sociales como base para leer la complejidad de las relaciones sociales. Para el autor la sociedad existe bajo dos formas: los campos, que conforman las estructuras externas, y los habitus que conforman lo social hecho cuerpo en lxs agentes²⁰. Así, bajo un pensamiento relacional, concibe a la sociedad a partir de su heterogeneidad y como conjunto diferenciado donde cuyos espacios de lucha son independientes y autónomos -en contraste con las teorías sociales clásicas que ven la sociedad como un todo homogéneo, integrado y armónico- (Fowler y Zavaleta, 2013). La noción de campo aplicada en salud posibilita la comprensión como espacio relacional en el que lxs agentes (obras sociales, hospitales, centros de salud, municipios, prestadores, profesionales, usuarixs, afiliadxs, etcétera) desarrollan estrategias disputando poderes de nominación (sentidos y significados) y prácticas de intervención según sus posiciones, habitus y trayectorias en cada momento socio histórico (Nucci, Crosetto, Bilavcik y Miani, 2018).

²⁰ La noción de agente es mucho más dinámica que la idea que encierra el concepto de actor. El agente capta la complejidad a través del habitus que orienta su percepción y su respuesta, mientras que su *sentido práctico* le permite anticipar el futuro sin la necesidad de pensar lógicamente en la acción a seguir. Se considera un productor y generador de ideas y respuestas. El agente es poseedor de ciertos capitales y se encuentra en lucha por la obtención de otros (Gutiérrez, 2005).

Esta teoría permite abordar de una manera distinta la salud ya que implica salir de la mirada parcializada y simplista con la que tradicionalmente se la describe. Es reconocer la convergencia en un espacio constituido históricamente por instituciones y actores con leyes de funcionamiento propias (Gutiérrez, 2005). Se conforma una red de relaciones con intereses de diferentes agentes que luchan por la consolidación y el predominio de uno o más capitales.

Los capitales económicos, sociales, culturales y/o simbólicos que se ponen en juego determinan la capacidad de imponer significaciones de manera legítima. Desde allí, los agentes compiten por su acumulación y tratan de lograr acuerdos o confrontación, dando como resultado posiciones dominantes o de subordinación al interior del campo (Spinelli, 2010). En el campo de la salud una de las cuestiones que está en juego es la concepción de salud y cuál es el modelo -médico hegemónico o medicina social- *legítimo* para abordarla, ya que de él se determinarán los modos de atender, gestionar e investigar. Spinelli (2010) considera que

se caracteriza por la complejidad, producto de la combinación de la alta concentración de capital económico; los problemas de financiamiento; la persistencia de estructuras administrativas arcaicas en el Estado, que atentan contra quienes intentan dar cuenta de otras institucionalidades; las bajas capacidades de gobierno/gestión; la falta de regulación en la formación de profesionales; el significativo número de trabajadores que componen la fuerza de trabajo; la autonomía de los mismos y el destacado valor social de los temas sobre los cuales se desarrollan las prácticas (p.276).

Esta noción permite reflexionar y pensar a la salud desde su complejidad. No como mero conjunto fragmentado con normas y procedimientos, donde cada sujeto involucrado tiene roles y funciones que desarrollan de forma pasiva; sino que, habilita a entender que en los espacios en que se desenvuelven los sujetos están en constante disputa por lograr cumplir sus intereses o satisfacer sus necesidades con el fin de constituirse como agentes. Se trata de espacios que no pueden verse por separado sino como mutuamente constituidos y flexibles, ya que los agentes constituyen el campo, pero también el campo es el que constituye a los agentes.

3.2.2 La salud como sistema

Como se vio en el apartado anterior la salud es comprendida como campo ya que en ella se establecen múltiples relaciones entre diversxs agentes con diferentes capitales que ponen en juego para imponer sus intereses. Pero la salud en el caso argentino también es vista como sistema, es decir, como una fragmentación con responsabilidades divididas y escasamente articuladas.

Ranzinkov (como se citó en De la Peña Consuegra y Velázquez Ávila, 2018) plantea una noción general de sistema como “conjunto de elementos que tienen relaciones y conexiones entre sí, y que forman una determinada integridad, unidad” (p.33). Esta forma de comprensión no puede aplicarse cuando se piensa en el sistema de salud argentino porque si bien cuenta con recursos y actores, su fragmentación y escasa integralidad hace inconducente el uso de la definición general (Tobar, 2017).

Tobar, Olaviaga y Solano (2012) afirman que la multiplicidad de agentes no implica necesariamente fragmentación, pero la existencia de diversxs responsables sin un esquema explícito y coordinado de división del trabajo disuelven las responsabilidades. Se reflexiona que se trata de un sistema complejo y fragmentado. Complejo porque intervienen en él una multiplicidad de actorxs con diversos roles y funciones, y fragmentado porque existe una ausencia de principios y criterios integradores entre los subsistemas: “la fragmentación debe entenderse como la disolución de las responsabilidades por los cuidados de la salud, en detrimento del derecho a la salud de la población” (Tobar, Olaviaga y Solano, 2012, p.2).

Resulta necesario acercar las características generales de la heterogeneidad en el interior del sistema de salud argentino a lo largo de la historia, puesto que la fragmentación de las instituciones se constituye hasta la actualidad en su rasgo distintivo.

Acuña y Chudnovsky (2002) remiten que en el país el sistema público sufrió un gran deterioro por su escasa capacidad de dar respuesta eficiente y de calidad a los problemas de salud que se acrecentaban por las crisis políticas y económicas a lo largo de la historia. Esta incapacidad de dar respuestas funcionó como disparador para el crecimiento de los tres subsistemas que perduran hasta hoy: público, obras sociales y privado.

El subsistema público es aquel que obtiene sus recursos del sistema tributario argentino. Esto hace posible financiar las políticas públicas -en este caso de salud- que son

diseñadas y ejecutadas por el Estado. Siendo la Argentina un país federal, las políticas se dividen en jurisdicciones: nacional, provincial y municipal.

Hipotéticamente, la Nación en la figura del Ministerio de Salud asume en la década de los años noventa las funciones de coordinación, regulación y asistencia técnica. (...) En la práctica, el rol del nivel central es muy acotado. Prácticamente no interviene en la política de salud nacional (Acuña y Chudnovsky, 2002, p.9).

Gran proporción de la población del país que no se encuentra cubierta por los servicios que brindan los otros subsistemas, recurren en su mayoría a los servicios ofrecidos por el subsistema público. Se proveen servicios gratuitos de salud de forma descentralizada a toda la población a través de instituciones hospitalarias o centros de atención equipados con recursos humanos, tecnológicos y administrativos según su nivel de complejidad -primer, segundo y/o tercer nivel-.

El subsistema de obras sociales comienza a cobrar particular importancia en la década de los '40 cuando los gremios y sindicatos toman fuerza como colectivo. En los '70 se consolidó este subsistema con la sanción de la Ley N.º 18.610 que extendió de manera obligatoria la afiliación a toda la población trabajadora y a lxs jubiladxs y pensionadxs. El rasgo central fue el carácter obligatorio de la adhesión y la organización por rama de actividad. En la actualidad se constituye como un seguro social para la protección de lxs trabajadores asalariadxs -y familiares directos- cuyo aporte se realiza a través de las contribuciones de empleadorxs y empleadxs.

El subsistema privado se encuentra conformado por empresas de medicina prepagas, cuyas ofertas varían en cuanto a su precios, servicios y planes de coberturas -según su nivel de complejidad-, siendo esta última mayor que la de las obras sociales. La afiliación o adherencia a este sistema se hace de modo particular, voluntario y el pago mensual de lxs afiliadxs es su medio de financiación. También existen convenios entre este subsistema y el de obras sociales lo que permite a la población acceder a una amplia red de prestaciones.

Cabe aclarar que los tres subsistemas brindan servicios para tres niveles de atención según su complejidad. Vignolo, Vacarezza, Álvarez y Sosa (2011) consideran que cada nivel de atención en salud condiciona el nivel de complejidad que debe tener cada establecimiento

-sea cual sea el subsistema-, como los tipos de recursos humanos, físicos y tecnológicos necesarios para el cumplimiento de los objetivos de la unidad asistencial, sus servicios y organización.

El primer nivel es el de bajo riesgo. Es la Atención Primaria de la Salud (APS) que funciona como la puerta de entrada al sistema de promoción y prevención de diagnóstico temprano. Sus actividades se desarrollan en diferentes dispositivos barriales como centros de atención primaria de la salud (CAPS o dispensarios), salas de emergencia, centros de salud, entre otros. El segundo nivel brinda servicios de atención de especialidades de bajo y mediano riesgo que trata de dar mayor resolución a los problemas detectados en el primero. Finalmente, el tercer nivel -nivel del Hospital Córdoba- es de atención de alto riesgo. Se brindan servicios de procedimientos diagnósticos y terapéuticos con mayor complejidad con recursos humanos altamente calificados y de alta tecnología (Pizzi, 2014).

3.2.3 La conformación del sistema de salud argentino a través de políticas públicas

Los subsistemas mencionados en el apartado anterior han ido mutando a través de los años. Fueron las decisiones de cada gobierno de turno las que han ido moldeando lo que hoy es nuestro sistema de salud.

Durante la conformación del país las decisiones políticas desde el modelo liberal se tomaban en torno a la protección del mercado donde ninguna problemática social, ni siquiera una epidemia debía ser riesgo para la producción (Tobar, 2012). La salud no era concebida como derecho, sino que quedaba bajo responsabilidad individual, y la enfermedad, como objeto de caridad por instituciones sanitarias con improntas católicas.

Desde la independencia se mantuvo la herencia colonial alrededor de una institución especializada: el Protomedicato²¹. Abarcó todas las funciones consideradas hoy como esenciales de la salud pública, aunque no las ordenó jerárquicamente. Más tarde se promulgó la primera Ley de Arreglo de la Medicina que establecía las formas y condiciones de la asistencia médica y creaba la Academia Nacional de Medicina. Para la misma fecha, se creó

²¹ El protomedicato del Río de la Plata fue la institución encargada de la salud pública y de la formación de médicos desde el 17 de agosto de 1780 hasta el 11 de febrero de 1822.

la Sociedad de Damas de Beneficencia y se inició la etapa de fundación hospitalaria, donde resaltan los hospitales de las colectividades extranjeras.

Ya para la segunda mitad del siglo XIX, el cólera y la fiebre amarilla fueron estímulo para desarrollar una estructura institucional encargada específicamente de proteger la salud colectiva por lo cual había que reinventar al Protomedicato (Programa de las Naciones Unidas para el Desarrollo, 2011).

En 1880 con la primera presidencia del General Julio Argentino Roca se creó el Departamento Nacional de Higiene (Pérgola, 2004). La acción del Estado se limitaba a ejercer el control de vectores en enfermedades transmisibles. Los servicios de atención médica eran prestados como forma de caridad por Sociedades de Beneficencia y no eran parte de las funciones del gobierno. En la historia de la medicina argentina entre los años 1880 y 1943, pueden identificarse dos momentos: el higienismo²² y el sanitarismo²³ (Sánchez, 2007). Actuaron para ello como entidades directrices: el Departamento Nacional de Higiene, la Asistencia Pública y el Patronato de la Infancia, a las que se sumaron otras asociaciones, donde no faltaron las de beneficencia y las de socorros mutuos (Programa de las Naciones Unidas para el Desarrollo, 2011).

Esta etapa es la que Acuña y Chudnovsky (2002) denominan el modelo descentralizado anárquico ya que el rol del Estado era subsidiario y consistía en la formación de recursos humanos dedicados a la actividad sanitaria y la prestación asistencial. Se limitaba a cuidar la higiene pública, controlar epidemias y vigilar la sanidad de fronteras a la vez que se ocupaba de la asistencia frente a contingencias no previstas. Tiempo después se comenzó a problematizar las cuestiones de salud y generar un cambio en estas situaciones.

Desde 1945 hasta 1955 el ámbito público comenzó a tomar un rol importante como planificador, gestor y prestador de servicios en políticas de salud. De la mano del gobierno peronista se desarrolló un modelo centralizado, la salud por primera vez apareció

²² El higienismo se desarrolló principalmente entre 1880 y 1920, se centraba en enfermedades infectocontagiosas. Ponían énfasis en la vigilancia de las condiciones habitacionales ya que eran el foco de contagio.

²³ El sanitarismo se desarrolló entre 1920 a 1940. Incorporó el eje en la atención a la vida rural, concentrándose en el paludismo, la malaria y la parasitosis.

como responsabilidad estatal. Se nacionalizaron todas las instituciones públicas de salud existentes, se crearon centros de atención ambulatoria, se convirtió al hospital público en un centro formador de profesionales y se fundó por primera vez el primer Ministerio de Salud público del país.

En este breve recorrido se muestra un giro de perspectiva donde la salud comenzó a legitimarse como responsabilidad estatal y como un derecho inalienable que requiere de atención, recursos, organización y responsabilidad.

Con el golpe de Estado se implementaron una serie de reformas en el campo de la salud basadas en la transferencia de responsabilidades tanto técnicas como administrativas - que estaban a cargo del gobierno Nacional- hacia las provincias y los municipios. Esto se dio a través de una progresiva desconcentración de los centros de planificación y decisión de los servicios de salud. “Por un lado, se realizaron las primeras transferencias jurisdiccionales, y por el otro, las Obras Sociales cobraron importancia dentro del entramado de actores relevantes del sistema” (Acuña y Chudnovsky, 2002, p.22).

Durante este gobierno de facto se suscitaron numerosas situaciones de agitación social sumándose la creciente fuerza del sindicalismo. En este escenario el gobierno recurrió al diálogo con los dirigentes sindicalistas con el objetivo de fortalecer su relación. Para ello, se sancionó la Ley Pro-Sindical en 1970 donde se dejó al sindicato como el único administrador de las obras sociales y sin intermediarios, con la intención de disipar el conflicto social que amenazaba su gobierno.

En este periodo las obras sociales -conducidas por los sindicatos- adquirieron un lugar preponderante como sistema prestacional. Esto llevó a la reducción de la importancia del subsistema público y dejó en segundo lugar a las políticas de descentralización. Aunque se reconoce que se lograron las primeras transferencias de hospitales nacionales a las provincias, no fueron del todo exitosas por la falta de asistencia técnica y financiera.

Con el retorno del gobierno peronista se creó un Sistema Nacional Integrado de Salud con el fin de articular los subsistemas y conformar un único sistema de salud con eje en el Estado. Aunque este tenía el fin de brindar un acceso igualitario no se logró en su totalidad porque no se obtuvo la adhesión de las obras sociales ni de varias provincias.

Después del intento fallido de articular las diferentes prestaciones, la situación se complejizó con la última dictadura cívico-eclesiástico-militar de 1976. Este gobierno de facto que comenzó a gestar la política neoliberal, en el área de la salud (como en todas las áreas relacionadas con lo social) llevó a cabo políticas focalizadas con una presencia mínima del Estado. En este periodo se retomó el proceso de descentralización donde varios de los hospitales que todavía estaban a cargo de la Nación fueron transferidos a las gestiones provinciales sumados a los que ya se habían traspasado en años anteriores (Acuña y Chudnovsky, 2002).

Dentro de las grandes transformaciones que se suscitaron en el sistema de salud durante el periodo del gobierno de facto se puede mencionar: achicamiento del Estado, fijación de aranceles en los servicios asistenciales públicos y la sanción de la nueva Ley de Obra Sociales que ahora formarían parte también del Seguro Nacional de Salud. La salud no era un derecho universal, por el contrario, era concebida como un bien de consumo compatible con la lógica de mercado. A partir de las diferentes reformas que se suscitaron en esta época (a través de las directivas de organismos internacionales) primaron la planificación y aplicación de políticas sanitarias fragmentadas, focalizadas -solo al sector de la población que acrediten su condición de pobreza -y de corto plazo, eliminando cualquiera de aquellas políticas vinculadas al acceso universal de la salud.

El cambio en el régimen de acumulación durante los '90 se dio como respuesta al largo período de estancamiento económico y de alta inflación a lo largo de toda la década del '80 que culminó en dos episodios hiperinflacionarios. Las políticas focalizadas y las privatizaciones que caracterizaron al periodo no tuvieron como excepción al ámbito de la salud. Si bien los problemas del sistema de salud argentino, en general, y de las obras sociales, en particular no son novedad, los efectos de las políticas implementadas durante esta década profundizaron las precarias condiciones del sector.

En los '90 Argentina se caracterizó por la aplicación y continuación del modelo neoliberal a través de medidas económicas impulsadas por organismos internacionales con el objetivo de estabilizar la economía. En este periodo, más que en los otros, se puede observar la estrecha vinculación entre las condiciones del mercado de trabajo, el empeoramiento en las condiciones de vida de la población y la accesibilidad a los servicios de salud. En este sentido, el aumento de la tasa de desempleo o del empleo informal implicó una reducción en

la recaudación por parte de las obras sociales y la sobrepoblación en el subsistema público. La crisis económica derivó en la construcción de nuevos actores sociales: *lxs nuevxs pobres*. Eran aquellas personas que en este periodo perdieron sus empleos formales, sus obras sociales y vieron disminuido su poder adquisitivo transformándose en *lxs nuevxs usuarixs* del subsistema público. La sobredemanda en estas instituciones llevó a que los gobiernos implementaran medidas de financiamiento como la autogestión y la creación de cooperadoras.

El pensamiento neoliberal de este periodo profundizó aún más la segmentación social en el ámbito de la salud, ya que separaba los sectores con mayores ingresos de aquellos con escasos o nulos recursos.

Es en 2003 donde se buscó frenar el crecimiento de los índices de pobreza derivados de las políticas neoliberales de la década anterior. Se llevó adelante un diseño ideológico-político centrado en un enfoque de derechos en la recuperación del papel activo del Estado en la efectivización y garantización de los mismos, priorizando la inclusión e integración social. La relación Estado-sociedad fue mediada por prácticas políticas de las organizaciones y movimientos sociales que generaron un proceso de interlocución, debate, reconocimiento y atención de demandas sociales. Se elaboraron diversas políticas sociales²⁴ a través de acciones que garantizaban derechos (Nucci, Crosetto, Bilavcik y Miani, 2018).

En el ámbito de la salud se introdujeron cambios dentro del subsistema de las obras sociales y en el ámbito privado. En el primero se incorporaron a trabajadorxs independientes con diversos ingresos. Y en el subsistema privado se reguló el sistema de medicina prepaga a partir de la Ley N° 26.682 que obligó a estas empresas a garantizar coberturas básicas, dispuestas por el Programa Médico Obligatorio (PMO). Se puede observar cómo en este periodo a diferencia del anterior, el Estado intervenía y buscaba regular aquellos obstáculos que impedían el ingreso y permanencia en este subsistema ya que antes quedaba a criterio de las empresas y al ingreso económico de cada afiliadx.

²⁴ Algunas de las políticas sociales del periodo mencionado fueron: Programa Remediar, la ley y programas relacionados a la cobertura de Salud Sexual y Reproductiva, Plan Nacer, Plan Sumar y Asignación Universal por Hija/o (2009) por nombrar algunas.

A partir del 2015 el cambio político fue notable. Se modificaron radicalmente la orientación de las políticas públicas siendo de carácter regresivas y focalizadas. Resurgió en el país el modelo neoliberal que tuvo efectos en la provisión de bienestar y de derechos sociales como en el pasado. La medida que es necesario recalcar de este periodo respecto a la salud, fue la degradación de la categoría del Ministerio de Salud de la Nación al rango de secretaría bajo el Ministerio de Desarrollo Social. No solo significó recortes y desfinanciamiento para el subsistema de la salud pública, sino también una eliminación de diversos programas, recortes de pensiones no contributivas, entre otros. En estas acciones puede observarse como se profundizaron las desigualdades que afectaron directamente a la cotidianeidad de la población, su economía y salud.

Finalmente, en el actual período, el Estado se concentró en generar políticas reparadoras a los sectores afectados por el ajuste del neoliberalismo. Una de las primeras medidas respecto a esta área fue devolverle el rango al Ministerio Nacional de Salud. A los pocos meses del cambio de gobierno, el mundo se vio interrumpido por la pandemia generada por el COVID-19, cambiando radicalmente el contexto y en consecuencia los planes económicos y políticos. La pandemia ha transformado el mundo y no ha dejado de acrecentar y profundizar las desigualdades no sólo entre países desarrollados y subdesarrollados sino en la sociedad misma. Cada país ha colocado en sus agendas lo que consideraban prioritario. En Argentina el foco que estaba puesto en paliar las consecuencias del neoliberalismo que arrasó con todas aquellas políticas sociales pasó a quedar en segundo plano. Se adoptaron medidas priorizando la salud de la población, aun en el afán de un sector que ponía en discusión las consecuencias económicas que podían traer estas decisiones. Con el objetivo de ralentizar la propagación del virus se decretó una cuarentena en el territorio nacional, quedando exceptuadas ciertas actividades consideradas esenciales y se convocó a un comité de expertxs, integrado por lxs principales epidemiólogxs del país.

En este recorrido queda demostrado que la salud necesita de un Estado presente y de un sistema de salud equitativo. Toda enfermedad además de biológica, es también social, cultural y ambiental ya que se da dentro de un contexto que le da singularidad. Se demuestra que hace falta una construcción colectiva de la salud desde el Estado ya que se vuelve necesario construir lazos sociales para también recuperar la noción de sociedad.

3.3 Trabajo Social y el campo de la salud

El Trabajo Social se incorporó en el campo de la salud cuando se comenzó a problematizar la necesidad de una mirada integral del proceso salud-enfermedad-acceso-atención-cuidados. Se necesitaba incorporar nuevas perspectivas porque la visión fragmentada tradicional no bastaba para resolver las problemáticas de salud. La incorporación de la noción de determinación social permitió pensar *lo social* como un complejo campo de relaciones que inciden en la vida cotidiana y por ende en los procesos. Nucci, Crosetto, Bilavcik y Miani (2018) afirman que

La no inclusión de los determinantes sociales que inciden en estos procesos y los aspectos subjetivos que son parte integrante de la vida social repercuten en los procesos de producción de los servicios, amplía las desigualdades en el acceso a los mismos y perpetúa las falsas dicotomías individual- colectivo y biológico-social (p.13).

La profesión aporta al campo un saber especializado de lo social, un conocimiento crítico de la dinámica de la realidad sobre la cual y con la cual se interactúa. Desarrolla intervenciones integrales y transformadoras dentro del proceso salud-enfermedad-acceso-atención-cuidados desde la perspectiva de derechos. El derecho a la protección de la salud no se reduce a la asistencia sanitaria, sino que también se vincula con el ejercicio de otros derechos humanos (Nucci, Crosetto, Bilavcik y Miani, 2018).

En este momento es pertinente aclarar que no es igual analizar cómo el campo de la salud se convierte en espacio de intervención para la profesión, que analizar cómo el Trabajo Social se posiciona en él. Para ello, resulta necesario tener en cuenta las complejidades de las instituciones que conforman el campo que se estructuran entre lo instituido e instituyente.

Trachitte et al. (2012) plantea que hablar de instituciones es hablar de formaciones sociales que existen atravesadas por elementos condicionantes. Desde lo estructural los contextos sociales e históricos las producen y ellas, luego pasan a ser estructurantes de las prácticas de sus agentes y así sucesivamente. Reflexionar sobre las instituciones es también reflexionar sobre aquel lugar donde se materializan las políticas sociales, las leyes, las normas, las reglas: lo instituido.

Pensar en instituciones de salud de tercer nivel es remitirse a instituciones jerárquicas, marcadas por una esencia de corte médico biológico e individualista. Se atienden problemas poco prevalentes, patologías complejas que necesitan de procedimientos especializados y el uso de alta tecnología para cumplir con sus fines y objetivos. Como reflexiona Aquín et al. (2006) las personas pasan a ser sujetxs sobredeterminadxs por las instituciones, descontextualizadxs, sin historia y sin condiciones objetivas. Se lxs concibe como portadorxs de enfermedades y en términos de *paciente* (así también mencionados en la Ley N.º 26.529) donde la finalidad pasa a ser simplemente la *cura*, alejándose de lo social.

Entonces lo instituido invita a pensar en lo instituyente como aquello que se va conformando en el juego de la dialéctica. La confluencia en un mismo espacio de diversxs agentes en el campo implica que también lo institucional sea condensación relacional. No se trata solo de lo dado, sino también, de aquellos atravesamientos institucionales en que las relaciones entre lxs agentes deben ser entendidas como puntos de tensiones y nudos de articulaciones de relaciones sociales heterogéneas.

Si es en las instituciones donde se da la materialización e implementación de las normas y políticas ¿por qué existe un desfasaje entre lo escrito (leyes, políticas, normas, reglas) y la práctica? Porque se considera que lo instituido (normas, leyes, políticas) otorga ciertas barreras y limitaciones al abordaje de las migraciones y el acceso a la salud en las instituciones. Pero también lo instituyente (prácticas burocráticas informales, discursos sobre lxs sujetxs migrantes) influye y se suma como un condicionante más.

Las instituciones están inscritas en un contexto determinado, que en su dimensión de lo instituido-instituyente operan como condicionantes de la existencia y posibilidad de la profesión en ellas. En esta complejidad el Trabajo Social en sus intervenciones realiza elecciones que median entre lo instituido, lo instituyente y el espacio de libertad que les queda.

En los análisis a partir de entrevistas realizadas a profesionales que han pasado por el Servicio Social del Hospital Córdoba, pudo observarse como las profesionales deben mediar entre: roles y funciones adjudicados en la institución, los problemas sociales, la focalización de las políticas, las demandas de la gente, de la institución, de otras profesiones, las reales incumbencias, la disponibilidad y accesibilidad o no a recursos, la falta de presupuestos de los mismos y el escaso tiempo de intervención en algunas situaciones. Deben articular sus

diversas posiciones como: profesionales poseedorxs de un conocimiento específico-experto, como trabajadorxs asalariadxs que deben cumplir las reglas en su campo laboral y gremial y como intelectuales con sus propias concepciones ideológicas, con la imposibilidad de neutralidad y evaluación de sus opciones y decisiones (Peralta, Pinotti, Bosio y Videla, 2010).

Es en esta complejidad institucional y social donde la profesión debe desarrollar sus intervenciones. Es preciso saber que es en este orden donde se debería desde la profesión cuestionar las intervenciones inmediatas y fragmentadas que no incluyen el saber del sujetx en su devenir histórico. El desafío radica en lograr un tiempo reflexivo que contemple las particularidades de cada situación. En estas debería contemplarse la construcción de estrategias de intervenciones alternativas que se ajusten a la efectivización de derechos pese a que las estrategias de intervención como menciona Crosetto (2012) siempre suponen tensión y conflicto, entre lo necesario y lo posible, entre intereses de unxs y otrxs, entre razones y opciones.

Para lograr que se efectivicen los derechos y se garantice la atención de poblaciones migrantes consideran a las intervenciones como un compromiso de la profesión en la lucha contra las desigualdades y la opresión estructural. Se juegan entre ciertos espacios de flexibilidad dentro de lo institucional que les permite desarrollar una autonomía relativa que para Castoriadis (como se citó en Peralta et al., 2010) es un proceso *de instauración de una subjetividad reflexiva y deliberante* que permite actuar y no ser actuadxs.

Las denominaciones a lxs sujetxs de la intervención juegan un rol importante en las adhesiones a la efectivización de derechos para el Trabajo Social y a la posición en que se lxs ubica. En el Servicio Social analizado lxs migrantes son concebidxs como sujetxs de derechos, no obstante, en la denominación hacia esos otrxs no se presentan excepciones respecto a la influencia de lo instituido y lo instituyente. Como se ha observado en el vocabulario, en el uso de la palabra prevalecen aún las denominaciones como *paciente* -prevaleciente en el vocabulario institucional y en la Ley del Derechos del Paciente-, *inmigrante* o *extranjera* -así denominadxs en diversas leyes y políticas-.

Se observó que el uso de la palabra se da en la habitualización de la convivencia institucional con otrxs agentes con quienes comparte el Trabajo Social. Como señala Aquín et al. (2006) cuando se utilizan determinadas concepciones que nombran al sujetx de la

intervención se refleja el posicionamiento teórico -más o menos intencional- desde el cual se interviene, como así también el posicionamiento ético y político. Se reflexiona que pese a estas designaciones no se deja de acompañarlx en la exigencia de sus derechos civiles, políticos y sociales²⁵, de pensarlx como sujetxs activxs, actorxs con poder, con características sociohistóricas particulares, titulares de derechos, sino más bien, que son denominaciones que se adaptan a la propia dinámica institucional.

3.3.1 Hospital Córdoba: una institución provincial de alta complejidad

Este apartado está dedicado a desarrollar el escenario de intervención: Hospital Provincial Córdoba. Es un hospital de alta complejidad de corte quirúrgico que pertenece al tercer nivel de atención de salud. Tiene hasta hoy 70 años de existencia y se encuentra ubicado en el barrio Alto General Paz en la calle Libertad 2051 esquina Avenida Patria en la capital de Córdoba. La creación de esta institución fue parte del Plan Sanitario Nacional de Atención Primaria que nació para afrontar patologías clínicas-quirúrgicas. En ese momento del país la salud comenzó -como se vio anteriormente- a ser responsabilidad estatal y un derecho universal que debía ser garantizado.

La necesidad de una institución especializada es corolario necesario por el éxito del Plan Sanitario Nacional de Atención Primaria de la política sanitaria implementada por el visionario ministro Doctor Ramón Carrillo, logrado este éxito primario, se hace necesario por equidad atender las complejidades. El perfil del Hospital quedó así sellado desde su inauguración, desde un criterio de equidad (principio de políticas sanitarias de ese momento en el país) al acceso sanitario, dada la contemporaneidad del momento de la praxis médica y de la evolución social del momento (Echavarría, 2016).

Cuando se caracteriza al Hospital Córdoba como prestador de un servicio en salud de alta complejidad se remite al número de tareas diferenciadas y/o procedimientos complejos que comprenden la actividad de una unidad asistencial y el grado de desarrollo alcanzado por ella. Se realizan prestaciones médicas y quirúrgicas con presencia de subespecialidades de éstas, que se caracterizan por un uso intensivo de recursos humanos y equipamientos, con la realización de procedimientos complejos y uso de alta tecnología (Vignolo, Vacarezza,

²⁵ Código de Ética del Colegio Profesional de Servicio Social de la Provincia de Córdoba.

Álvarez y Sosa, 2011). Es prestador de servicios como: cardiología vascular, neurología, neurocirugía, nefrología, oftalmología y trasplante de órganos, complementados con la atención de especialidades como: clínica médica, cardiología, hematología, gastroenterología, endocrinología, urología, traumatología, dermatología, diabetología, fonoaudiología, psicología, psiquiatría, nutrición, trabajo social y enfermería. Además de poseer el Instituto del Quemado, la Unidad de terapia Intensiva (UTI), la Unidad de Cuidados Intermedios (UCI), una shockroom y farmacia.

Por estos servicios que presta se ubica al Córdoba como institución de referencia de la alta complejidad no solo en la provincia sino en toda la zona centro del país. Por ello reconocen que

Los avances científicos y tecnológicos impactan en resoluciones de patologías que crean demanda asistencial, sea en lo profesional como en los medios técnicos que demandan. Esta circunstancia demandante de idoneidad y voluntad de los profesionales han dado a la institución del Hospital Córdoba un perfil que lo caracteriza: centro de referencia de la provincia y del centro norte del país en patologías cardiovasculares, neurocirugía, trasplantes viscerales, cuidados intensivos y capacidad tecnológica de diagnóstico (Echavarría, 2016).

Como es una institución del tercer nivel de salud inscripta en la formalidad del sistema que atiende a la urgencia, predomina en ella una forma de atención médica hegemónica. Esto se debe a que las personas que llegan hasta el Córdoba acuden por una dolencia física-biológica prevaleciendo sobre el resto de los aspectos que forman parte del proceso de salud-enfermedad-acceso-atención-cuidados.

En la actualidad no es posible dejar de señalar cómo se afrontaron los cambios producidos por la pandemia mundial. Como toda institución, el Córdoba también se ha visto modificado en el marco de la pandemia por COVID-19. En base a las declaraciones de emergencia sanitaria nacional y provincial y las medidas tomadas en consecuencia teniendo como principal al Aislamiento Social, Preventivo y Obligatorio (ASPO) los servicios del hospital se encontraron bajo un esquema acotado, pero con todos sus servicios en funcionamiento. Entendiendo que se trata de un hospital de alta complejidad al cual recurren personas denominadas *población de riesgo* que deben seguir su tratamiento, es que el Córdoba adoptó y adhirió a medidas y protocolos. Algunos de ellos fueron: creación de

Comité de Emergencia; restricción en el ingreso, permanencia y egreso de personas; cancelación de turnos e intervenciones quirúrgicas *no urgentes*; prohibición de más de un acompañante; medidas sanitizantes en ingreso al hospital; clausura de puerta principal amplia quedando un ingreso restringido por uno de sus laterales; hisopados a personas dados de *alta*; cierre de los canales de atención para turnos; entre otros.

3.3.2. Trabajo Social en el Hospital Córdoba

En los encuentros de prácticas en el espacio del Servicio Social se reconocieron los roles y las funciones adjudicados a la profesión en la institución como así también la posición que ocupan.

Para enriquecer el desarrollo se remitirá a fragmentos de entrevistas semiestructuradas realizadas a profesionales del servicio que relatan sus experiencias en el área. Se codificarán las mismas en términos ICSS (ver Anexo 2) como siglas de la denominación Informante Clave de Servicio Social y el número que acompaña refiere al orden con el que se han realizado cronológicamente las entrevistas.

La trayectoria histórica del Trabajo Social no ha sido lineal porque los roles adjudicados y asumidos en la institución en torno a la profesión variaron con el paso del tiempo según el posicionamiento que haya ocupado en el campo de la salud. Una muestra del posicionamiento es la representación simbólica al que ellas refieren: el espacio en el que se encuentran desarrollando sus actividades. A diferencia de sus colegas pioneras en el hospital, hoy su lugar de atención es amplio, cuentan con baños, sala de ingreso con secretario, oficina para la jefa de servicio, cocina, tres consultorios y sala de reuniones. ICSS1(29/06/20) recuerda: “El lugar era re chiquito. Era el lugar donde ahora ponen los aparatos de electricidad. No, era un sucuchito así no más eh. Ahora tenemos semejante servicio, de los más grandes”.

Este lugar preponderante no se logró de un día para el otro. Se obtuvo con el correr de los años y luego de arduas luchas de quienes ocupaban y ocupan el lugar de jefas del servicio. ICSS4 agrega al respecto:

el posicionamiento del servicio, yo considero que tiene legitimidad en el Hospital Córdoba por los antecedentes del trabajo realizado de mis compañeras, de mi ex jefa.

O sea, el lugar físico que nosotras tenemos, esta estructura, un lugar exclusivo, un escritorio y una computadora, cada dos trabajadoras sociales un consultorio, un espacio para las residencias, baños particulares. Hay muchos servicios (...) que no tienen este lugar. Este lugar habla y dice del lugar que ocupamos, esto es lo que hay que saber leer, por algo tenemos este lugar físico. Mis compañeras antes atendían atrás, en esas maderas viste que se levantan y ahí trabajaban, nosotros acá tenemos privacidad para hacer entrevistas, estamos cómodas (23/07/20).

Por consiguiente, desde el posicionamiento de la profesión en la institución se puede conocer y observar sus fines y objetivos tanto generales como específicos que se plantean, los cuales dejan ver entre líneas el posicionamiento ético y político que promueven. En primer lugar, como objetivo general buscan garantizar la atención integral de lxs sujetxs que concurren al Servicio Social del Hospital Córdoba desde un enfoque pleno de derecho en salud. En segundo lugar, como específicos se plantean: identificar los determinantes sociales que inciden en el proceso salud-enfermedad-atención; promover la visualización de los derechos vulnerados de lxs sujetxs; asesorar; gestionar y co-gestionar recursos de salud; brindar atención por consultorio externo e internado; desarrollar procesos de articulación interinstitucional e interdisciplinar; realizar acciones de promoción y prevención de la salud en los procesos de intervención; planificar estrategias de intervención social con sujetxs, unidades domésticas y/o grupos de referencia (a fin de planificar el alta); y participar en procesos de capacitación o espacios institucionales.

El Trabajo Social en la institución abarca las funciones de asistencia (en términos de gestión y asesoramiento para garantizar el acceso a la salud de lxs sujetxs con derechos), prevención y socio-educación. Como la labor que realizan es compleja el servicio se divide ciertas tareas. Todas tienen al menos un día a la semana *guardia*, además de la participación en otros servicios: estar en el área social de trasplante; formar parte del comité de ética de investigación en salud; participar en reuniones de jefxs de servicios y con otras instituciones; ser referentes para estudiantes; formar parte del programa de cirugía bariátrica; de la junta de discapacidad; en el comité de bioética, y en el programa de Miastenia Gravis y del Instituto del Quemado. Quienes ingresan como residentes deben seguir un programa específico que consiste en hacer una inserción, aprender los requisitos administrativos del hospital y del servicio.

En estos objetivos tanto generales y específicos, como las funciones que cumplen, se observa cómo la profesión tiene una ardua labor frente a las cuestiones que un hospital de tercer nivel de complejidad demanda. Pues los procesos de salud-enfermedad-acceso-atención-cuidados requieren de intervenciones y abordajes fundados e integrales. En el actual contexto la labor del Servicio Social se ha visto modificada en consecuencia también de las medidas adoptadas en el Córdoba por COVID-19. El ingreso al servicio no estaba permitido, la atención de las personas se hacía desde la puerta²⁶ y el abordaje se había intensificado en el área del internado, aunque continuaban con la atención espontánea y guardias. A fines preventivos el trabajo en primera instancia se dividió en dos equipos.

El aumento de la complejidad de casos de interconsulta se les presentaba con dificultad al momento de dar respuestas. Había canales de comunicación con otras instituciones y organizaciones del Estado que por la pandemia estaban cerrados, obstaculizando su abordaje. ICSS5 cuenta cómo esto afectó al servicio:

Nos impacta la articulación con otras instituciones. No hay recursos ni para gestionar, ni para solicitar, ni para articular, ni nada desde ese lado. Pero hemos mejorado en el trabajo en equipo sobre todo lo que tiene que ver con la supervisión de casos para buscar estrategias cuasi de arte para intentar abordar situaciones que se presentan como problemáticas (24/07/20).

Estos son algunos de los cambios más importantes en los últimos tiempos, condiciones que continuarán en transformación constante mientras la pandemia de COVID-19 continúe. El trabajo de las profesionales seguirá poniéndose a prueba y desafiándose para amoldarse a las nuevas realidades y acompañar a lxs sujetxs en el proceso. Se plantean constantes interrogantes, preocupaciones e ideas por su lugar como profesionales dentro del sistema y campo de la salud, dando lugar a procesos de diálogo y debates siempre desde el enfoque de derecho en cualquier situación o contexto que los demanden.

²⁶ Aquellas entrevistas que se realizaban en consultorio, bajo la privacidad, en el cara a cara, se vieron afectadas al restringirse el ingreso al servicio. Eran realizadas *desde la puerta* la cual condicionaba tanto al profesional como al entrevistadx ya que se le quitaba el contexto de privacidad. No obstante, se definió un *área sucia*, que es donde se hacían entrevistas cuando los casos eran complejos, necesarios y urgentes, pero con los protocolos correspondientes (29/6/2020).

Momento IV

Desenredando caminos y re-construyendo experiencias

4.1 De la construcción de la estrategia de intervención

La intervención presencial en la institución "conformada por procesos mediadores que implican una relación cara a cara, vivencial, cotidiana" (Peralta et al., 2010, p.12) se vio modificada por el contexto de emergencia sanitaria. Para ello se pensó la estrategia de intervención como dispositivo puesto que la noción de temporalidad permitió pensarla en el actual contexto (Carballeda, 2010).

Se utilizó una metodología cualitativa basada en la Investigación-Acción Participativa (IAP). Es el método en que participan y coexisten los procesos de conocer y actuar; favoreciendo en lxs actores sociales el conocer, analizar y comprender su realidad permitiéndoles reflexionar, planificar y ejecutar acciones tendientes a transformaciones significativas (Colmenares, 2012). Habilita a tener en cuenta las dimensiones de la interacción social que requiere el abordaje de las migraciones y el acceso a la salud.

Para realizar el proceso se trabajó con una muestra intencional de seis personas organizada por las referentes institucionales del Servicio Social. Esta selección tuvo como criterio principal además de la condición de migrante, la cercanía en el tiempo (2019-2020) de sus consultas al Servicio Social del Hospital Córdoba.

Luego de la selección la aproximación a lxs sujetxs se llevó a cabo en dos momentos: la referente institucional realizó la primera comunicación con las personas y la presentación del proyecto y del equipo. Posibilitó una primera entrevista telefónica (con fines de acercamiento a lxs sujetxs) donde se habló respecto al trabajo propuesto, sus objetivos y su disposición a realizar entrevistas. Conocer sus tiempos, medios tecnológicos, dudas, para finalmente pactar los encuentros y modalidad. Con las personas que accedieron se realizaron entrevistas en profundidad -telefónicas no presenciales-. Son entendidas desde Taylor y Bogdan (1987) como encuentros entre lxs investigadorxs y lxs informantes, dirigidos hacia la comprensión de las perspectivas que tienen respecto de sus vidas, experiencias o situaciones, tal como las expresan con sus propias palabras. Esta técnica permitió conocerlxs desde el encuentro y el diálogo.

Una vez que se comenzó a organizar el contacto con las personas quedaba pendiente el desafío de reestructurar la manera de encuentro, las herramientas, las técnicas y los instrumentos a implementar. Respecto a los dos primeros, lo que en el Servicio Social se hacía de manera presencial denominado *revistas de sala*²⁷ se realizó virtualmente con videollamadas quincenales y esporádicamente a través de correos electrónicos. El encuentro con lxs sujetxs fue a través de varias llamadas telefónicas durante tres meses cada diez días con cada unx de ellxs. En cuanto a los instrumentos y las técnicas no estuvieron exentos de las modificaciones que implicaba el ASPO. Las entrevistas a parte de los momentos de aproximación se llevaron a cabo en tres llamadas con una duración de una hora y media a dos aproximadamente. Cada una respondía a un eje particular: trayectoria vital y procesos migratorios; proceso salud-enfermedad-acceso-atención-cuidados; dudas, reflexiones y sugerencias.

Como estrategia cada una de las integrantes se comunicó con dos personas para hacer todo el proceso y generar un vínculo de reconocimiento. Debido a la limitación unipersonal de la llamada telefónica se ponía a la misma en altavoz, se grababa -con los permisos pertinentes- y las otras dos integrantes del equipo a través de videollamada escuchaban y realizaban anotaciones. Esto permitía la supervisión mutua y se tenían en cuenta las observaciones sobre los momentos de silencios, las dudas, las reformulaciones, las emociones, etcétera.

La socialización del proceso y de las entrevistas se realizó mediante un dispositivo comunicacional consensuado -entre la institución, lxs sujetxs y el equipo de tesis- que fue una guía, folleto y afiche construido a través de la participación de lxs actores involucradxs en el proceso que se difundió también por medio virtual (WhatsApp, correo electrónico).

4.1.1 Especificaciones metodológicas

En este momento se resume el proceso de intervención retomando que el objeto de sistematización remite a: las trayectorias en los procesos de salud-enfermedad-acceso-

²⁷ Es un encuentro semanal en el Servicio Social donde se exponían situaciones, dudas o interrogantes de las licenciadas y se incorporaban a lxs estudiantes para que puedan contar sus intervenciones y a la vez resolver interrogantes en conjunto.

atención-cuidados de migrantes en relación a sus estrategias y obstáculos presentes en el acceso a instituciones de salud de la ciudad de Córdoba en general, y del Hospital Córdoba en particular, a partir del análisis interseccional de entrevistas en profundidad realizadas durante los meses de septiembre-noviembre del año 2020. Para dar cuenta de la estrategia de intervención se detallará la metodología cualitativa que se utilizó a fines de comprender los análisis y abordajes que se han realizado para el presente trabajo.

La base de este trabajo se da a partir de seis entrevistas en profundidad realizadas en el periodo de septiembre-noviembre de 2020 a personas de nacionalidades venezolana, colombiana y peruana que rondan en la franja etaria de 37 a 62 años²⁸. La diversidad de procesos de salud-enfermedad-acceso-atención-cuidados con distintas edades, nacionalidades, redes, trabajos, familias, entre otros permitió comprender la heterogeneidad y complejidad de las experiencias. Cabe destacar que estxs sujetxs no se conocieron entre sí, pero tenían en común que todxs ellxs han asistido al Servicio Social y transitan un proceso particular en los servicios del tercer nivel que ofrece el Hospital Córdoba.

La propuesta de intervención se presentaba como viable en la institución porque surgió como producto de acuerdos con el Servicio Social. A través de un diálogo permanente con el equipo se posibilitó pensar en conjunto estrategias de posibles abordajes incluso en el contexto de ASPO. Entablar una relación de confianza con personas que no nos conocían y pedirles que relataran sus vidas por teléfono no era tarea fácil. Para ello en cada encuentro se planteó el para qué y porqué conocer sus experiencias y quedaba en ellxs las decisiones respecto a que contar cómo, cuándo y hasta dónde continuar con el proceso. Debido a la dificultad se consideró en la importancia de elaborar una estrategia en la que se lxs incluya activamente durante la elaboración de la misma y a la vez conocer sus trayectorias, expectativas, saberes, identidades y posibilidades. Así el resultado obtenido no sería una simple sumatoria de información con meros fines académicos, sino más bien, de una co-construcción con ellxs para la problematización de situaciones que aparecen como naturalizadas pero que resultan ser vulneraciones de derechos.

Lo principal para conocerlxs fue el instrumento: la entrevista. La entrevista en profundidad en términos de Robles (2011) es aquella donde no hay intercambio formal de preguntas y respuestas, sino que se plantea un guion sobre temas generales que poco a poco

²⁸ Ver anexo 3.

se va abordando, evitando hacer preguntas directas y cerradas, amenazantes y ambiguas. Se entendió que se trataba de un proceso largo y continuo por lo que se realizó en tres ejes que permitieron conocer las diversas aristas de las experiencias que lxs sujetxs transitaron por los servicios de salud.

El desarrollo realizado hasta acá es la base para comprender, analizar y abordar este último momento. Se decidió denominarlo *Desenredando caminos y re-construyendo experiencias* porque así se vivió con lxs sujetxs de la intervención. El adentrarse a las entrevistas en profundidad que tanta riqueza han aportado, permitió el cuestionamiento y la problematización de las vivencias naturalizadas de lxs migrantes en los servicios de salud: desenredando. El reconstruir las experiencias habilitó conocer cómo van construyendo sus propios caminos, ya que se han reconocido estrategias individuales, familiares y/o colectivas que llevan a cabo para sobrellevar sus diversos procesos según sus representaciones sociales.

Se afirma que existen una diversidad de leyes, tratados y convenios en Argentina -a los que ella ha adherido- que garantizan la atención a todas las personas al derecho a la salud. Sin embargo, se reconocen ciudadanías jerarquizadas ante el acceso diferenciado para las poblaciones migrantes por la presencia cotidiana de situaciones en las que se les restringe y/o limita el acceso a los servicios de salud públicos y el trato respetuoso. El ejercicio del derecho a la salud de lxs migrantes constantemente está ligado a debates y tensiones tales como: el alcance de los servicios, el modelo de salud pública según el contexto, el modelo de atención dominante, las nociones de accesibilidad que orientan las políticas públicas en este campo y las prácticas que desarrollan los equipos de salud.

4.1.2 Biografías

En el presente desarrollo las entrevistas serán codificadas a fines de preservar la identidad de lxs entrevistadxs. Esta codificación puede observarse en el Anexo 3, donde aparecen datos pertinentes a este trabajo sobre las personas: edad, nacionalidad, enfermedad y tipo de residencia a fines de guiar el análisis. La terminación EP remite a las iniciales de *Entrevistas en Profundidad* y el número de cada uno de ellas, refiere al orden cronológico con el cual se iniciaron las entrevistas (EP1, EP2, EPI3, EP4, EP5 y EP6). Podrá observarse una excepción, en la cual unx de ellxs está codificado como EPI3; esto se debe a que la entrevista en profundidad (EP) fue realizada a una persona informante clave (I) sobre la situación y experiencia que le sucedió a una persona allegada (PA).

Es oportuno y nutritivo para comprender los análisis desarrollar brevemente las biografías de lxs entrevistadxs, presentar sus orígenes, trayectorias migratorias, proyectos, redes, entre otras.

La primera entrevista remite a EP1, una persona de 43 años de edad, oriunda de una ciudad del norte de Perú. Completó el nivel secundario y realizó cursos de corte y confección. Llegó a Argentina en 2012 y se instaló en la ciudad de Córdoba por invitación de una red cercana de su país que ya residía en la capital con vivienda propia.

Su proceso de salud-enfermedad-acceso-atención-cuidados comenzó hace 20 años cuando fue diagnosticada con artritis en Perú. Cuando llegó a Córdoba buscó instituciones de salud para continuar con su tratamiento. Al principio accedió al Hospital Nacional de Clínicas y a la Dirección de Especialidades Médicas (Asistencia Pública) para realizar sus primeros controles. Para acceder al tratamiento biológico que se le indicó debía continuar su atención en el Hospital Provincial Córdoba, motivo por el cual recurrió al Servicio Social. En el proceso de atención en el Córdoba por controles de rutina se le diagnostica tiroidismo, enfermedad que también implica tratamiento con medicación.

Actualmente por las limitaciones de su enfermedad no realiza una actividad remunerada, se encarga del trabajo doméstico en la medida que su enfermedad le permite. Asiste a una institución religiosa ya que es Testigo de Jehová. A través de la religión cuenta con red ampliada conformada por sus *hermanxs de la fe*.

La segunda entrevista remite a EP2, tiene 58 años de edad y nació en una ciudad al noroeste de Venezuela. Completó el nivel secundario en su país y luego trabajó durante siete años en una institución pública de salud de Venezuela. Por cuestiones de medidas políticas y económicas con las que no acordaba decidió renunciar y entró a trabajar en una empresa de transporte. Por la crisis del país se quedó sin empleo y decidió comenzar con su proyecto migratorio por países como Perú, Bolivia, Ecuador y Argentina.

En 2019 llega a Argentina por medio de una red cercana que residía aquí y que le consiguió un puesto en una institución de cuidados de adultxs mayores en el interior de Córdoba. Esta funcionaba como su trabajo y lugar de residencia, ya que era un trabajo sin retiro.

Su proceso de salud-enfermedad-acceso-atención-cuidados comenzó a los cinco meses de llegar cuando empezó a presentar síntomas. Por una descompensación accedió a un hospital de otra ciudad del interior y se le diagnosticó insuficiencia renal. Debido a la urgencia se le indicó tratamiento con plasma y su primera diálisis. En este lapso se quedó sin trabajo y se dirigió hacia la capital provincial. Como sus recursos económicos eran limitados se encontró durante una semana en situación de calle y sin tratamiento complejizándose su enfermedad.

Decidió ir al Hospital Córdoba por el área de urgencias e inmediatamente se le indicó tratamiento de diálisis renal. Comenzó con sus primeras consultas por una fístula como consecuencia de un catéter, por hipertensión y controles oftalmológicos por disminución de la visión propia de su enfermedad. Es por consultas administrativas del acceso a lentes recetados que llega al servicio social. Allí hasta el día de hoy asiste por consultas sobre acceso a salud.

Los primeros días al terminar las sesiones de diálisis volvía a la calle y es en el encuentro con otrxs que comenzó a formar una red ampliada y una red cercana. A través de instituciones que le brindaron asesoramiento sobre cuestiones migratorias y contención logró encontrar un lugar donde vivir. Allí hoy en día convive con otras personas de Venezuela quienes conforman su red cercana.

Hasta el momento de las entrevistas EP2 seguía con su tratamiento de diálisis y comentó que su proyecto es acceder a la ciudadanía argentina.

La tercera entrevista remite a PA de 37 años de edad, que nació en una ciudad al noroeste de Perú y llegó a Córdoba en 1997 durante su adolescencia. Contaba con una red cercana que había migrado dos años antes debido a la crisis económica, laboral y al terrorismo que se vivía en Perú.

Residieron en diferentes barrios alquilando casas de manera temporal hasta que se logró la construcción de la vivienda propia.

Desde su llegada hasta el 2001 asistió al nivel secundario. En ese mismo año su red cercana decide volverse a Perú por la crisis social, económica y política que se vivió en

Argentina y regresan en 2006 por el cambio contextual. No obstante, PA no regresa ya que había formado una familia en Perú.

A fines de 2018 vuelve a Argentina temporalmente por una situación compleja de su red cercana. Si bien residió en Córdoba años anteriores al no ser estos consecutivos e ininterrumpidos ingresó al país con una residencia de tipo precaria.

A inicios del 2019 empieza a manifestar síntomas. Cuando comienza a problematizar la gravedad de estos junto a su red cercana, decidió asistir por primera vez a una institución de salud. Se le diagnosticó una enfermedad oncológica e indicó un tratamiento que implicaba quimioterapias, medicamentos y un futuro trasplante. Por derivación comenzó a transitar su proceso de salud-enfermedad-acceso-atención-cuidados en el Hospital Córdoba. Su red cercana era la que asistía al Servicio Social por asesoramiento y gestión en los procesos de acceso a la salud.

Al terminar la primera etapa del tratamiento PA recibió el alta médica hasta que seis meses después aparecieron nuevamente los síntomas. En esta segunda etapa la enfermedad se manifestó agresivamente requiriendo la derivación a la Unidad de Terapia Intensiva (UTI). A inicios de 2020 falleció. Por este motivo cuando se menciona a EPI3 se remite a alguien de la red cercana que se ocupaba de los cuidados de PA que asumió la tarea de relatar lo acontecido.

La cuarta entrevista remite a EP4, proveniente de Venezuela. Tiene 62 años de edad, estudió hasta segundo año de secundaria y luego comenzó a trabajar en una granja y más adelante en transporte. Debido a la crisis en su país en 2019 decide junto a su red cercana vender sus bienes y migrar hacia Argentina ya que tenían otra red cercana viviendo en el país. Llegaron a Córdoba y alquilaron un departamento con la idea de invertir su capital en un negocio familiar. Al no concretarse el proyecto, los integrantes de su red cercana están trabajando en otros rubros y son el sostén de los ingresos económicos de la unidad doméstica ya que EP4 por su enfermedad se ve limitadx ante esa posibilidad.

Su proceso de salud-enfermedad-acceso-atención-cuidados comenzó en Venezuela cuando se le diagnosticó diabetes. En el viaje hasta Argentina interrumpió el tratamiento y sufrió una descompensación. Debido a una gripe en el mismo periodo asistió al Hospital Misericordia siendo la primera institución de salud a la que tuvo acceso. La problematización

de su situación llevó a que retomara su tratamiento por la enfermedad de base y por recomendación llegó al Hospital Córdoba. Se le realizaron los primeros controles que además incluyeron a servicios como oftalmología, cardiología y servicio social.

La quinta entrevista remite a EP5 de 57 años de edad proveniente de Venezuela. Migró a Argentina por primera vez en 1992, recorrió varias provincias y regresó a su país. En 2017 volvió a Argentina y eligió la provincia de Córdoba con el proyecto de comenzar una carrera universitaria y trabajar. Como ha estado en el país durante tres años consecutivos e ininterrumpidos posee residencia permanente.

Durante varios años en su país trabajó en el servicio de emergencias, ambulancias, en el cuerpo de bomberos y en otros rubros. Al quedar desempleado emprendió su proyecto migratorio y al llegar a Argentina comenzó a trabajar sin retiro para diferentes instituciones privadas y particulares de cuidado de adultos mayores en ciudades al interior de la provincia de Córdoba.

Comenzó sus estudios universitarios en una institución pública y por ella accedió a políticas de alimentación y salud. Desde que comenzó la pandemia se quedó sin trabajo y alquiló una habitación. Debido a que su situación económica se complejizó, no podía seguir afrontando el costo de la misma, pero hasta el momento de las entrevistas estaba amparado por el DNU que impedía desalojos.

Su proceso de salud-enfermedad-acceso-atención-cuidados comenzó cuando se le diagnosticó una litiasis en el Hospital Nacional de Clínicas. Al vivir en el interior provincial cada vez que tenía consultas en la capital era trasladado en una ambulancia gestionada por una trabajadora social de su ciudad. Una vez realizado los primeros análisis y controles comenzó a consultar sobre instituciones de salud que atiendan dicha problemática. Es por medio de una red ampliada que asistió al área de Servicio Social del Hospital Córdoba para asesorarse sobre cómo continuar su tratamiento en dicho hospital.

La sexta entrevista remite a EP6, una persona de 43 años de edad que nació en una ciudad al suroeste de Colombia. Completó el nivel secundario y además realizó cursos de arte culinario y de estética. En el año 2008 migró junto a su red cercana a Ecuador y desde allí, en mayo de 2011 llegaron a Argentina con la propuesta de llevar a cabo su emprendimiento.

Junto a su red cercana residen en una vivienda alquilada y se dedican de forma independiente a la venta ambulante. Es a través de esto que EP6 es el sostén económico de su red cercana que vive en Colombia.

Su proceso de salud-enfermedad-acceso-atención-cuidados comenzó en Colombia cuando se le diagnosticó endometriosis severa. Al llegar a Argentina continuó el tratamiento en el Hospital Materno Provincial y por una internación de su red cercana conoció el Hospital Córdoba. Desde ese momento accedió a consultas oftalmológicas junto a su red cercana e ingresó al Servicio Social por asesoramiento y gestión de acceso a lentes recetados.

Hoy en día EP6 tiene el deseo de regresar a su país, pero manifiesta que es en Argentina donde su red cercana se siente como en casa.

4.2 Accesibilidad al sistema de salud

Como se ha visto en el momento III la fragmentación es el rasgo distintivo del sistema de salud argentino: hay ausencia de coordinación entre las jurisdicciones nacionales, provinciales y municipales, entre los subsistemas público, privado y de obras sociales y entre sus tres niveles de complejidad. Esto actúa como un embudo en el acceso a los servicios de salud para toda la población, ya que trae consigo dificultades, limitaciones y restricciones que van dejando por fuera a aquellos que tienen la posibilidad de acceder a otro subsistema, que pertenecen a otras jurisdicciones, etcétera.

Se reconoce que el país aspira a la universalidad del derecho a la salud. Hay un cúmulo de normativas que aplican a favor de ese objetivo tanto en orden nacional, provincial, municipal como en el orden internacional. Desde este último, la más importante es la Declaración Universal de Derechos Humanos de 1948 -a la que Argentina ha adherido- la cual en su art. 25 expresa que toda persona tiene derecho a un nivel de vida adecuado que le asegure salud y bienestar. Dentro del orden nacional, la Constitución en varios artículos coloca a la salud como derecho fundamental y lo garantiza también a través de leyes como la Ley de Derechos del Paciente y en una diversidad de políticas, planes y programas. En la provincia de Córdoba existe la Ley de Ejercicio de las Profesiones y Actividades Relacionadas con la Salud Humana (N.º 6.222) que en su art. 6 explicita que: todas las personas en la provincia tienen derecho a recibir atención médica adecuada en los hospitales públicos, recibir tratamiento sin distinción de raza, credo, sexo, nacionalidad, capacidad

diferente, orientación sexual, ideología y/o fuente de ingreso.

Específicamente sobre la población migrante, la Ley Nacional de Migraciones N°25.871 en su art. 8 expone:

No podrá negársele o restringírsele en ningún caso, el acceso al derecho a la salud, la asistencia social o atención sanitaria a todos los extranjeros que lo requieran, cualquiera sea su situación migratoria. Las autoridades de los establecimientos sanitarios deberán brindar orientación y asesoramiento respecto de los trámites correspondientes a los efectos de subsanar la irregularidad migratoria.

Este cúmulo de legislaciones parecen dejar un camino despejado para la garantía y el ejercicio pleno del acceso a las instituciones de salud. Pero la accesibilidad no está solo relacionada con la disponibilidad del sistema, sino también en la capacidad que este tenga de producir servicios en relación a las necesidades de su población y al contexto que de él demanden.

Según lo analizado en las entrevistas con lxs sujetxs aparece como recurrente que los recursos materiales, tecnológicos, humanos, financieros para la sobrepoblación que demanda de servicios de salud públicos son insuficientes. Por ejemplo, hay limitaciones que son para toda la población como: la escasez de profesionales en el subsistema público trae como consecuencia que encontrar turnos²⁹ sea una odisea. La burocracia del turno con escasos horarios de atención y la limitación de cupos trae consigo la competencia de quien logra acceder a la atención, que se complejiza según el nivel y la subespecialidad médica que se requiera. O, como es el caso de acceso a medicación, ya que es limitado debido a la escasez de recursos.

Stolkiner (Comes et al. 2006) respecto a esto desarrolla una aproximación y clasificación sobre los obstáculos de accesibilidad a la salud. En primer lugar, comprende a la accesibilidad como la forma en que los servicios de salud se acercan a la población, buscando

²⁹ Como se ha escuchado en las entrevistas, en la mayoría de las instituciones de salud -por la que han transitado las personas entrevistadas- por la sobredemanda y la escasez de personal administrativo, relatan que los turnos se dan únicamente de manera presencial o por vía WhatsApp, en donde la respuesta es escasa y en muchas veces positiva, pero con demora que lleva desde semanas a meses de espera. Cuentan que muchas veces en la espera del turno, se vencen las fechas de los estudios/análisis generando que todo el proceso de atención se vea demorado aún más.

eliminar las barreras que se pudieran interponer. En segundo lugar, considera a los obstáculos como aquellos que actúan como barreras para esa accesibilidad. De esa forma, la autora los clasificó como: geográficos (imposibilidad de acercar los servicios a la población por un accidente geográfico, o una barrera construida por el hombre); económicos (imposibilidad de acceso por motivos de falta de dinero, tanto para el transporte); administrativos (dificultad que impone la organización misma de los servicios) y culturales (centrada en que las diferentes culturas entre el personal de los servicios y la población también podían ser una barrera de acceso).

En el siguiente apartado se reconocerán los obstáculos materiales y simbólicos que se han identificado en las entrevistas en profundidad. Desde el enfoque interseccional se abordarán las categorías que entran en juego en las experiencias de sujetxs migrantes, donde se reflexionará sobre el origen de esos obstáculos y el modo que afectan la cotidianidad de esta población.

Se realizará una clasificación en obstáculos simbólicos y en obstáculos materiales. Esta clasificación será a fines organizacionales del análisis ya que se comprende que los simbólicos son tan reales como los materiales y que ambos tienen de trasfondo una matriz colonial que continúa produciendo y reproduciendo desigualdades.

4.2.1 Obstáculos materiales

Para desarrollar el eje de análisis de obstáculos materiales se parte desde un concepto elaborado en conjunto para aclarar a qué se remite. Se entiende que son aquellas limitaciones o dificultades que se les presentan o anteponen en los procesos de salud-enfermedad- acceso-atención-cuidados a lxs sujetxs migrantes por cuestiones materiales-burocráticas de naturaleza normativa-legal, política, administrativa-protocolos de diversas jurisdicciones, entre otras.

De los obstáculos materiales-burocráticos...

Se entiende a estos como aquellos fundamentos explícitos que son avalados mediante normas, leyes, políticas y/o protocolos de diversas jurisdicciones que limitan, restringen o impiden llevar un adecuado proceso de salud-enfermedad-acceso-atención-cuidados de lxs sujetxs migrantes entrevistadxs.

En primer lugar, la ausencia del Documento Nacional de Identidad (D.N.I) o sus equivalentes se convierte en uno de los principales obstáculos materiales para esta población. Se constituye en la mayoría de los casos la puerta de entrada en los países receptores para llevar a cabo actos civiles, comprar, adquirir una vivienda, registrar hijos, acceder a educación, etcétera. Para los migrantes -como mencionamos en el segundo momento- existen cuatro tipos de residencias (precaria, transitoria, temporaria y permanente) que habilitan o inhabilitan a llevar a cabo determinados actos; no obstante, ninguna de ellas prohíbe el acceder a la salud, ya que este constituye un derecho fundamental y universal. Como mencionan Jelin, Grimson y Zamberlin (2006)

la presentación del Documento Nacional de Identidad no es un requisito para recibir atención en un hospital público, es habitual que los hospitales requieren que los pacientes acrediten su identidad mediante la presentación de algún tipo de documentación, ya sea DNI, pasaporte, partida de nacimiento, cédula de identidad del país de origen o un certificado expedido por un consulado extranjero en la Argentina (p.35).

No obstante, una vez que accedían a las primeras consultas o urgencias y se requería de seguir un tratamiento, acceder a medicamentos o estudios de complejidad se pedía su D.N.I, pasaporte o la residencia que poseían. Una forma de visualizar cómo se convierte esto en problemático es que todos ellos reconocieron la importancia que este tiene para el cuidado de su salud, ya que sin él no se puede acceder a políticas, programas, medicación, prótesis, tratamientos de alta complejidad, etcétera de forma inmediata. Entonces, según su tipo de residencia deben presentar otros requisitos que avalen su identidad y permanencia en el país retrasando el proceso. Sobre esto, EP2 (17/09/20) afirma: “No puedo acceder y por supuesto, para las cuestiones de salud en cuestiones administrativas hace falta”.

En segundo lugar, otro obstáculo reconocido son las normas de menor grado y políticas que limitan el acceso a tratamientos. En la situación de EPI3, el trámite hasta obtener la residencia precaria trajo aparejado que en las primeras fases de la enfermedad su red cercana tuviera que asumir los gastos que conlleva el tratamiento oncológico (sesiones de quimioterapias y medicamentos). Uno de los motivos por el cual no accedía al tratamiento es que se encontraba en el país temporariamente por cuestiones personales y se le diagnosticó en ese momento la enfermedad que requería acceder al servicio de oncología. Comentó EPI3

(15/09/2020): *El tratamiento de quimioterapia* “nos costó algo de \$60.000³⁰ (sesenta mil pesos), ya la segunda vez no, ya nos pedían la documentación (...). Lo poco que se ahorró se gastó en eso y en algunos medicamentos que nos costaban, tuvimos que poner la plata”.

En esta situación respecto a las políticas de acceso a medicación el Banco de Drogas Oncológicas del Ministerio de Salud solicita una serie de requisitos adicionales para personas no nacionales. Para ello, se iniciaron los trámites de constancia de residencia y la presentación de formularios especiales³¹ los cuales tenían una larga demora para su aprobación que no son acordes a los tiempos de la salud. En la entrevista EPI3 menciona:

estamos enterados que la constitución dice que todo el que pise suelo argentino tiene derecho a recibir tratamiento. Pero no nos dieron medicación porque no había. Nos decían que esperemos un mes, quince días, pero ella se nos moría. No es una enfermedad para esperar (23/09/20).

Se puede observar cómo pese a que avaladxs por leyes nacionales y tratados internacionales pueden acceder a las primeras consultas, es decir tienen la posibilidad de la accesibilidad. Pero al avanzar el proceso la accesibilidad ampliada se ve alterada por normas o políticas de menor grado que impiden llevar un proceso de salud-enfermedad-acceso-atención -cuidados de forma inmediata.

En tercer lugar, otro obstáculo material que se les presenta a las personas por el hecho de ser migrante es también la existencia de normas de acceso a tratamiento de trasplante. La situación de la enfermedad de insuficiencia renal de EP2 requiere de un trasplante. En esta experiencia el tratamiento de diálisis se comenzó de forma inmediata, se le

³⁰ EPI3 respecto al valor real del tratamiento, comentó que salía \$3.000.000 (tres millones de pesos) aproximadamente, los ocho meses de quimioterapia.

³¹ Los requisitos de admisión para el Banco de Drogas oncológicas en el caso de personas que no han tramitado su D.N.I permite presentar constancia de su residencia precaria y de no contar con la misma, podrán acompañar nota del consulado de su país de residencia solicitando la entrega de la medicación al Banco de Drogas Especiales. Además del resto de los formularios para la población en general: formulario de solicitud de medicamentos -ficha de admisión- (formulario aprobado por Resolución 2185/2011); receta original firmada por médico especialista y director del hospital; fotocopia de informe anatómico patológico; fotocopia de estudios de valoración para enfermedad avanzada; resumen de historia clínica; encuesta con datos sociales y certificación negativa de ANSES (a ser renovada trimestralmente).

brindó el servicio de transporte y comida en los horarios en que estaba en el hospital por la situación de calle en la que se encontraba en ese momento. Pero la obstaculización se ve explicitada en que EP2 cuenta solo con la residencia precaria por residir hace menos de un año en el país lo que le impide *ingresar* a la lista de trasplante. Ante esto, la Resolución del Instituto Nacional Central Único Coordinador de Ablación e Implante (INCUCAI) N° 342/09 establece que únicamente podrán inscribirse en lista de espera para la asignación de órganos y/o tejidos cadavéricos, aquellxs *extranjeros* que sean residentes permanentes o transitorixs bajo la subcategoría de *tratamiento médico* otorgada por la Dirección Nacional de Migraciones.

Puede observarse cómo en ambas situaciones aparece como determinante la categoría de nacionalidad jerarquizando las ciudadanías. En el caso del trasplante, para acceder a este tipo de tratamiento se solicitan tres años continuos e ininterrumpidos de residencia en el país, al menos que la persona sea originaria de un país miembro del Mercosur donde solo se le solicitan dos años. Aquí puede entreverse que aquéllxs que no cumplen con los años requeridos, o que no sean de los países miembros del Mercosur, se verá obstaculizado, demorado, limitado y hasta denegado el acceso al tratamiento.

Entonces, así se ve la influencia e incongruencias de las normas de menor grado en las experiencias y se plantea: ¿hasta qué punto se garantiza el acceso a la salud? ¿La convención de derechos humanos y las leyes nacionales sólo avalan el acceso inicial? ¿Qué pasa con la accesibilidad ampliada que incluye tratamientos y acceso a medicación? Se considera que estas normas tienen la herencia colonial y no son escritas al *azar*, si bien en las legislaciones se apunta a la universalización, la realidad muestra que no es posible por lo que se utilizan mecanismos de diferenciación. La nacionalidad es utilizada como una barrera donde los años de residencia se usan para anteponer la atención de unxs sobre otrxs. Se ve explícitamente como a pesar de la política de integración de las poblaciones migrantes basadas en derechos humanos, se continúan ejerciendo mecanismos de clasificación y diferenciación entre nacionales-no nacionales, y entre países miembros y aquellos no miembros del Mercosur.

Como afirma Begala (2014) los derechos otorgados por la Constitución a lxs migrantes no son absolutos, dado que las reglamentaciones que establecen las formas en que estxs puedan ejercer sus derechos efectivamente son incongruentes o restrictivos a otros derechos. Se reflexiona entonces que la vida de las personas no debe priorizarse por su

nacionalidad, sino que debería en el ámbito de la salud guiarse solamente por ser un derecho humano, universal, inalienable, intransferible e irrenunciable.

De los obstáculos materiales-socioeconómicos...

A partir del o los ingresos a los hogares se establece si lxs sujetxs tienen capacidad de satisfacer un conjunto de necesidades alimentarias y no alimentarias consideradas esenciales (Instituto Nacional de Estadísticas y Censos, 2020). Se comprende como condiciones socioeconómicas a las situaciones de lxs sujetxs migrantes según sus ingresos, fuentes de trabajo y educación, y el efecto que estos tienen en la reproducción de la vida cotidiana y, por tanto, en la salud. En las experiencias se reconoció que este factor socioeconómico influye y determina los procesos de salud-enfermedad-acceso-atención-cuidados.

Los recursos económicos pueden ser obtenidos por la propia actividad económica que desempeñan lxs sujetxs o a través de ingresos secundarios como protecciones sociales estatales. En las experiencias se observa que la obtención de recursos económicos es variada. Cuatro de ellxs debido al proceso de salud-enfermedad-acceso-atención-cuidados que atraviesan se encuentran desempleadx y dos se desempeñan en trabajos informales por lo cual no poseen seguridad social ni ingreso fijo y todo lo que ello implica. Esto se traduce en complicaciones económicas que inciden en el proceso debido a los diferentes factores que atraviesan y condicionan el mismo. Respecto a la ausencia de empleo en los diferentes relatos pudimos observar cómo se presentan y son vivenciadas estas situaciones para las personas que atraviesan enfermedades crónicas: “Lo que pasa es que no tuve muchas oportunidades de trabajar, cuesta un poco por la enfermedad lo sentía bastante por la mano deteriorada” (EP1, 14/09/20), “pues por mi condición renal no ha sido fácil conseguir un laburo, la verdad que no ha sido fácil no poder trabajar. Entonces es la única forma que tengo para mantenerme así, con la ayuda social” (EP2, 17/09/20) expresaron algunxs de ellxs.

Como en los obstáculos de orden burocrático el tiempo aquí vuelve a aparecer como condicionante que impacta sobre los aspectos socioeconómicos de esta población. De acuerdo a si son recién llegadx o si llevan más años en el país, la crisis de pandemia ha tenido diferentes consecuencias para ellxs. Para quienes ya poseían la residencia permanente ha sido menor el impacto porque han logrado acceder a las políticas sociales del Estado como el Ingreso Familiar de Emergencia (IFE). Este en el artículo 2 del Decreto 310/2020 presentaba como requisito ser argentinx nativx o naturalizadx y residente con una residencia legal en el

país no inferior a dos años. A lxs recién llegadxs se les negó la posibilidad del IFE y de otros programas y políticas de asistencia social por no cumplimentar con los requisitos (por ejemplo, la Tarjeta Alimentar). EP2 (25/09/20) comentaba: “me dijeron (*en un Centro de Participación Comunal -CPC-*) que tampoco podían hacer nada porque yo no tenía la nacionalidad ni el D.N.I, que lo único que podían hacer por mí es darme una bolsa de comida. Después fui y encontré a los Jesuitas”.

Se reflexiona que las diferencias entre grupos poblacionales definidos social y económicamente en las políticas son injustas y evitables puesto que influyen en las posibilidades de proceso salud-enfermedad-acceso-atención-cuidados. Se van configurando desde las políticas sociales estatales un *descarte* de las personas puesto que limitan el acceso a través del D.N.I argentino o un equivalente de identidad y de permanencia en el país. EP2 (17/09/20) continúa: “no tengo ninguna entrada ni ningún programa, yo tengo ahorita una situación muy difícil, y la ayuda que recibo es de la Cruz Roja y la Pastoral de Córdoba”. Entonces, en el caso de lxs sujetxs migrantes que atraviesan procesos que les impide trabajar y que no logran acceder a políticas estatales, quedan solo con la opción de recurrir a tipos de ayudas solidarias como fundaciones, asociaciones, comedores, etcétera que les contribuyan con algún dinero o a través de bolsas de alimentos.

Durante la pandemia se agravaron las situaciones económicas ya que el *quedarse en casa* no era para todxs igual. En la situación de EP4 el ahorro producto de la venta de bienes en el país de origen y la esperanza de un emprendimiento familiar en Córdoba, se desencadenó en gastos inesperados debido a la ausencia de condiciones requeridas para ello. Si bien toda persona que ingresa al país tiene derecho a trabajar como empleadx con cualquier tipo de residencia, no puede inscribirse como propietarix de un negocio ya que se solicita el Código Único de Identificación Tributaria (CUIT). Es un trámite que se realiza de manera virtual habitualmente, pero en los casos en que no se cuenta con D.N.I o se está tramitando algún tipo de residencia debe generarse únicamente de manera presencial en las oficinas de Administración Federal de Impuestos Públicos (AFIP). Debido a que el caso de EP4 entraba en esa excepción, no lo pudo llevar a cabo porque las oficinas de AFIP estaban cerradas por el contexto de pandemia. Sus planes y los de su red cercana se vieron afectados. El no lograr concretar sus proyectos influyó en la condición económica de la red porque sus ahorros comenzaron a agotarse debiendo recortar gastos en vestimenta y alimentación.

Se reconoce en las experiencias cómo las diferentes políticas, normas, resoluciones y decretos son las que se constituyen en los fundamentos principales de los obstáculos socioeconómicos. En todo momento aparece la jerarquización de ciudadanías por la diferenciación de nacionales sobre no nacionales, o el tiempo de residencia como determinante y clasificación. En las políticas constantemente se corre el foco de la perspectiva de derecho a la mera burocracia y no se tiene en cuenta el impacto que genera en la vida de lxs sujetxs que no pueden acceder.

Desde el enfoque interseccional se considera que se ponen en juego las categorías de clase y nacionalidad como determinantes de los obstáculos socioeconómicos a través de las medidas políticas sin tener en cuenta sus procesos. Son implementadas desde una sociedad capitalista que marca las posibilidades y limitaciones. En el caso de algunxs entrevistadxs las consecuencias de las medidas implementadas durante la pandemia profundizaron y complejizaron sus condiciones socioeconómicas y por ende a su salud, ya que las políticas sí hicieron diferencias en el tiempo o tipo de residencias como no lo hizo la pandemia.

Desde este punto pertenecer a una determinada clase social, particularmente aquellas que cargan con mayores desigualdades y desventajas, lxs hace elegir entre satisfacer necesidades/derechos fundamentales sobre otros. Así, pertenecer a cierta clase y nacionalidad implica una configuración particular de la vida cotidiana en donde transitar un proceso de salud-enfermedad-acceso-atención-cuidados se vuelve doblemente conflictivo debido a las posibilidades y limitaciones.

Todo esto en su conjunto significó un impasse en los proyectos de movilidad de cada entrevistadx: lo que se había planificado, soñado o proyectado se desvanece y se traduce en la priorización de las urgencias, a lo inmediato y lo cotidiano.

Sobre los efectos de los obstáculos materiales-burocráticos y socioeconómicos en los procesos...

Se reconocieron ciertos efectos que generan los obstáculos materiales de orden burocráticos y socioeconómicos en los procesos de salud-enfermedad-acceso- atención-cuidados. Se focalizan tres efectos: acceso a medicación, a alimentación y a la vivienda.

En primer lugar, como se mencionó en los obstáculos burocráticos hay situaciones en que se accede a medicación, pero se corre a la suerte de la disponibilidad o no en la

institución encargada de entregar. Hay otras experiencias en las que la accesibilidad ampliada se ve limitada por la ausencia de documentación requerida para su obtención. Entonces ¿Cómo afecta lo socioeconómico en el acceso o no a la medicación y viceversa?

En el caso de las autorizaciones para el acceso a medicación, en particular, EPI3 cuenta que debieron -por la urgencia- pagar la medicación y las primeras sesiones de quimioterapia haciendo esfuerzos desde la red cercana para obtener el dinero. En este punto resulta fundamental una mirada que contemple lo que conlleva para una red que tiene solo un ingreso económico informal e inestable tener que abonar un tratamiento y medicamentos oncológicos.

La disponibilidad o no de recursos implica que la salud no espera los tiempos institucionales. En la situación de EP1 donde pese a los problemas económicos en la red, prioriza la compra de medicación sobre la alimentación cuando la institución no se los provee. O, como es la experiencia de EP6 que lleva meses sin medicación por no conocer el derecho a acceder a la misma. El no poder obtenerla derivó a que no esté en tratamiento por priorizar el ingreso familiar al pago de alquiler, impuestos y servicios.

En ambas situaciones hacerse cargo de manera individual de dichos gastos implica reducción en alimentación, vestimenta, pago de servicios, etcétera para lograr el ahorro; pero requiere también de un aumento de las horas laborales de lxs miembrxs activxs en el mercado de trabajo y una disminución de horas para estar con su familia.

En segundo lugar, respecto a la alimentación se ha analizado que para la población migrante que atraviesa procesos de salud-enfermedad es compleja por las condiciones económicas. Por ello, es necesario remitir al efecto que ésta tiene sobre la seguridad alimentaria. Es

el derecho que tenemos todas las personas a tener una alimentación nutricionalmente adecuada y suficiente. La seguridad alimentaria incluye cuatro dimensiones diferentes: disponibilidad de alimentos; accesibilidad a los alimentos -es decir, la posibilidad real de una persona o comunidad de ingerir esos alimentos-, suficiencia nutricional de los alimentos y estabilidad en la disponibilidad y el acceso a alimentos a lo largo del tiempo (Observatorio Humanitario de la Cruz Roja Argentina, 2020).

Por un lado, se reconoce que las enfermedades crónicas tales como la diabetes o insuficiencia renal requieren de alimentación específica que por su condición económica es dificultoso poder llevarla a cabo de forma eficiente:

Eso sí, no he podido seguir al pie de la letra la dieta porque como le digo: tengo que comer lo que hay, lo que está a la mano. Debería estar comiendo más proteínas, carnes, pero yo no puedo, porque la carne es muy cara, así que como más carbohidratos (EP2, 17/09/20).

Por otro lado, pese a que hay situaciones donde no hay enfermedades crónicas se reconoce la priorización de una necesidad sobre otra: “a veces no se puede todo, hago dos comidas, una el desayuno y a media tarde. Al menos no pasamos necesidad, no morimos de hambre” comenta EP1 (14/09/20). No obstante, hay personas que median entre pagar el alquiler o comer, siendo que ambos son derechos fundamentales. EP6 comenta:

Ha tocado mermar a la comida porque hay cosas que no esperan, los impuestos, el arriendo, el colegio... prefiero quedarme sin comida que quedar mal a la señora de la renta, prefiero mermar la alimentación en la casa que a los recibos públicos *-impuestos-*, no me gusta todo eso (03/10/20).

En otras de las situaciones, sucede algo similar, lo que diferencia esta de otras es que EP5 (16/09/20) se encuentra desempleado, situación que se complejizó con la pandemia: “pasar días que comía una sola vez al día. He tenido oportunidad de comprar algunas provisiones y tirar en la pandemia. Y bueno, con eso fui estirando hasta que llegó un día que me quedé sin un solo peso”.

En tercer lugar, el efecto se ve en la condición socio habitacional, ya que puede beneficiar o perjudicar el proceso de salud-enfermedad. La precariedad de la construcción de las viviendas y la falta de servicios esenciales como el agua, gas, cloacas, comunicación, electricidad y/o estructura tienen diversas consecuencias sobre la salud.

En las entrevistas realizadas todxs lxs sujetxs se encuentran con vivienda propia o en alquiler, la mayoría cuenta con todos los servicios básicos. No obstante, en la situación de EP1 y EPI3 relatan que debieron realizar refacciones en sus viviendas para adaptarlas a la necesidad del tratamiento médico: “en la entrada de la casa pusimos una rampa por mi enfermedad...hicimos el revoque en la pared porque entraba mucha humedad” (EP1,

14/09/20), “tuve que hacer una pieza, para que esté sola, para que no esté con los chicos, no podían hacer ruido” (EPI3, 23/09/20).

Como puede observarse, cada proceso requiere de particularidades habitacionales. En el caso donde la enfermedad afecta a los huesos y a la motricidad, la remodelación de la casa acorde a la situación se volvía indispensable: se requería de la rampa para acceder a la casa y también era necesario el revoque para que la humedad no siga complejizando la enfermedad y la calidad de vida. O, como es el caso de EPI3, donde el espacio de privacidad y descanso se volvía esencial para la enfermedad. El cuerpo se encontraba debilitado y se volvía necesaria una habitación adecuada para sobrellevar el proceso. De esta forma, se reconoce que el derecho a una vivienda digna es indispensable para no obstaculizar y para que el tránsito del proceso se de en manera favorable.

En lo desarrollado hasta aquí puede observarse cómo los obstáculos burocráticos y económicos que parecían solo quedar en la puntualización de diversas situaciones, van desencadenando una serie de efectos que genera consecuencias centrales sobre los procesos de salud-enfermedad-acceso-atención-cuidados de las personas entrevistadas. Tanto los dos órdenes de obstáculos materiales como los efectos que ellos generan, forman parte de lo que se mencionó en el tercer momento: la salud no solo desde lo biológico sino inserta en una serie de determinantes que la constituyen. En este punto, es relevante lo que Restrepo (2013) considera como determinaciones sociales, siendo que los modos de enfermar son también el resultado de patrones de producción y reproducción determinados por clases sociales. En donde la salud y la enfermedad no se consideran como resultados de una cadena causal, sino como un emergente de las contradicciones, tensiones, negociaciones y mediaciones sociales, culturales, ambientales, económicas, políticas y simbólicas.

4.2.2 Obstáculos simbólicos: de sentires y significaciones

Para iniciar este apartado resulta necesario aproximarse a qué se remite cuando se habla de obstáculos simbólicos. Tal como los obstáculos concretos los simbólicos son también limitaciones o dificultades que se les presentan o anteponen en los procesos de salud-enfermedad-acceso-atención-cuidados a lxs sujetxs migrantes. No obstante, lo que diferencia a estos de los primeros es que los simbólicos tienen su fundamento en representaciones sociales de algunxs sujetxs que incluyen percepciones, preconceitos y subjetividades en relación a la población migrante.

Se entiende que son resultantes de las prácticas que se asientan en una matriz colonial que continúa produciendo y reproduciendo desigualdades a través de las categorías de clase, raza, etnia y nacionalidad. Se los considera como tal porque se observa que están en relación con limitaciones del acceso a la salud originada y moldeada dentro de la estructura social. Desde la noción de barreras simbólicas como menciona Stolkiner (como se citó en Comes et al., 2006) se urden las historias individuales y experiencias personales en relación al significado de la atención de la salud, el derecho y la utilización de servicios.

A medida que se avanzó con el proceso de las entrevistas se comenzó a oír en algunos relatos ³² y en uno en particular, experiencias que hasta ese momento no eran problematizadas. Si bien ellxs no lo expresaban como obstáculos, en conjunto se fueron construyendo diálogos para develar si para ellxs en sus procesos de salud fueron condicionantes.

En primer lugar, resultaba necesario profundizar sobre esas experiencias porque se reflexionaba que por algún motivo lo contaban dentro de sus procesos. En segundo lugar, se develó que sí eran condicionantes aun siendo simbólicos. Y, en tercer lugar, si bien no fueron lxs seis entrevistadxs a lxs que se les presentó este tipo de obstáculo se razonó que, aunque sea solo una la situación de vulneración de derechos por discriminación era razón suficiente para contar y analizar dicha experiencia.

Al comenzar las entrevistas se identificó un sentir compartido en el cual las personas expresaban no haber tenido problemas a la hora de acceder, que se encontraban satisfechas y agradecidas con la atención recibida en las instituciones de salud. Esto lleva a retomar a Comes et. al (2006) cuando plantea que “los Servicios de Salud también son productores de subjetividad ya que sus acciones e inacciones producen efectos subjetivantes en la población y ofrecen indicios para construir ideas o creencias sobre ellos mismos” (p.208). Entonces, este sentir marca la construcción compartida de una accesibilidad posible, de que en este territorio sus problemáticas en relación a la salud serán atendidas.

Pero lo anterior es solo la punta de la madeja, al ir desenredando los relatos se dejó entrever una situación particular en la que se había limitado el proceso de atención.

³² Además del caso de EPI3, EP1 se refirió a una situación que vivenció que no quiso desarrollar ni dar detalles por temor a represalias.

Como ha narrado EPI3, a pesar de sortear las dificultades administrativas y socioeconómicas, debieron además lidiar con situaciones que estaban ligadas a subjetividades y representaciones de algunxs sujetxs que pertenecen al personal de salud de la institución. Estas se tradujeron en comentarios discriminatorios y actos concretos que explicitan el prejuicio sobre lxs migrantes. La mayoría de estas situaciones se dieron en el momento de internación de quien transitaba el proceso:

en la hora de visita, ahí tocábamos la puerta y la enfermera nos hacía esperar de media a una hora. Entrábamos diez minutos y ya nos sacaba de la visita pudiendo estar una hora más. Con nosotros se las agarró, no sé por qué. Capaz por el tema de que somos extranjeros (15/09/20).

Esta situación descrita venía concatenada a otros comentarios que realizaba el mismo personal de salud en diferentes oportunidades relacionadas a la nacionalidad de lxs sujetxs: “los extranjeros vienen acá, le dan medicina, le dan todo y en tu país no nos ayudan” (15/09/20). Estas declaraciones también fueron acompañadas de otras similares como:

La enfermera una vez se fue a Perú con su novio que tuvo un problema, una emergencia y no lo atendieron: “Tuvo que pagar todo y ustedes vienen acá y reciben todo gratis” nos decía (15/09/20).

Estas mismas palabras según lo narrado eran repetidas una y otra vez a quien permanecía internadx produciendo un constante hostigamiento.

En base a la experiencia descrita se observa un discurso en ese personal de salud que está ligado además de la experiencia individual, a representaciones sociales instituidas a través de discursos provenientes desde diferentes sectores de la sociedad y el Estado. En estos lxs migrantes son acusadxs de ser lxs *culpables* de la crisis, del desabastecimiento y el colapso del sistema de salud. En otras palabras, son quienes *ponen en riesgo* el acceso a los recursos del sistema de salud de quienes sí son consideradxs *lxs merecedores*, es decir, lxs nacionales.

Estas construcciones que lxs identifican como *amenaza social* suelen ser estrategias orientadas a ocultar otros problemas como la crisis del sistema de salud, ineficiencia de la gestión del mismo o la falta de coordinación entre los diferentes subsistemas. Dicha

construcción asienta su base en un *otrx* que son lxs migrantes en contraposición a lxs nacionales. Estas diferenciaciones se originan desde la xenofobia siendo la estigmatización de las personas por su origen nacional, manifestada a través del odio, desprecio, rechazo, agresión que restringe y/u obstaculiza derechos y libertades.

A esta situación, se suma otra experiencia que incluye a *otrx* personal de salud. A lo largo del proceso EPI3 considera que se presentaron *negligencias* por parte de este personal:

cuando la médica manda a hacer la punción, función, no sé cómo se llama, declaró directamente que le hagan la quimio. Le voy a contar mire: cuando fallece, nos dicen que está en terapia intensiva, tres días estuvo así. No nos dejaron visitarla para nada. Al tercer día, nos llaman que había fallecido y no nos dejaron entrar. Era la una y media de la mañana cuando me acerco al hospital y el médico que estaba de guardia nos dijo que no tenían que haberle hecho esa quimio, que se ha procedido mal porque estaba con una bacteria y hasta que no se recuperara de eso no podía hacerse la quimio. No sé quién habrá firmado para eso porque nosotros no firmamos y ella tampoco, no tenían consentimiento. El médico de guardia nos dijo: ustedes tienen todo el derecho de hacer una denuncia lo que quieran, porque la médica no tendría que haber hecho la quimio, yo intenté reanimarla, revivirla, pero no se pudo, se ha hecho todo lo posible, no se debió hacer la quimio (23/09/20).

En esta situación se reflexiona que, si bien no se presentan dichos o actos concretos de discriminación por parte del personal de salud, sí se percibe como tal para la persona entrevistada ya que EPI3 agregó:

Yo le pregunté a la médica y me dijo que ella nunca le dijo eso *-refiriéndose a que no quería hacerse la quimioterapia-* pero yo en mi corazón sé que ella no ha querido hacerlo. Yo ya sé que le han hecho eso porque ya sabían que iba a fallecer o han querido practicar con ella por extranjera. Porque yo tengo una amiga que también va ahí que tiene leucemia y han esperado que la bacteria se le vaya, sin embargo, con ella no. Porque si sabiendo el riesgo seguramente han querido experimentar. También, ni la han limpiado bien, yo he tenido que limpiarla. Desde un comienzo, ellos han querido que se muera. Ella siempre me recriminaba y me decía: tú no digas nada

mejor porque después no sabes, me pueden hacer cualquier cosa, estamos en manos de ellos (23/09/20).

EPI3 percibió la experiencia como determinante en el proceso de salud ya que en la comparación con la experiencia de la persona amiga nacional hicieron resurgir sentimientos de sometimientos, diferenciación y discriminación con ellxs. Ante esto se reflexiona tres aspectos: cómo el modelo médico hegemónico se destaca, cómo la vulneración de derechos se hace presente dejando de lado explícitamente la Ley de Derechos del Paciente y cómo, ante la situación de estar en una sociedad que lxs considera no mercederxs la reivindicación del derecho fundamental queda de lado nuevamente por la *urgencia*. Si bien se desconoce el procedimiento médico que se requiere para estas situaciones, se reconoce que prevaleció una relación jerárquica en la relación medicx-usuarix de salud. La palabra médica sobre los tratamientos no fue consensuados ni consentidos, lo cual es una falta grave ante la Ley de Derechos³³ del Paciente.

En esta línea se razona que se ve reforzado en las subjetividades de las personas migrantes el lugar que la sociedad les adjudica de ser *merecedorxs* o no de derechos por nacer en otro territorio y por esto, remarcar su lugar en el sistema social. Un lugar en donde se debe aceptar y agradecer el trato, la atención y los recursos que se les dé. Conlleva a dejar la posibilidad de reclamo de lado para priorizar la continuidad de la atención, ya que no se abren espacios seguros en las instituciones³⁴ para que estos puedan realizarse sin temor. En las trayectorias vitales de las personas migrantes se hace habitus aceptar estas condiciones de trato para sobrellevar las situaciones de discriminación que se les presentan ya que quienes las realizan no perciben la responsabilidad por el daño que producen.

Se vislumbra como la articulación de las diferentes categorías de clase, raza, etnia y nacionalidad forjan distintos niveles de desigualdad y discriminación, las cuales además son potenciadas por prejuicios que acentúan la inferiorización de lxs migrantes. La discriminación y la negación de un *otrx* se basa en prejuicios y estereotipos respecto de personas que son transmitidos y reproducidos culturalmente.

³³ Dicha ley establece en su art. 2 que todos los pacientes tienen derecho a aceptar o rechazar voluntariamente determinados procedimientos médicos o biológicos

³⁴ En este punto, se reconoce que la única posibilidad de hacer llegar su reclamo era a través del libro de quejas de la institución, lo cual para ellxs se presentaba con temor a las represalias ya que debían continuar con el proceso allí.

Se ve la relación asimétrica entre seres humanos, basadas en los capitales que poseen y el lugar en el campo que ocupen. De esta forma, en la relación medicx-usuarix de salud - como vimos anteriormente- se presenta una manera de ejercer poder con consecuencias desventajosas e injustas para quienes son dominadxs. En este punto, sí los usarixs nacionales ya se encuentran en ciertas desventajas frente al sistema (frente a la escasez de recursos, desarticulación de los subsistemas, etcétera) y al campo (relación de diversos agentes con diferentes capitales) de la salud, se considera que el ser migrante se presenta como una condición que los coloca aún más en desventaja tal como se ha visto a lo largo del escrito.

Ahora bien, se plantea: sí debido a las limitaciones de los tiempos académicos, se realizó seis entrevistas en profundidad y se presentaron dos situaciones con obstáculos simbólicos ¿qué hubiera sucedido si las personas entrevistadas hubieran sido más?

4.3 Dilucidando estrategias

Habiendo identificado, comprendido y analizado los obstáculos concretos y simbólicos que se les han presentado a lxs sujetxs, es necesario agregar cuáles fueron las estrategias de resolución que llevaron a cabo frente a ellos. La palabra estrategia se utilizará para hablar de las acciones de cuidado, autoatención y redes que las personas han llevado adelante para transitar su proceso de salud-enfermedad-acceso-atención- cuidados.

Tal como se ha visto en el momento II, se reconoce que lxs sujetxs tienen capacidad de lucha tanto individual como social. Afrontan las condiciones que limitan sus vidas para cambiar el estado de las cosas motivadxs por deseos e intereses de la transformación de su realidad. Es necesario reconocerlxs como sujetxs comprometidxs con otrxs, que potencian sus capacidades transformadoras en busca de libertades.

En primer lugar, una de las estrategias es el cuidado en torno a la salud. El cuidado forma parte del proceso de salud-enfermedad-acceso-atención pues en términos de Sacchi, Hausberger y Pereyra (2007) la salud es un medio para la vida, no un fin en sí mismo que, por lo tanto, su cuidado es algo incorporado a la vida cotidiana como natural. Desde este punto, cada sociedad y cada grupo familiar resuelve cotidianamente cómo cuidar la salud y cómo recuperarla cuando se ha deteriorado, siendo éste un proceso dinámico no sólo desde la propia experiencia personal sino también en relación al contexto que la determina (Gómez y Rabanaque, como se citó en Sacchi, Hausberger y Pereyra, 2007).

Entonces, cuando se habla de la función de cuidar se remite a aquellas prácticas tanto preventivas, curativas o de acompañamiento que realizan lxs sujetxs por fuera de los sistemas formales de atención de la salud. Estas, pueden ser realizadas por quien transita el proceso o por alguien de su entorno más cercano (familiar, unidad doméstica, amistad, etcétera) que se involucra/n en los procesos cumpliendo dicha función.

Esta estrategia resulta indispensable puesto que lxs cuidadorxs constituyen una función primordial para afrontarlos. Tal como se observó en la experiencia de EPI3 en la complejidad del proceso que atravesó, fue central el rol de quien/es fueron sus cuidadorxs: abonaron el pago parcial de la primer quimioterapia y algunos medicamentos (o que asistían a otra institución a retirarlos), se encargaron del traslado al hospital y las consultas, también del cuidado de sus hijxs, era con quienes hablaba de los dichos discriminatorios por parte de un personal, eran lxs que asistían al Servicio Social y se encargaban de los cuestiones administrativas, entre otros.

Si bien en la experiencia antes mencionada se marca fuerte la necesidad de contar con cuidadorxs y se remarcan algunas de las funciones, se reconocen otras situaciones donde las personas que atraviesan un proceso de salud-enfermedad-acceso-atención toman decisiones y llevan a cabo acciones para superar los obstáculos que se les presentan en sus trayectorias de salud.

En segundo lugar, otra estrategia -y derivada de la anterior- es la autoatención a partir de los planteos que realiza Menéndez (2003) desde la noción de *carrera del paciente*³⁵; no obstante, nos distanciamos de la denominación paciente, ya que se razona que lxs sujetxs lejos de ser pacientes son seres potenciadx que ponen en juego sus capacidades. A esta carrera, el autor la entiende como prácticas que son desarrolladas por lxs propixs sujetxs y el grupo social al que pertenecen. Están ligadas tanto a representaciones sociales y saberes populares que utilizan para entender, atender y prevenir las situaciones que afectan a la salud, como así también, a los recursos disponibles que tengan para poder darle respuesta.

Lxs sujetxs articulan (según experiencias y trayectorias sociales) diferentes formas de atención para sobrellevar sus procesos. Por un lado, lxs entrevistadx remitieron a que

³⁵ El autor también lo denomina como *carrera del enfermo*.

utilizan o en algún momento, por la enfermedad que padecen, utilizaron prácticas no hegemónicas a la par de la atención médico biológica en instituciones de salud. En ocasiones ante la imposibilidad de acceder o costear medicamentos se reemplazaba por medicinas tradicionales *yuyos* (Barcala y Stolkiner, 2000). EP4 agrega al respecto:

Tomé lo que le llaman moringa, es una mata que crece en los campos, se hace secar y después lo consumo un poquitico (...) porque baja el azúcar. Pero nunca dejé de lado el tratamiento. Incluso me traje un poquito para acá, además de amaril que también es para tomar (29/09/20)

EP1, comenta:

había ocasiones que abandonaba el tratamiento médico porque no aguantaba las pastillas, entonces buscaba otras alternativas. A veces me preparo té con limón y jengibre, y algunos yuyos para la artritis que me alivian. (...) También busco a los que hacen medicina naturista, además de cuando fui a que me hicieran acupuntura (24/09/20).

Por otro lado, otrxs reconocen la importancia de asistir a las instituciones de salud para el *tratamiento* de sus enfermedades, cuestión que también remite a la autoatención porque forma parte de las decisiones que llevan a cabo en sus procesos. EP2 agrega:

yo sabía que no podía pasar mucho tiempo sin dializarme, que no me iba a hacer bien. Fui al Hospital Córdoba y me dijeron que estaba muy contaminada mi sangre y que me tenía que dializar si o si porque si no iba a estar muy mal (25/09/20).

Como pudimos observar en los apartados anteriores, en la situación de EPI3 esta forma de atención era indispensable:

Ella comenzó a perder sangre por las encías y después yo me di cuenta que estaba un poco mal y ahí me la llevo para el hospital. No le dábamos importancia hasta que tuvo una pérdida importante de sangre y ahí fuimos al hospital (23/09/20).

Stolkiner (como se citó en Comes et al., 2006) plantea que las subjetividades y representaciones sociales sobre las formas de atención y la accesibilidad al sistema definen las estrategias que serán puestas en prácticas por lxs sujetxs. Es por las políticas y normativas

que provienen del Estado que se asigna y delimita el lugar social para estas poblaciones. Estas medidas producen efectos, transformaciones y cristalizaciones que implican un conjunto de representaciones institucionalizadas constructoras de subjetividades acerca de lxs migrantes. Desalientan la asistencia a las instituciones de salud por las barreras de accesibilidad, llevando a que se reemplace el derecho como responsabilidad estatal a la autoatención como responsabilidad individual. La idea de *dádiva* es uno de los factores principales que motiva el despliegue de estrategias particulares para modificar las prácticas en su salud y en la de su entorno (Stolkiner, 2003).

Se reconoce que las dos formas de atención están estrechamente relacionadas puesto que lxs sujetxs suelen tomar varias decisiones que implican recurrir y utilizar ambas estrategias como parte del mismo proceso que transitan. Analizar esta *carrera* es imprescindible para reconocerlxs en el espacio-tiempo y en su rol activo y participativo como cuidadorxs de sus propios procesos.

En tercer lugar, y constituida a las dos anteriores, el proceso de salud requiere de otra estrategia: la búsqueda y articulación de redes. Cuando hablamos de red o redes sociales remitimos a la noción de Montero (como se citó en Ussher, 2009) que la entiende como una estructura social en la que lxs sujetxs encuentran protección y apoyo para la satisfacción de necesidades gracias al soporte ofrecido en el contacto con lxs otrxs. A esto, Dabas (como se citó en Carvajal, 2020) agrega que se crean en un proceso permanente de construcción que se da a nivel individual y colectivo producto de la dinámica de reciprocidad establecida por sus integrantes, permitiendo que los recursos de esta sean potencializados.

Lxs sujetxs ante sus obstáculos han hecho uso de la búsqueda y articulación de redes ampliadas para satisfacer ciertas necesidades o buscar solución a algunos de sus problemas de orden burocrático. Las redes ampliadas reconocidas en las entrevistas remiten a instituciones o miembros de esas instituciones religiosas (pastorales, congregaciones de testigos de Jehová, iglesia católica), asociaciones de la sociedad civil, (Cruz Roja), Centro de Participación Comunitaria (CPC) o al Servicio Social del Hospital Córdoba con las que conformado una relación de confianza, acompañamiento, asesoramiento, apoyo emocional y económico o asistencial.

Las instituciones nombradas se conforman como redes estratégicas para las personas. Particularmente sobre las instituciones religiosas Sánchez (2018) plantea que ante el retraimiento del Estado y ante políticas sociales meramente subsidiarias hay un vuelco hacia los espacios de la sociedad civil como una suerte de tercerización y privatización de los agentes portadores de recursos para la resolución de los problemas sociales y familiares. EP2 relata:

Los únicos con los que realmente de verdad pude contar son los Jesuitas, la Iglesia Sagrada Familia, la parroquia que está en la calle Buchardo. Ahí está la parroquia y los jesuitas que tienen conexión con la Cruz Roja. Ahí me prestaron muchísima ayuda, no solamente a venezolanos sino también a bolivianos, peruanos. Hay personas que son las encargadas de la parte de migración. (...) Yo conocí la institución a través de otros venezolanos que ya la conocían (17/09/20).

Agrega que esta institución en el ámbito administrativo le provee asesoramiento legal: “por ahora ya tengo el pasaporte vencido, ya más adelante cuando se pueda tengo que seguir (...). Ellos me pueden guiar en los pasos” (25/09/20). Y por último nombra su relación con:

Una delegada de la Pastoral Córdoba. Es una Pastoral que está en la Pueyrredón, y ella es la encargada de todos los migrantes y nos ayuda con la alimentación. Nos dan un bolsón, nos llaman, están pendientes y nos traen el bolsón a la casa (17/09/20).

En el caso de EPI3, la tarea del Servicio Social fue indispensable para el avance de los procesos administrativos en torno a la documentación que se requería:

la segunda ya no nos costó nada *-se refiere a la quimioterapia-*, porque la asistencia social nos dio los papeles, nos ayudó a hacer el trámite en migraciones, no nos dio mucho dolor. Dijeron que era personal, pero ella estaba en el hospital, estaba internada (23/09/20).

O como la estrategia de EP5 en donde una profesional de Trabajo Social fue una articulación para acceder al tratamiento. La persona centró su estrategia en redes construidas: “yo busque todos los presupuestos y ahí es donde usamos los canales de la trabajadora social conocida y ella nos hace la conexión con la trabajadora social del Córdoba” (16/09/20).

Las barreras de accesibilidad que desde el Estado se generan lleva a que la búsqueda de redes sea una de las estrategias necesarias y primordiales para lxs sujetxs. Dabas (2021)

plantea que las redes hacen visible los vínculos y promueven el reconocimiento de la transferencia de funciones básicas a sujetos sociales no claramente percibidos por el sistema - trabajadoras sociales, hermanxs de la fe, entre otrxs-, pero que desempeñan una función esencial en la vida de las personas. Posibilita la potencialización de los recursos que poseen y la creación de alternativas novedosas para fortalecer la trama de la vida.

Por otro lado, la red ampliada de la congregación de Testigos de Jehová a la que asiste EP1, le da apoyo y acompañamiento para afrontar su proceso. Para Dabas (2021) es el efecto de red que surge como fuerza cuando un colectivo se une para cooperar. Y ante esto, las instituciones religiosas aparecen como un actor esencial en la reproducción cotidiana de lxs sujetxs, convirtiéndose en espacios de socialización y recreación donde se crean vínculos, que se mantienen por dentro y fuera de estos espacios. De esta forma, se constituye en recurso en tanto capital social y cultural, que permite tejer redes de solidaridad, ayuda mutua, contención social y emocional. (Sánchez, 2018). Comenta EP1 (14/09/20): “son hermanos, yo soy testigo de jehová y a quien puedo recurrir es a ellos”. Continúa:

cuando puedo bajar y subir del colectivo voy sola pero cuando estoy mal, que no me puedo mover me acompañan mis hermanos de la fe (...). Cuando estoy muy mal y sé que no voy a poder hacerlo sola les aviso, vienen, me buscan y me llevan (14/09/20).

Todas las anteriores situaciones son acciones llevadas adelante por lxs sujetxs en la búsqueda de sobrepasar los obstáculos que se les van presentando en sus procesos de salud-enfermedad-acceso-atención-cuidados. Reconocer el movimiento y la búsqueda de recursos en diferentes ámbitos -familiares, institucionales y comunitarios- para satisfacer sus necesidades, afirma nuevamente la capacidad resolutoria con la que cuentan las personas.

Las prácticas de autoatención, cuidado y redes hacen referencia al *hacer* de la persona, a la puesta en acción de sus saberes y experiencias. Las estrategias son llevadas a cabo por medio de cierta racionalidad instrumental puesto que es en las redes sociales, religiosas y familiares donde encuentran los satisfactores de sus necesidades. Entonces, si bien las decisiones de optar por una u otra estrategia no son tomadas dentro de un contexto ideal, son tomadas en función de las condiciones concretas de su existencia.

Entonces, si bien la interseccionalidad permitió dar cuenta de los sentidos e implicancias de cómo los marcadores sociales de clase, raza y nacionalidad influyen y forman

distintos mecanismos de diferenciación en el acceso a la salud para lxs migrantes, las estrategias: habilitan a reflexionar cómo lxs sujetxs entrevistadxs lejos de ser pasivxs, pacientes con obstáculos, son actores de sus propios procesos, sujetxs con potencia para reclamar sus derechos y sobrellevar los obstáculos que se les presentan.

4.3.1 La construcción colectiva del afiche, guía y folleto como estrategia en tiempos de pandemia

A lo largo del proceso de intervención, se han ido reconociendo ciertas vulneraciones de derechos que no deben perpetuarse. Como una estrategia a través de la IAP en conjunto con lxs entrevistadxs y, por su parte con el aporte del Servicio Social e informantes claves como EPM3 (ver Anexo 1), se fueron puntualizando algunas cuestiones necesarias a remarcar desde la perspectiva de derechos. Algunas de ellas eran: reivindicar derechos de personas migrantes en el país, números y dirección de contactos de instituciones para acceder a trámites administrativos y reclamos, derechos en salud, deberes y obligaciones, entre otros.

Si bien eran cuestiones que requerían de mayor amplitud, se decidió realizar tres dispositivos comunicacionales como una herramienta a utilizar en futuras situaciones que abarcaran al menos aspectos básicos de dichas cuestiones: una guía, un folleto y un afiche con formato digital.

El folleto (ver Anexo 4), se realizó mediante frases que han aparecido durante las entrevistas: “me dijeron que sin D.N.I no podía acceder”; “No quiero reclamar para no parecer desagradecidx”; “No me animo a preguntar” y “Me dijeron que lxs migrantes venimos a sacar los servicios de salud”. De esta forma, la recreación de situaciones que aparecieron como recurrentes entre lxs entrevistadxs, fueron acompañadas de su respaldo como la Ley N° 25.871 y la N° 26.529 que otorgan derechos como: el acceder a la salud sin el pedido obligatorio de D.N.I, a una atención respetuosa, a un trato digno, a la información clara y sencilla del tratamiento y a preguntar las veces que sea necesario. De esta forma, se considera que se visibilizan al menos parcialmente las voces y se reivindican derechos.

En un paréntesis, es necesario remarcar uno de los dilemas éticos que se presentó al momento de realizar el folleto –y durante todo el proceso de intervención y sistematización-. Fue respecto a la regularización necesaria de la documentación. Si bien se considera y avala

que el pedido obligatorio de D.N.I no debe ser un obstáculo, se reconoce que para el sistema de salud argentino y la burocracia que de él se desprende se vuelve necesario. De esta forma, si bien defiende el derecho a la movilidad y el acceso indiferenciado a la salud, no se podía ignorar que las personas en movimiento deben regularizar sus situaciones para acceder a los derechos en una sociedad que es funcional a las soberanías y fronteras estatales.

Anexado al folleto, se elaboró una guía (ver Anexo 5) de contactos útiles que se subdividió en cinco ítems: problemas en el acceso a la salud, gestión de residencias y/o D.N.I, situaciones de discriminación y/o maltrato, asesoramiento legal y contactos de embajadas y consulados. De esta forma, cada ítem contenía datos como correos electrónicos, dirección, teléfono y horarios de instituciones estatales y no estatales que son reconocidas por la larga trayectoria en acompañamiento y asesoramiento a diferentes colectivos, y entre ellos lxs migrantes.

Esta guía indirectamente remitía a ciertas situaciones que también respondían a cuestiones que fueron resonando en las entrevistas. Para ello, los datos de estas instituciones fueron debidamente chequeadas a través de llamadas telefónicas y correos electrónicos – debido al ASPO- al momento de realizar el folleto.

Finalmente, se elaboró un afiche (ver Anexo 6) con la finalidad que sea utilizado en el Servicio Social del Hospital Córdoba. Este afiche se realizó en modo resumen del folleto general que se les entregó a lxs sujetxs entrevistadxs. Por un lado, contenía ambas leyes antes mencionadas y por otro, pero no menor, remitían como respuestas a las frases mencionadas por lxs migrantes en el folleto.

Cabe aclarar que limitadas por el contexto de ASPO, la difusión de los dos primeros fue mediante WhatsApp y correo electrónico acompañada de una llamada final -30 de noviembre del 2020- de agradecimiento al aporte y co-construcción con lxs sujetxs. Y, por su parte, el afiche fue enviado vía mail al Servicio Social en simultáneo a una videollamada -1 de diciembre de 2020- durante el cierre de las prácticas de intervención pre-profesional.

De esta forma, la construcción del afiche-folleto-guía fue una estrategia y dispositivo comunicacional con lenguaje claro y accesible destinado a lxs migrantes que acceden a las instituciones de salud y a los equipos de salud. Este dispositivo se espera que aporte al conocimiento y/o reconocimiento de derechos y leyes, teniendo como potencialidad el

generar información que abra debates, cambios y reflexiones al interior de cada sujeto como así también, de cada institución.

Reflexiones finales

Al inicio de este recorrido planteamos conocer e identificar las trayectorias en los procesos de salud-enfermedad-acceso-atención-cuidados de migrantes en relación a sus estrategias y obstáculos presentes en instituciones de salud de la ciudad de Córdoba en general, y del Hospital Córdoba en particular. Se trabajó a partir de entrevistas en profundidad que permitieron reconocer el origen de esos obstáculos, pero también, de las estrategias que llevan a cabo. La riqueza de identificar las estrategias y colocarlas en palabras permitió demostrar el carácter activo y participativo para romper con la concepción de personas pasivas que están en crisis y que necesitan ser salvadas.

Es destacable reconocer que las entrevistas que posibilitaron la socialización de las experiencias debieron realizarse de una manera poco tradicional para la profesión. Debido al contexto de ASPO se llevaron adelante sin el cara a cara, lo que exigió una construcción artesanal de la relación con lxs sujetxs que implicaba acercarse a sus realidades, a sus experiencias y las interpretaciones que tenían sobre las mismas. Gratificante fueron los últimos encuentros en donde expusieron el valor que tenía esta experiencia y la necesidad de hablar y visibilizar las problemáticas que se les presentan por el hecho de ser migrantes. Reconocieron la importancia de que sus experiencias contribuyan a la construcción de una herramienta (folleto-guía-afiche) que guíe a otras personas en situaciones similares respecto al acceso a la salud.

Para complementar este proceso de entrevistas y realizar un análisis integral de las experiencias de lxs sujetxs, se trabajó en torno a un gran recorrido teórico respecto a todos los aspectos que inciden en la conformación del campo de la migración y de la salud. Fue necesario un recorrido sobre las diversas perspectivas y concepciones para identificar cómo ambos campos se entrecruzan y producen efectos en la cotidianeidad de las personas.

Estos análisis ponen de manifiesto las representaciones sociales que influyen de manera negativa sobre las poblaciones migrantes y cómo estas configuran a las políticas públicas. El derecho a la salud es garantizado por el Estado, pero se encuentra vulnerado y limitado por normas de menor grado que instalan obstáculos en el acceso a la salud de las personas. Se coloca la categoría de nacionalidad como diferenciadora para la accesibilidad ampliada y deja ver como la perspectiva de derechos humanos pregonada por el Estado es

ineficaz. Puesto que desde la lógica de los Estados-Nación, de las fronteras y de las ciudadanías no puede pensarse el carácter universal de los derechos humanos ni la igualdad. Ferrajoli (1998) plantea la necesidad de un proceso de desnacionalización donde la ciudadanía no sea el requisito para acceder a los derechos, sino que, sean garantizados efectivamente solo por el hecho de ser persona.

Se observó que las legislaciones siguen reproduciendo prejuicios y desigualdades - como parte de los vestigios del colonialismo- que se replican en las instituciones. Su falta de problematización genera la naturalización de los actos de discriminación, los preconceptos y las opiniones personales hacia las personas que llegan a los servicios de salud. Esto lleva a repensar la necesidad de seguir trabajando, apostando por una accesibilidad plena y no discriminación en ningún ámbito.

Desde estas afirmaciones destacamos que el análisis aquí expuesto es un análisis parcial, que no pretende agotar la discusión, sino abrir nuevas preguntas y canales para la reflexión. El campo de la migración aparece como una instancia que requiere de un abordaje específico con el fin de legitimar derechos y satisfacer necesidades junto con quienes padecen la migración como una problemática. Como futuras profesionales debemos trabajar en pos de debilitar los esquemas rígidos de concepciones estigmatizantes. Sentando las bases para consolidar representaciones y prácticas inclusivas que penetren en la sociedad y que se expandan. Estas deben ser una guía para trabajar con lo concreto, con las políticas existentes para aportar a que las experiencias y trayectorias migratorias sean desarrolladas con derechos y dignidad.

Bibliografía

- Acevedo, M. y Aquín, N. (2009). Estrategias de intervención en el nivel de abordaje comunitario. En Ficha de cátedra de Teoría, espacios y estrategias de la intervención social II. Licenciatura en Trabajo Social, Facultad de Ciencias Sociales, Universidad Nacional de Córdoba. Argentina, Córdoba.
- Acuña, C. y Chudnosky, M. (2002). El sistema de salud en Argentina. Centro de Estudios para el Desarrollo Institucional. Fundación Gobierno y Sociedad. Recuperado de <http://www.ccgsm.gob.ar/areas/salud/dircap/mat/matbiblio/salud.pdf>
- Aquín, N. (1995). Acerca del objeto del Trabajo Social. *Revista Acto Social*, IV (10), pp. 1-11. Recuperado de: <http://dns.ts.ucr.ac.cr/binarios/pela/pl-000138.pdf>
- Aquín, N., Miranda, A., Artazo, G., Lucero, Torres, E. y Veyrand, N. (2006). Nosotros y los otros: encuentros y desencuentros en el campo del Trabajo Social. Ponencia presentada en IV Encuentro Internacional de Trabajo Social de la Universidad de Buenos Aires. Argentina.
- Arceo, N., Fernández, A. y González M. (2019). El mercado de trabajo en el modelo agroexportador en Argentina: el papel de la inmigración. *Revista América Latina en la Historia Económica*, 26 (3), pp. 1-22. doi: [10.18232/alhe.952](https://doi.org/10.18232/alhe.952)
- Avallone, G. (2019). La movilidad humana en la red de las palabras del Estado. *Revista Interdisciplinaria de la movilidad humana*, 27 (57), pp. 22-49. Recuperado de <https://www.scielo.br/j/remhu/a/TwjCxBLqmByYHHtRhFJRqKz/?lang=es>
- Barcala, A. y Stolkner, A. (2000). Accesibilidad a servicios de salud de familias con necesidades básicas insatisfechas: estudio de caso. VII Anuario de Investigaciones de la Facultad de Psicología de la Universidad de Buenos Aires, Argentina.

- Barría Oyarzo, C. (2021). Interseccionalidad. En V. Tripin y C. Zunino (Eds.), *Pensar las migraciones contemporáneas: categorías críticas para su abordaje* (pp. 201-210). Córdoba, Argentina: Teseo.
- Begala, S. (2012). El reconocimiento diferenciado de derechos: primer obstáculo al acceso a la justicia de las personas migrantes. *Revista Derecho y Ciencias Sociales*, (6), pp. 3-24.
- Begala, S. (2012). Migrantes en Argentina: inclusión diferencial y ciudadanía jerarquizadas. En Centro de investigaciones jurídicas y sociales. F. Llamosas (Ed.). En *Anuario XIV* (pp. 759-775). Ciudad Autónoma de Buenos Aires, Argentina: Editorial La Ley.
- Begala, S. (2014). Cambios formales, condicionantes reales. Los migrantes y el acceso a derechos. *Temas de Antropologías y Migración*, (7), pp. 74-86. Recuperado de <https://core.ac.uk/download/pdf/78546077.pdf>
- Belmartino, S. (s/f). Modelo médico hegemónico. II Jornadas de A.P.S. Comisión Argentina de Residentes del Equipo de Salud. Buenos Aires, Argentina. Recuperado de <http://www.unla.edu.ar/documentos/institutos/isco/cedops/libro1a13.pdf>
- Bertona, L., Ramia Villapando, A. y Scarpino, P. (2018). Vivir en las fronteras: de la producción territorial de la salud colectiva con jóvenes y mujeres de Nueva Esperanza (tesina de grado). Universidad Nacional de Córdoba, Argentina. Recuperado de: <https://rdu.unc.edu.ar/handle/11086/6725>
- Bogdan, R. y Taylor, S. (1987). La entrevista en profundidad. En *Introducción a los métodos cualitativos de investigación, la búsqueda de significados* (traducción). Barcelona, España: Paidós.
- Breilh, J. (2013). La determinación social de la salud como herramienta de transformación hacia una nueva salud pública (salud colectiva). *Revista Facultad Nacional de Salud Pública*, 31 (1), pp. 13-27. Recuperado de <http://www.scielo.org.co/pdf/rfnsp/v31s1/v31s1a02.pdf>

- Brisnikoff, L. (2014). Lineamientos generales de la cuestión migratoria en la Argentina: el derecho humano a migrar. *Revista Jurídica*. Recuperado de http://dspace.uces.edu.ar:8180/xmlui/bitstream/handle/123456789/2503/Lineamientos_Brisnikoff.pdf?sequence=1
- Carballeda, A. (2010). La intervención social como dispositivo. Una mirada desde los escenarios actuales. *Revista Trabajo social UNAM VI*, (1), pp.46-59.
- Carvajal, J. (2020). Trabajo de redes. Sentidos y significados del trabajo social. *Revista Cuaderno de Trabajo Social*. 15 (1), pp. 57-70.
- Cazzaniga, S. (2005). Reflexiones sobre la ideología, la ética y la política en Trabajo Social. Ficha de Cátedra del Seminario de Capacitación Intervención Social con familias. Gualeguaychú. Universidad Nacional de Entre Ríos, Facultad de Trabajo Social.
- Clavijo, J., Pereira, A. y Basualdo, L. (2019). Humanitarismo y control migratorio en Argentina: refugio, tratamiento médico y migración laboral. *Apuntes Revista De Ciencias Sociales*, 84. <http://dx.doi.org/10.21678/apuntes.84.1016>.
- Colmenares, A. (2012). Investigación-acción participativa: una metodología integradora del conocimiento y la acción. *Revista Voces y silencios: revista Latinoamericana de educación*. 3 (1), pp. 102-115.
- Comes, Y., Czerniecki, S., Garbus, P., Mauro, M., Vázquez, A., Sotelo, R. y Stolkiner, A. (2006). El concepto de accesibilidad: la perspectiva relacional entre población y servicios. Anuario de Investigaciones XII. Recuperado de <https://www.redalyc.org/articulo.oa?id=369139943019>
- Couto, M.T., De Oliveira, E., Do Carmo Luiz, O. y Separavich, M. (2019). La perspectiva feminista de la interseccionalidad en el campo de la salud pública: revisión narrativa de las producciones teórico-metodológicas. *Revista Salud Colectiva* (15). doi: 10.18294/sc.2019.1994

- Crosetto, R. (2012). *La intervención en Trabajo Social*. Córdoba, Argentina: Mimeo.
- Custo, E. y Fonseca, C. (2009). El trabajo social: ¿cómo mira a los sujetos que demandan su práctica profesional? En E, Custo. (Coord.), *Teorías, espacios y estrategias de intervención en lo grupal* (pp.75-87). Córdoba, Argentina: Espartaco.
- Czeresnia, D. (1999). El concepto de salud y la diferencia entre prevención y promoción. *Cuadernos de Salud Pública*, 15 (4), pp.1-8. Recuperado de http://www.trabajosocial.unlp.edu.ar/uploads/docs/czeresnia_dina_el_concepto_de_salud_y_la_diferencia_entre_prevenccion_y_promocion_CONCEPTO_DE_SALUD_DIFERENCIA_ENTRE_PROMOCION_Y_PREVENCIÓN.pdf
- Dabas, E. (2021). ¿Quién sostiene a quienes sostienen? En Washington Uranga (Coord.), *Políticas Sociales Estrategias para construir un nuevo horizonte de futuro Vol. 2*. (pp. 43-50). Buenos Aires, Argentina: CONICET
- De la Peña Consuegra G. y Velázquez Ávila, R. (2018). Algunas reflexiones sobre la teoría general de sistemas y el enfoque sistémico en las investigaciones científicas. *Revista Cubana Educación Superior*, (2), pp. 31-34. Recuperado de <http://scielo.sld.cu/pdf/rces/v37n2/rces03218.pdf>
- Domenech, E. (junio 2005). Inmigración, Estado y Educación en Argentina: ¿Hacia nuevas políticas de integración? XXV Conferencia Internacional de Población de la IUSSP. Francia. Recuperado de : <http://www.derechoshumanos.unlp.edu.ar/assets/files/documentos/inmigracion-estado-y-educacion-en-argentina-hacia-nuevas-politicas-de-integracion.pdf>
- Domenech, E. (2008). La ciudadanización de la política migratoria de la política migratoria en la región sudamericana: vicisitudes de la agenda global. En S. Novick. (Ed.), *Las migraciones en América Latina. Políticas, culturas y estrategias* (pp. 53-72). Buenos Aires, Argentina: Catálogos.

- Domenech, E. (2011). Crónica de una “amenaza” anunciada. Inmigración e “ilegalidad”: visiones de Estado en la Argentina contemporánea. En B.Feldman-Bianco, C. Stefoni, L. Rivera Sánchez y M. Villa. (Eds.), *La construcción social del sujeto migrante en América Latina: prácticas, representaciones y categorías* (pp. 31-72). Quito, Ecuador: FLACSO-Ecuador / CLACSO / UAH
- Domenech, E. (2018). Gobernabilidad migratoria: producción y circulación de una categoría de intervención política. *Revista Temas de Antropología y Migración*. Recuperado de https://ri.conicet.gov.ar/bitstream/handle/11336/93417/CONICET_Digital_Nro.5bd8f470-2f65-4f45-8a6c-68e354112a18_X.pdf?sequence=5&isAllowed=y
- Fassin, D. (2010). *La razón humanitaria. Una historia moral del tiempo presente*. Buenos Aires, Argentina: Prometeo.
- Ferrajoli, L. (1998). Más allá de la soberanía y la ciudadanía: un constitucionalismo global. *Isonomía: Revista de Teoría y Filosofía del Derecho*, (9), 173-184.
- Fernández, A., Borja, C., García, P. e Hidalgo, R. (2010). El Enfoque basado en derechos humanos y la cooperación para el desarrollo. En L. Monfort (Ed.), *Guía para la incorporación del enfoque basado en derechos humanos en las intervenciones de cooperación para el desarrollo humano*. (pp. 9-15). Madrid, España: Instituto Universitario de Desarrollo y Cooperación de la Universidad Complutense.
- Ferrandini, D. (2010). Salud: Opciones y paradigmas. Buenos Aires, Argentina. Mimeo.
- Fowler, W. y Zavaleta, E. (2013). El pensamiento de Pierre Bourdieu: Apuntes para una mirada arqueológica. *Revista de Museología Kóot*, 3 (4), 117-135. Recuperado de <https://www.camjol.info/index.php/KOOT/article/view/2253>
- Ghosh, B. (2008). Derechos humanos y migración: el eslabón perdido. *Revista Migración y Desarrollo*, (10), pp. 37-63. doi: [10.35533/myd.0610.bg](https://doi.org/10.35533/myd.0610.bg)

Golay, I. (2013). Argentina “crisol de razas: ficción y realidad”. VII Jornadas de Jóvenes Investigadores. Instituto de Investigaciones Gino Germani, Facultad de Ciencias Sociales, Universidad de Buenos Aires, Argentina.

Gómez López, L. y Rabanaque Hernández, M. (2000). Concepto de salud. En C. Colomer y C. Álvarez- Dardet (Eds.), *Promoción de la salud y cambio social* (pp. 3-12). Barcelona, España: Masson

Gutiérrez, A. (1997). Las estructuras sociales externas o lo social hecho cosas. En A, Gutiérrez (Ed.), *Las prácticas sociales: Una introducción a Pierre Bourdieu*. (pp. 31-64). Córdoba, Argentina: Ferreyra Editor

Gutiérrez, A. (2005). *Las prácticas sociales: Una introducción a Pierre Bourdieu*. Córdoba, Argentina: Ferreyra Editor

Isaia, M. y Chacarelli, M. (16 de mayo 2016). La gestión de las políticas y programas sociales con enfoque de derechos en un contexto de cambios de la institucionalidad social. Desafíos para los trabajadores sociales. Ponencia presentada en V Encuentro Internacional de Trabajo Social y Rehabilitación Socio-ocupacional “Avances, fortalezas y retos profesionales por un mundo mejor”. La Habana, Cuba.

Jelin, E., Grimson, A. y Zamberlin, N. (2006). ¿Servicio?, ¿Derecho?, ¿Amenaza? La llegada de inmigrantes de países limítrofes a los servicios públicos de salud. En E. Jelin (Eds.), *Salud y migración regional. Ciudadanía, discriminación y comunicación intercultural*, Buenos Aires, Instituto de Desarrollo Económico y Social (IDES).

Kornblit, A. y Mendes Diz, A. (2000). *La salud y la enfermedad: aspectos biológicos y sociales*. Capital Federal, Argentina: Aique. Recuperado de <http://www.cucaicor.com.ar/datos/kornblit-ana-lia-y-mendes-diz-ana-el-proceso-salud-enfermedad.pdf>

La Barbera, M. (2016). Interseccionalidad. Un “concepto viajero”: orígenes, desarrollos e implementación en la Unión Europea. *Revista Disciplina*, 4 (8), pp. 105-122. Recuperado de

https://www.researchgate.net/publication/310773560_Interseccionalidad_un_concepto_viajero_origenes_desarrollo_e_implementacion_en_la_Union_Europea

- Laurell, C. (1986). El estudio social del proceso salud-enfermedad en América Latina. *Cuadernos Médicos Sociales*, (37), pp.1-10. Recuperado de http://www.trabajosocial.unlp.edu.ar/uploads/docs/el_estudio_social_del_proceso_salud_enfermedad_en_america_latina_autora_asa_crsitina_laurell.pdf
- López, C. (2014). La biopolítica según la óptica de Michael Foucault. Alcances, potencialidades y limitaciones de una perspectiva de análisis. *El banquete de los dioses. Revista de filosofía y teoría política contemporánea*, 1 (1), pp. 111-137.
- Marro, K. (2005). Hacia la construcción de un Trabajo Social Crítico Latino Americano: Algunos elementos para su problematización. *Revista Cátedra Paralela*, (2), pp.55-81. Recuperado de https://drive.google.com/file/d/0B0iy_him320DQjF1V1I2LS1xT0E/view
- Menéndez, E. (30 de abril 1988). Modelo Médico Hegemónico y Atención Primaria. II Jornadas de Atención Primaria de la Salud. Buenos Aires. Argentina Recuperado de https://www.psi.uba.ar/academica/carrerasdegrado/psicologia/sitios_catedras/electivas/8_16_rol_psicologo/material/unidad2/obligatoria/modelo_medico.pdf
- Menéndez, E. (2003). Modelos de atención de los padecimientos: de exclusiones teóricas y articulaciones prácticas. *Revista Ciência & Saúde Coletiva*, 8 (1), pp.185-207. doi:[10.1590/S1413-81232003000100014](https://doi.org/10.1590/S1413-81232003000100014)
- Mignolo, W. (2015). Prefacio. En F. Carballo y L. Herrera (Eds.), *Habitar la frontera: sentir y pensar la descolonialidad* (pp. 7-12). Barcelona, España: CIDOB.
- Mintegiuga, A y Ubasart-González, G. (2015). Caminando hacia el buen vivir. El reto de definir el régimen de bienestar. *Revista THEOMAI*, (32). Recuperado de [http://revista-theomai.unq.edu.ar/NUMERO_32/4_Mintegiuga-Ubasart_\(theo32\).pdf](http://revista-theomai.unq.edu.ar/NUMERO_32/4_Mintegiuga-Ubasart_(theo32).pdf)

- Moreno, L. (mayo de 2020). La determinación social, una visión epistemológica para comprender el proceso salud-enfermedad. *Revista Ciencia de la Salud*, 18, pp. 1-17.
- Novick, S. (2008). Migración y políticas en Argentina: Tres leyes para un país extenso (1876-2004). En las migraciones en América Latina: políticas, culturas y estrategias. Buenos Aires, Argentina: CLACSO. Recuperado de <http://biblioteca.clacso.edu.ar/Argentina/iigg-uba/20190411022905/Novick8-8-08.pdf>
- Nucci, N., Crosetto, R., Bilavcik, C. y Miani, A. (2018). La intervención de Trabajo Social en el campo de la salud pública. *Revista Conciencia Social*, 1 (2), pp. 1-19. Recuperado de <https://revistas.unc.edu.ar/index.php/ConCienciaSocial/article/view/19938>
- Observatorio Humanitario de la Cruz Roja Argentina. (junio de 2020). Impacto de la pandemia sobre la población migrante en Argentina. Recuperado de <https://cruzroja.org.ar/observatorio-humanitario/wp-content/uploads/2020/09/observatorio-humanitario-estudio-poblacion-migrante.pdf>
- Pagnamento L., Weingast, D., Caneva, H., Castrillo, B., Hasicic, C. y Specogna, M. y (5 diciembre 2016). Proceso salud-enfermedad-atención desde una perspectiva de género: una posible aproximación conceptual. En IX Jornadas de Sociología de la UNLP, Ensenada.
- Parra, G. (2000). Cuestión social y trabajo social: Reflexiones sobre la dimensión ético - política en la intervención profesional. *Desde el fondo*, (17), pp 18-28.
- Patzi, F. (2009). *Sistema comunal. Una propuesta alternativa al sistema liberal*. La Paz, Bolivia: Ediciones La Vicuña.
- Pécoud, A. y De Guchteneire, P. (2005). Migración sin fronteras: Una investigación sobre la libre circulación de personas. *Red de Revistas Científicas de América Latina y el Caribe, España y Portugal (REDALYC)*, 3 (2). pp.137-176. Recuperado de https://www.researchgate.net/publication/28138138_Migracion_sin_fronteras_una_investigacion_sobre_la_libre_circulacion_de_personas

- Pécoud, A y De Guchteneire, P. (2008). Introducción: la hipótesis de la migración sin fronteras. En P. De Guchteneire y A. Pécoud. (Eds.), *Migración sin fronteras: Ensayos sobre la libre circulación de las personas* (pp. 13-54). Francia: Ediciones UNESCO
- Peralta, M., Pinotti, G., Bosio, M. y Videla, V. (2010). Reflexiones sobre la dimensión ético-política de las prácticas profesionales desde los aportes de Enrique Dussel. Ponencia presentada en el Simposio: "Movimientos sociales y práctica política" en II Jornadas Internacionales de Problemas Latinoamericanos. Universidad Nacional de Córdoba 2010.
- Pérgola, F. (2004). *Historia de la Salud Social en la Argentina*. Buenos Aires, Argentina: Superintendencia de Servicios de Salud.
- Pizzi, D. (agosto 2014). Políticas en Salud Pública. En M. Agotegara (Presidencia). FEFARA. Jornadas Federales e Internacionales de Política, Economía y Gestión de Medicamentos. Ponencia llevada a cabo en Potrero de los Funes, San Luis.
- Quijano, A. (2000). Colonialidad del poder, eurocentrismo y América Latina. En E. Lander (Ed.), *La colonialidad del saber: eurocentrismo y ciencias sociales. Perspectivas Latinoamericanas* (pp. 122-156) Buenos Aires, Argentina: CLACSO. Recuperado de <http://bibliotecavirtual.clacso.org.ar/ar/libros/lander/quijano.rtf> Desde
- Restrepo, A. (2013). Determinismo/indeterminismo y determinación: implicaciones en el campo de la salud pública. *Revista Facultad Nacional Salud Pública*, 31 (1), pp.42-46. Recuperado de <http://www.scielo.org.co/pdf/rfnsp/v31s1/v31s1a05.pdf>
- Robles, B. (2011). La entrevista en profundidad: una técnica útil dentro del campo antropofísico. *Revista Cuicuilco*. 18, (52), pp. 39-49.
- Rozas Pagaza, M. (2001). *La intervención profesional en relación con la cuestión social. El caso del trabajo social. Introducción y Cap. IV*. Buenos Aires, Argentina: Editorial Espacio.

- Sacchi, M., Hausberger, M. y Pereyra, A. (2007). Percepción del proceso salud-enfermedad-atención y aspectos que influyen en la baja utilización del Sistema de Salud, en familias pobres de la ciudad de Salta. *Revista Salud Colectiva*. 3 (3), pp. 271-283.
- Sánchez, I. (2007). La higiene y los higienistas en la Argentina (1880-1943). *Revista de la Asociación Médica Argentina*, 121, (2), pp.37-38. Recuperado de <https://biblat.unam.mx/es/revista/revista-de-historia-humanidades-medicas/articulo/sanchez-norma-isabel-la-higiene-y-los-higienistas-en-la-argentina-1880-1943-buenos-aires-sociedad-cientifica-argentina-2007-768-p>
- Sánchez, M. (2018). Las múltiples articulaciones de lo religioso en las intervenciones del trabajo social con abordaje familiar. Religión e incidencia pública. *Revista de Investigación de GEMRIP*. Recuperado de <http://religioneincidenciapublica.gemrip.org/>
- Spinelli, H. (septiembre-diciembre de 2010). Las dimensiones del campo de la salud en Argentina. *Salud Colectiva*, 6, (3), pp. 276-293.
- Stolkiner, A. (2003). Pobreza y subjetividad. Relación entre las estrategias de las familias pobres y los discursos y prácticas asistenciales en salud. *Subjetividad y Procesos Cognitivos*. Recuperado de http://dspace.uces.edu.ar:8180/xmlui/bitstream/handle/123456789/496/Pobreza_y_subjetividad.pdf?sequence=1
- Tobar, F. (2012). Breve historia del sistema argentino de salud. En O. Garay (Ed.). *Responsabilidad Profesional de los Médicos. Ética, Bioética y Jurídica. Civil y Penal*. (pp. 1-19) Buenos Aires, Argentina: La Ley.
- Tobar, F., Olaviaga, S. y Solano, R. (2012). Complejidad y fragmentación: las mayores enfermedades del sistema sanitario argentino. *Revista Documento de Políticas Públicas/Análisis*, (108). Buenos Aires: CIPPEC. Recuperado de <https://www.fmed.uba.ar/sites/default/files/2018->

03/108%20DPP%20Salud%2C%20Complejidad%20y%20fragmentacion%2C%20Tobar%2C%20Olaviaga%20y%20Solano%2C%202012%5B1%5D.pdf

Trachitte, M., Lera, C., Arito, S., Ludi, M., Martínez, G. y González, M. (2012). Ética y trabajo social: la dimensión ética en la intervención profesional. *Sociedade Em Debate*, 14(1), pp. 47-79. Recuperado de <https://revistas.ucpel.edu.br/rsd/article/view/384>

Ussher, M. (2009). Redes sociales e intervención comunitaria. I Congreso Internacional de Investigación y Práctica Profesional en Psicología XVI Jornadas de Investigación Quinto Encuentro de Investigadores en Psicología del MERCOSUR. Universidad de Buenos Aires. Buenos Aires, Argentina.

Vignolo, J., Vacarezza, M., Álvarez, C. y Sosa, A. (2011). Niveles de atención, prevención y atención primaria de la salud. *Prensa Medica Latinoamericana*, (1), pp.11-14. Recuperado de <http://www.scielo.edu.uy/pdf/ami/v33n1/v33n1a03.pdf>

Otras fuentes documentales

Código de Ética del Colegio Profesional de Servicio Social de la Provincia de Córdoba. (2008). Recuperado de <http://www.cpsscba.org/principales/codigo%20de%20etica-08.pdf>

Declaración Universal de los Derechos Humanos (1948). Asamblea General de las Naciones Unidas. París, Francia.

Decreto 310/2020 (2020). Emergencia sanitaria Ingreso Familiar de Emergencia. Buenos Aires: Presidencia de la Nación

Echavarría, A. (2016). Hospital Córdoba. Córdoba, Argentina. Recuperado de <http://hospitalcordoba.com.ar/resenia>

Instituto Nacional Central Único Coordinador de Ablación e Implante (2012). Resolución 342/09 Inscripción de Extranjeros - Modificación. Argentina: Ministerio de Justicia y Derechos Humanos.

- Instituto Nacional de Estadísticas y Censos. (2020). Encuesta permanente de hogares. Consideraciones metodológicas sobre el tratamiento de la información del segundo trimestre de 2020. Buenos Aires, Argentina: Libro de edición argentina. Recuperado de https://www.indec.gob.ar/ftp/cuadros/menusuperior/eph/EPH_consideraciones_metodologicas_2t20.pdf
- Ley N° 26.529 (2009). Ley de Derechos del Paciente en su Relación con los Profesionales e Instituciones de la Salud. Argentina: Congreso de la República Argentina.
- Ley N° 6.222 (1978). Ley de Ejercicio de las Profesiones y Actividades Relacionadas con la Salud Humana. Córdoba: Poder ejecutivo.
- Ley N° 817 (1876). Ley de Inmigración y Colonización. Argentina: Congreso de la República Argentina
- Ley N° 4.144 (1902). Ley de Residencia de Extranjeros. Ciudad Autónoma de Buenos Aires: Congreso de la República Argentina
- Ley N° 25.871 (2004). Ley de Migraciones. Argentina: Ministerio de Justicia y Derechos Humanos.
- Ley N° 22.439 (1981). Ley General de Migraciones y de Fomento de la Inmigración. Ciudad Autónoma de Buenos Aires: Congreso de la República Argentina.
- Ministerio de Salud de la Nación (2017). Sistema de salud. Recuperado de <https://salud.gob.ar/dels/printpdf/145>
- Programas de las Naciones Unidas para el desarrollo (2011). Aporte para el desarrollo humano en Argentina. El sistema de salud argentino y su trayectoria de largo plazo: logros alcanzados y desafíos futuros. Recuperado de <https://filadd.com/doc/leer-cap-1-el-sistema-de-salud-argentino-pnud-ops>
- Programa Seminario Ética y Trabajo Social. (2020). Licenciatura en Trabajo Social, Facultad de Ciencias Sociales, Universidad Nacional de Córdoba. Córdoba, Argentina.
- Resolución 2185/2011. (2011). Formularios de admisión y renovación de solicitud de medicamentos. Buenos Aires: Ministerio de Salud.