## IX Jornadas de Jóvenes Investigadores

## Instituto de Investigaciones Gino Germani

## 1, 2 y 3 de Noviembre de 2017

Agustín David Wilner

Instituto de Investigaciones Gino Germani

Facultad de Ciencias Sociales, UBA

aguswilner@gmail.com

Estudiante de grado, Carrera de Sociología, Facultad de Ciencias Sociales, UBA

Eje 6. Espacio social, tiempo y territorio

**Territorio y desigualdades sociales en salud**

**Palabras clave:** territorio – desigualdad – cuidado de la salud – accesibilidad

## **Introducción**

El objetivo de esta ponencia[[1]](#footnote-0) es explorar la dimensión territorial de las desigualdades en salud a partir de la discusión teórica en torno a los determinantes sociales de la salud. En líneas generales, se considera que el análisis de la dimensión territorial de las desigualdades en salud se encuentra atravesado por la segregación socio-territorial, que configura la accesibilidad geográfica de los servicios de salud, así como también, al concentrar grupos de un nivel socioeconómico determinado, implica ventajas o dificultades para el acceso a recursos relevantes para el cuidado de la salud. La ponencia parte de una presentación general de la problemática, para luego abordar específicamente la cuestión de la accesibilidad geográfica de los servicios de salud y las relaciones entre salud, territorio y ambiente.

**La relación entre salud y territorio**

La persistencia de desigualdades e inequidades en el acceso a la atención de la salud, han llevado a la OPS y la OMS a plantear el acceso universal de la salud de las personas y sus comunidades como centro de la agenda regional y global, buscando garantizar su integralidad y calidad, reconociendo los diversos niveles de fragmentación (administrativa y territorial) de los sistemas de salud en América Latina (Dmytraczenko y Almeida, 2015). Asimismo, la OMS también ha puesto el foco las enfermedades provocadas por factores ambientales modificables, con miras hacia su prevención (Prüss-Üstün y Corvalán, 2006).

No obstante, la relación entre la salud y el territorio excede las inequidades en el acceso y la exposición a factores ambientales de riesgo. Siguiendo la perspectiva de la Salud Colectiva Latinoamericana, los determinantes de la salud se dividen entre estructurales (clase social y posición ubicada en la estructura social) e intermediarios (condiciones materiales, factores biológicos, psicosociales y la organización del sistema de salud) (ALAMES, 2008). Puede considerarse entonces al territorio como un determinante estructural del proceso de cuidado y atención de la salud, en tanto afecta, no sólo la disponibilidad y proximidad de los servicios de salud, sino también a la distribución de otros recursos relevantes para dicho proceso, sentido en el cual el territorio puede presentar tanto restricciones como recursos para el cuidado y la atención de la salud.

Si la distribución de recursos relevantes para dicho proceso se presenta como un determinante intermedio del cuidado de la salud, el estatus socioeconómico, que condiciona el acceso a dichos recursos, puede entenderse como una causa fundamental de las desigualdades en el cuidado y la atención de la salud (Phelan et. al, 2010). Dicha causación se evidencia en la asociación entre las diferencias en estatus socioeconómico con distintos perfiles de morbilidad/mortalidad a través de la acción de distintos mecanismos por los que las diferencias en estatus socioeconómico implican: efectos sobre distintas enfermedades y los resultados de las mismas a partir de la exposición a distintos factores de riesgo y el acceso a recursos clave para el cuidado. Al mismo tiempo, dichos mecanismos no permanecen fijos sino que se alteran a lo largo del tiempo, por ejemplo, siguiendo el curso de los avances tecnológicos en la prevención de la enfermedad y la extensión de otras medidas de cuidado a sectores que antes no las percibían (Phelan et. al, 2010).

Es en éste marco general que las clases sociales reproducen su vida en los barrios que habitan y que, de acuerdo a sus intereses y potencialidades de clase, conforman *modos de vida colectivos* (Breilh, 2010). Dichos modos de vida condicionan a su vez la producción de *estilos de vida* individuales y familiares, que implican hábitos de cuidado, elementos saludables y malsanos, que configuran determinados *perfiles epidemiológicos*. De acuerdo con Menéndez (1998), las limitaciones estructurales (territoriales) no implican la ausencia de prácticas y criterios de cuidado, sino que éstos son conformados en el marco de dichas limitaciones, por lo que son determinados por factores socioeconómicos y culturales.

Ahora bien, en Argentina, la relación entre estatus socioeconómico y las desigualdades en salud se profundiza en un contexto de segregación socio-territorial potenciada a partir de los años ’90 (o segregación residencial socioeconómica), definida como la separación de dos o más grupos sociales en el espacio urbano– mediada por la estructura de clases–, dónde los sectores de menores recursos se movilizan hacia la periferia en el marco de un proceso de urbanización no planificado, que carece la infraestructura básica en términos de transporte y servicios (Groisman y Suárez, 2005). El proceso de segregación socio-territorial se define entonces a partir del grado de concentración de los distintos grupos sociales, la homogeneidad que presentan diferentes áreas urbanas, así como también el prestigio o estigma social de los diferentes barrios (Sabatini, 2003).

Así, la distribución de recursos relevantes para el cuidado, afectada por el estatus socioeconómico de los distintos grupos poblacionales, se expresa en el territorio a partir de la segregación socio-territorial, que concentra grupos con desventajas estructurales en ciertos espacios específicos. Siguiendo a Diez Roux y Mair (2010), las áreas de residencia (barrios), fuertemente asociados con la posición social, son contextos relevantes porque sus atributos físicos y sociales pueden afectar la salud de los individuos y grupos que los habitan a lo largo de su curso de vida.

La distribución y el acceso desigual a recursos para el cuidado, confluye con la descentralización y focalización de los servicios sanitarios, cuyo resultado es un sistema sanitario ampliamente fragmentado territorialmente y heterogéneo en sus lógicas de funcionamiento (Chiara, Di Virgilio y Moro, 2009). El sistema sanitario también se encuentra fragmentado en sus fuentes de financiamiento y los requerimientos financieros hacia los usuarios de cada efector de salud (Maceira, 2010).

En este sentido, el territorio se vincula a las desigualdades en salud a partir de factores contextuales (medioambiente, infraestructura urbana, disponibilidad de servicios de salud) que se combinan con otros a nivel individual (capital cultural, económico y social).

De este modo, en tanto el lugar de residencia, en un contexto de segregación socio-territorial, afecta la disponibilidad de recursos, así como las posibilidades y capacidades para conformar prácticas de cuidado en el marco de modos de vida colectivos, el territorio se presenta como un vector de expresión de las desigualdades e inequidades en salud, y su estudio constituye un aspecto de relevancia para la formulación de políticas sanitarias que apunten a mitigar dichas desigualdades, así como también para comprender el proceso de determinación social de la atención y el cuidado de la salud. Ésta relación entre segregación socio-territorial y disponibilidad de recursos se refuerza mutuamente, ya que la segregación puede resultar en desigualdades en la disponibilidad espacial de dichos recursos, resultando en una intensificación de la segregación (Diez Roux y Mair, 2010: 125).

### **Accesibilidad geográfica de los servicios de salud**

Si se entiende por accesibilidad de los servicios de salud la relación existente entre la necesidad y deseo de obtener atención por parte de la población, y la disponibilidad de los servicios de salud para brindar dicha atención, debe entenderse que la disponibilidad no implica necesariamente la obtención de la atención, debido a la existencia de distintas barreras para el acceso (Frenk, 1992; Restrepo-Zea et al., 2014). Pueden resumirse los distintos tipos de barreras entre las ecológicas (requerimientos de transporte), económicas (carga financiera la atención) y organizativas (modalidad de organización de los servicios de salud) (Aday y Andersen, 1992; Frenk, 1992).

En este sentido, el concepto de *accesibilidad espacial* desarrollado por Guagliardo (2004) se presenta útil para el análisis de la accesibilidad geográfica de los servicios de salud, ya que pone en relación la disponibilidad (número de efectores que puede elegir un usuario potencial) y la accesibilidad (impedimentos de viaje en términos de distancia o tiempo entre el usuario y los efectores). La inclusión de la dimensión temporal para el entendimiento de la accesibilidad enriquece el análisis, puesto que influye sobre el acceso y el uso de recursos disponibles en áreas urbanas (Kwan, 2013), así como también se relaciona con la cantidad e intensidad del tiempo de las personas, relacionado con la carga de trabajo (formal y doméstico, que es mayor para las mujeres) (Stradznis et al., 2015), que se suma a los requerimientos temporales de los desplazamientos geográficos de la atención.

A partir del estudio de la relación entre la distribución geográfica de centros de atención primaria de la salud (CAPS) en el área de la cuenca Matanza-Riachuelo, con la demanda potencial de la población de referencia de cada uno de ellos, De Petri et al. (2013) concluye que la infraestructura de transporte disponible y la capacidad de movilidad de la población se presentan como los principales condicionantes de la accesibilidad al primer nivel de atención. La movilidad puede comprenderse como una práctica social de viaje, que integra deseos y necesidades de desplazamientos con la capacidad para satisfacerlos, y que en el caso de la salud supone la necesidad de viaje en vínculo con un servicio y no el lugar específico donde éste se presta (Gutiérrez, 2009). En este sentido, tanto la distribución geográfica de los efectores de salud, como las capacidades diferenciales de movilidad de los distintos segmentos poblacionales, configuran desigualdades en la accesibilidad geográfica de los servicios de salud, que no sólo afectan el contacto inicial sino también la continuidad del cuidado, dando origen a movilidades vulnerables (Gutiérrez, 2009).

En la misma dirección se orienta el trabajo de Ballesteros (2016a) respecto de la relación entre población usuaria potencial y la disponibilidad de profesionales de salud en los CAPS de distintas jurisdicciones de la Argentina, la cual varía entre las distintas provincias, pero también a su interior, implicando que ciertos sectores poblaciones posean mayores dificultades para obtener la atención con un médico especialista, odontólogos o psicólogos, a causa de la heterogeneidad territorial de la oferta de los CAPS, que se encuentra más vinculada a la capacidad financiera de los partidos y municipios que con las necesidades particulares de la población. Asimismo, la cantidad de tiempo de espera requerido para el acceso a la atención también varía de acuerdo al aglomerado de residencia de los usuarios, siendo menor para quiénes habitan en la Ciudad de Buenos Aires (Ballesteros, 2016b). La falta de profesionales o los mayores tiempos de espera, pueden resultar en la necesidad de desplazamiento para poder acceder a la atención, que refuerza las desigualdades en la oferta a partir de las distintas capacidades de movilidad de los grupos sociales, y que al ser mayores afectan no sólo el contacto inicial sino también la continuidad de la atención. Asimismo, la estrategia de Atención Primaria de la Salud (APS), que hace foco sobre las comunidades en las que se emplazan los efectores del primer nivel de atención, implica que frecuentemente deban derivarse pacientes con necesidades de atención más complejas hacia efectores que puedan brindarlas, funcionando a partir del trabajo en red en el territorio de los efectores de los distintos niveles de atención (Chiara, 2016: 15-17). En ese sentido, la estrategia de APS requiere de la “coordinación asistencial” entre los distintos niveles de atención, puesto que vincula dos nociones de territorio, la de proximidad y la de conectividad, en tanto el primer nivel de atención funciona como puerta de entrada al sistema (Chiara, 2016).

Si se considera al acceso a la atención médica como un proceso resultante de la negociación entre el discurso de los servicios de salud y las valoraciones de los usuarios potenciales acerca de quiénes son objeto de la atención médica (Dixon-Woods, 2006), la existencia de estigmas sobre territorios socio-segregados y sus habitantes, que cuentan con una menor cantidad de recursos, puede repercutir sobre la capacidad de negociación de los usuarios de dichos territorios. En este sentido, el estigma, como correlato subjetivo de la segregación, constituye parte de la experiencia de la segregación socio-territorial, en tanto no se expresa sólo en los lugares que los individuos habitan, sino también en los que transitan (Kwan, 2013). Así, el estigma se suma a las cargas propias de los padecimientos, especialmente aquellos de carácter crónico, y tiene consecuencias sobre el acceso a la atención de la salud (Hatzenbuehler, Phelan y Link, 2013).

En resumen, la accesibilidad espacial se expresa en distintas dimensiones, partiendo desde la disponibilidad de los efectores de salud, la de los profesionales de la salud, a lo que se suman las fallas y dificultades de la coordinación asistencial y el funcionamiento en red entre los distintos niveles de atención. Así, las desventajas estructurales de ciertos grupos poblacionales, que se expresan en movilidades vulnerables, afectan su relación con los servicios de salud y, por lo tanto, la obtención de la atención. Como consecuencia, el mayor trabajo requerido por parte de los usuarios con mayores desventajas estructurales, segregados socio-territorialmente, para obtener atención médica, lleva a que accedan en menor medida al cuidado preventivo y utilicen en mayor medida los servicios de urgencia (Dixon-Woods, 2006).

**Salud, ambiente y territorio**

Las relaciones entre las desigualdades en salud y territorio se expresan también a través del efecto conjunto y acumulado de factores ambientales y sociales. Debe comprenderse por ambiente tanto las propiedades físicas que rodean a las personas, donde se incluyen factores contaminantes (ambiental, sonora, etc.), así como también las condiciones contextuales de vida como la calidad habitacional, los ambientes de trabajo y las condiciones generales del barrio de residencia (Evans y Kantrowitz, 2002).

Así, puede definirse a la salud ambiental como las dimensiones de la salud humana que son determinadas por factores ambientales físicos, químicos, biológicos, sociales y psicosociales (Ordoñez, 2000). De este modo, la relación entre la exposición a factores ambientales y salud se presenta como relevante para la comprensión de los procesos de determinación social de la salud, teniendo en cuenta que la mayor incidencia de enfermedades por factores ambientales modificables se da en la población infantil (Prüss-Üstün y Corvalán, 2006).

Si la exposición a ambientes con diversa calidad ambiental se encuentra mediada por el estatus socioeconómico (Evans y Kantrowitz, 2002), a la vez que éste se relaciona con los patrones de segregación socio-territorial, la relación entre éste último fenómeno y la calidad ambiental puede establecerse. En este sentido, las desigualdades en la exposición a factores ambientales de riesgo se vuelven significativas para el análisis, en tanto se vinculan con efectos negativos para la salud, a la vez que las vulnerabilidades de los grupos con mayores desventajas estructurales, contribuyen a acentuar dichos efectos (Morello-Frosch et al., 2011). Esta relación se complejiza si se considera que las personas no son sólo afectadas por los factores asociados a su entorno inmediato de residencia sino por aquellos lugares que transitan y donde desarrollan su vida cotidiana (Kwan, 2013).

Los efectos del ambiente sobre la salud pueden ser a través de la mayor cercanía a desechos tóxicos, fuentes de agua contaminadas, emisiones tóxicas (contaminación del aire) y contaminación sonora, a lo que se suman factores propios del área de residencia como la calidad habitacional, o la existencia de hacinamiento, condiciones a las que se encuentran expuestos con mayor frecuencia los grupos de menor nivel socioeconómico (Evans y Kantrowitz, 2002; Morello-Frosch et al., 2011). Asimismo, deben considerarse los efectos nocivos que tiene sobre la salud la calidad del aire doméstico, especialmente a causa del tabaquismo, cuyo efecto es especialmente relevante en los niños (Evans y Krantowitz, 2002). Teniendo en cuenta lo dicho anteriormente acerca de los procesos de urbanización no planificados propios de la segregación socio-territorial, que concentra a los sectores sociales de menor nivel socioeconómico, estas condiciones tienden a localizarse en dichos sectores.

Por otro lado, la salud de las personas también se ve influida por las condiciones generales del barrio de residencia, que pueden permitir o constreñir la constitución de hábitos más o menos saludables que redundan en la condición de salud de sus habitantes. Un ejemplo de estas condiciones es la disponibilidad de instalaciones para realizar actividad física en parques o diseños urbanos que faciliten el caminar como recreación, cuya utilización o práctica, en conjunto con la presencia de establecimientos que dispongan de alimentos saludables, pueden resultar en una menor incidencia de obesidad, diabetes e hipertensión (Diez Roux y Mair, 2010).

Otro factor influyente en la salud de los individuos es la disponibilidad de espacios verdes, que impacta sobre la autopercepción de la salud en todos los grupos de edad, relación que adquiere mayor relevancia si se considera que los grupos de menor nivel socioeconómico acceden en menor medida a espacios verdes públicos (Maas et al., 2006). Asimismo, la percepción y valoración de los barrios de residencia (tráfico, infraestructura de transporte, disponibilidad de servicios y de espacios verdes, así como factores sociales) se vincula con una mayor incidencia de depresión o de problemas de salud mental (Diez Roux y Mair, 2010).

En síntesis, los factores ambientales, tanto en términos del ambiente natural como del ambiente construido y de las relaciones sociales que se configuran en él, se presenta como un aspecto relevante para el análisis de las desigualdades sociales en salud, y las vincula con la dimensión territorial de la segregación socio-territorial y la disponibilidad de recursos. Sus efectos no actúan aisladamente sino que se superponen y actúan en modo conjunto y simultáneo, a la vez que no se limitan a la manifestación o no de la enfermedad, sino que condicionan el desarrollo de hábitos saludables que requieren de la disponibilidad de entornos donde se puedan realizar actividades, o de la posibilidad de acceder a ciertos bienes más saludables. Estas condiciones confluyen e implican que sean los grupos de menor nivel socioeconómico y con mayores desventajas los que presenten mayores riesgos y peores resultados perinatales, mayor incidencia de enfermedades cardiovasculares, mayor mortalidad, peores condiciones de salud mental y peor autopercepción de la salud (Diez Roux y Mair, 2010; Morello-Frosch et. al, 2011).

**Conclusiones**

 El análisis de la dimensión territorial de las desigualdades sociales en salud debe necesariamente considerar tanto la cuestión de la accesibilidad geográfica de los servicios de salud, así como los factores del ambiente (incluyendo el ambiente construido y las relaciones sociales que se dan en él), y las condiciones propias de la segregación socio-territorial. Asimismo, debe tenerse en cuenta que las desventajas no se suceden las unas aisladas de las otras, sino que su efecto se acumula y actúa en modo conjunto.

En particular, debe considerarse que son los grupos de menor nivel socioeconómico y mayores desventajas estructurales, segregados socio-territorialmente, los que se encuentra más expuestos a los factores de riesgo ambientales, los que cuentan con menores recursos para establecer hábitos saludables (como la realización periódica de actividad física y la alimentación saludable), y los que enfrentan mayores dificultades para el acceso a los servicios de salud.

No obstante, es necesario destacar también que la mejora de las condiciones de acceso no implicaría de por sí la resolución de los problemas referidos al ambiente que, por el contrario, requieren de un abordaje integral que apunte a la mejora de las condiciones de vida a partir del mejoramiento de la calidad habitacional de los sectores con mayores desventajas estructurales, de las condiciones sanitarias de los barrios con peores indicadores socioeconómicos, de la infraestructura de transporte y urbana en general (Diez Roux y Mair, 2010). Dichas mejoras contribuirían a mitigar la asociación existente entre nivel socioeconómico y desigualdades en salud.

**Bibliografía**

* Aday, L., Andersen, R. (1992). “Marco teórico para el estudio del acceso a la atención médica”, En White K. (comp.) *Investigaciones sobre servicios de salud: una antología*. Washington DC, OPS.
* ALAMES (2008) “Documento para la discusión”, Taller Latinoamericano de Determinantes Sociales de la Salud. México, 30 de septiembre-2 de octubre.
* Ballesteros, M. (2016a) “Desigualdades sociales en los tiempos de espera para la consulta médica en Argentina, *Rev. Gerenc. Polít. Salud*, 15(30): 234-250.
* Ballesteros, M. (2016b) “Profesionales de la salud en el primer nivel de atención de Argentina. Un análisis sobre las desigualdades jurisdiccionales”, *Geograficando*, 12(2): 1-14.
* Breilh, J. (2010) “La epidemiología crítica: una nueva forma de mirar la salud en el espacio urbano”, *Salud Colectiva*, 6(1): 83-101.
* Chiara, M., Di Virgilio, M., Moro, J. (2009) “Inequidad(es) en la atención de la salud en el Gran Buenos Aires. Una mirada desde la gestión local”, *PostData*, 14: 97-128.
* Chiara, M. (2016). Territorio, políticas públicas y salud. Hacia la construcción de un enfoque multidimensional, *Rev. Gerenc. Polit. Salud,* 15 (30): 10-22.
* Diez Roux, A., Mair, C. (2010) “Neighborhoods and health, *Ann. N.Y. Acad. Sci.*, 1186: 125-145.
* Dixon-Woods, M., Cavers, D., Agarwal, S., Annandale, E., Arthur, A., Harvey, J., Hsu, R., Katbamna, S., Olsen, R., Smith, L., Riley, R., Sutton, A. (2006) “Conducting a critical interpretive synthesis of the literature on access to healthcare by vulnerable groups”, *BMC Medical Research Methdology*, 6 (35).
* Dmytraczenko, T., Almeida, G. (2015) “Toward Universal Health Coverage and Equity in Latin America and the Caribbean: Evidence from Selected Countries”, *Directions in Development*. Washington DC, World Bank.
* Evans, G., Kantrowitz, E. (2002) “Socioeconomic status and health: The potential role of environmental risk exposure”, *Annu. Rev. Public Health*, 23: 303–31.
* Frenk, J. (1992). “El concepto y la medición de accesibilidad”. En White K. (comp.) *Investigaciones sobre servicios de salud: una antología*. Washington DC, OPS.
* Grosiman, F., Suárez, A. (2005) “Segregación urbana en el Gran Buenos Aires”, Cuarta jornada sobre mercado de trabajo y equidad en argentina, 1 y 2 de diciembre, Universidad Nacional de General Sarmiento, Buenos Aires.
* Guagliardo, M. (2004) “Spatial accesibility for primary care: concepts, methods and challenges”, *International Journal of Health Geographics*, 3 (3).
* Gutiérrez, A. (2009) “La movilidad de la metrópolis desigual: el viaje a la salud pública y grauita en la periferia de Buenos Aires”, XII Encuentro de geográfos de América Latina, Montevideo, 3-7 de Abril.
* Hatzenbuehler, M., Phelan, J., Link, B. (2013) “Stigma as a fundamental cause of population health inequalities”, *Am. J. Public Health*, 103 (5): 813-821.
* Kwan, M. (2013) “Beyond space (as we knew it): Toward temporally integrated geographies of segregation, health, and accesibility”, *Annals of the Association of American Geographers*, 00 (00): 1-9.
* Maceira, D. (2010) “Financiamento, aseguramiento y prestación de Servicios de Salud en Argentina”, recuperado de: http://www.funsalud.org.mx/competitividad/financiamiento/Documentos/Working%20paper%202/Argentina%20sistemico.pdf
* Maas, J., Verheij, R., Groenewegen, P., De Vries, S., Spreeuwenberg, P. (2006) “Green space, urbanity, and health: how strong is the relation?”, *J. Epidemiol. Community Health*, 60: 587-592.
* Menéndez, E. (1998) “Estilos de vida, riesgos y construcción social. Conceptos similares y significados diferentes”, *Estudios Sociológicos*, 46(16): 37-66.
* Morello-Frosch, R., Zuk, M., Jerret, M., Shamasunder, B., Kyle, A. (2011) “Understanding the cumulative impacts of inequalities in environmental health: implications for policy”, *Health Affairs*, 30 (5): 879-887.
* Ordoñez, G. (2000) “Salud ambiental: conceptos y actividades”, *Rev. Panam. Salud Pública*, 7 (3): 137-147.
* Phelan, J., Link, B., Tehranifar, P. (2010) “Social conditions as fundamental causes of health inequalities: theory, evidence and policy implications”, *Journal of Health and Social Behavior*, 51(1): 28-40.
* Prüss-Üstün, A., Corvalán, C. (2006) *Ambientes saludables y prevención de enfermedades: hacia una estimación de la carga de morbilidad atribuible al medio ambiente: resumen de orientación*, OMS
* Restrepo-Zea, J., Silva-Maya, C., Andarade-Rivas, F., Dover, R. (2014) “Acceso a servicios de salud: análisis de barreras y estrategias en el caso de Medellín, Colombia”, *Rev. Gerenc. Polít. Salud*, 13 (27): 242-265.
* Sabatini, F. (2003) *La segregación social del espacio en las ciudades de América Latina*, BID, Washington DC.
* Stradznis, L., Welsh J., Korda R., Broom D., Paolucci F. (2015) “Not all hours are equal: could time be a social determinant of health?”, *Sociology of Health & Illness*, 38(1): 21-42.
1. La presente ponencia se enmarca en la actividad de una Beca Estímulo, obtenida en la órbita del proyecto UBACyT en curso, 20020130100594, “Desigualdad social, cultura y salud: recursos y prácticas cotidianas frente al imperativo del cuidado”, dirigido por Betina Freidin, en el Instituto de Investigaciones Gino Germani, desarrollado en un barrio de clase trabajadora en el norte del conurbano bonaerense. [↑](#footnote-ref-0)