



**Universidad Nacional
de San Martín**

Universidad Nacional de San Martín
Escuela Interdisciplinaria de Altos Estudios Sociales
Doctorado en Antropología Social

**ENTRE DOCTORCITAS Y PAISANAS: Etnografía del (no)
cuidado en la gestión cotidiana de políticas sanitarias en una
ciudad de la Patagonia argentina**

Carlos Barria Oyarzo

Tesis de Doctorado presentada a la Carrera de Antropología Social, Escuela Interdisciplinaria de Altos Estudios Sociales, Universidad Nacional de San Martín, como parte de los requisitos necesarios para la obtención del título de Doctor en Antropología Social.

Directora:

Dra. Brígida Baeza

Buenos Aires

Octubre 2021

Barria Oyarzo, Carlos

Entre doctorcitas y paisanas: Etnografía del (no) cuidado en la gestión cotidiana de políticas sanitarias en una ciudad de la Patagonia argentina/ Carlos Barria Oyarzo; directora Brígida Baeza. San Martín: Universidad Nacional de San Martín, 2021. - 274p.

Tesis de Doctorado, UNSAM, EIDAES, Antropología Social, 2021.

1. Salud. 2. Migraciones. 3. Cuidados. 4. Políticas. - Tesis.

I. Baeza, Brígida (Directora). II. Universidad Nacional de San Martín, Escuela Interdisciplinaria de Altos Estudios Sociales. III. Doctorado.

RESUMEN

Carlos Barria Oyarzo

Directora de tesis: Brígida Baeza

Resumen de la Tesis de Doctorado presentada al Doctorado en Antropología Social, Escuela Interdisciplinaria de Altos Estudios Sociales de la Universidad Nacional de San Martín - UNSAM, como parte de los requisitos necesarios para la obtención del título de Doctor en Antropología Social.

Esta tesis tiene como objetivo analizar desde una perspectiva etnográfica las formas que adopta la gestión cotidiana de la política sanitaria en dos barrios de la ciudad de Comodoro Rivadavia (Chubut, Argentina). Se busca caracterizar las dinámicas interaccionales entre un grupo de agentes estatales y un grupo de mujeres migrantes provenientes de zonas rurales de Bolivia. El trabajo de campo para esta tesis se desarrolló entre los años 2015 y 2019 en diferentes instituciones del sistema público de salud y dos barrios de la ciudad. Se observa el modo en que, desde diferentes equipos de salud, se problematiza la presencia de “las bolivianas” a partir de una categoría nodal, el “no cuidado”. El cuidado y su ausencia funcionan como núcleo de sentido a través del cual se produce la gestión de la política sanitaria que configura una serie de relaciones, sentidos, prácticas y experiencias. Se presentan aportes al campo de la antropología de la salud y una perspectiva atenta a las políticas públicas, que toman forma en la interpretación que agentes estatales hacen de ella y en los efectos que producen. En la tarea de trabajadoras comunitarias de salud en terreno, identificadas como quienes salvan las distancias entre equipos de salud y la población en la Atención Primaria de Salud, se visibilizan una serie de relaciones que dan forma a la gestión cotidiana de política sanitaria. A través de estas relaciones se busca encausar las prácticas de mujeres migrantes a las formas de cuidado esperables para el sistema público de salud. En las relaciones entre trabajadoras comunitarias y mujeres migrantes se identifican algunas tensiones sobre los cuidados en un contexto donde predominan diferentes formas de desigualdad. Se observan los modos en que un grupo de mujeres migrantes, quechua hablantes de proveniencia rural, agencian prácticas diferenciales sobre sus cuidados y los de su familia en articulación con las trabajadoras comunitarias. En estas relaciones, a través de las memorias, prácticas y saberes que muchas veces se presentan en conflicto, se construyen particulares trayectorias de cuidados. Las prácticas de relacionalidad y de sacralización adquieren centralidad en los modos en que este grupo de mujeres y su comunidad producen cuidados y espacios en un campo social que trasciende las fronteras geográficas. En contraposición a la idea de barreras en el acceso a la salud, en este trabajo se observa una hipervisibilización de la población migrante. Se sostiene la existencia de una política focalizada no explicitada y tutelar en lo que respecta particularmente a las mujeres migrantes, sus cuidados gineco-obstétricos y la responsabilidad en tanto madres, por el cuidado de sus hijos e hijas. Esto coexiste con discursos públicos vinculados con la restricción de derechos, en los que se conforman modos particulares de lo que se denomina como inclusión subordinada. En este contexto, se producen modos de cuidado comunitario que trascienden una racionalidad moderna y biomédica, en una densa red de relaciones que sostiene a otros y otras en términos materiales, afectivos y espirituales.

Palabras clave: SALUD, MIGRACIONES, CUIDADOS, POLÍTICA SANITARIA, GÉNERO.

Buenos Aires

Octubre 2021

ABSTRACT

Carlos Barria Oyarzo

Directora de tesis: Brígida Baeza

Abstract de la Tesis de Doctorado presentada al Doctorado en Antropología Social, Escuela Interdisciplinaria de Altos Estudios Sociales de la Universidad Nacional de San Martín - UNSAM, como parte de los requisitos necesarios para la obtención del título de Doctor en Antropología Social.

The purpose of this dissertation is to analyze, from an ethnographic perspective, how health policy is managed in two neighborhoods in the city of Comodoro Rivadavia (Chubut, Argentina). The research is based on the interactional dynamics between a group of public servant and a group of migrant women from rural areas of Bolivia. Fieldwork was carried out between 2015 and 2019 in different public health institutions and two neighborhoods of the city. The focus was on how different health teams question the presence of "Bolivian women" according to a nodal category, defined as "non-care." Care and the absence of it function as a core aspect through which health policy management is produced, shaping a series of relationships, meanings, practices, and experiences. All these provide valuable insights not only for the field of medical anthropology but also for the analysis of public policies, which emerge from the interpretation that public servant make of such relationships, meanings, practices, and experiences and the effects they produce. In the work carried out by community health field workers, who are identified as mediators between health teams and the population in the context of primary health care, I observed relationships that shape the day-to-day management of health policy. Through these relationships, the aim of the public health system is to steer the practices of migrant women within the parameters of care expected by the system. In the relationships between community workers and migrant women, some tensions over forms of care were identified in a context where different forms of inequality are prevalent. I observed how a group of rural, Quechua-speaking migrant women engaged in their own practices in caring for themselves and their families, which differ from and must articulate with the practices of community health workers. As a result of these dynamics, and nurtured also by their own memories, practices, and knowledge, the migrant women construct particular care practices that were often conflictive. Practices of relatedness and sacralization become central to how these migrant women and their community shape and deliver care and spaces in a social field that transcends geographical boundaries. In contrast to the idea of barriers of access to health care, this dissertation observes the visibilization of the migrant population. The existence of a focused, unstated, and tutelary health policy is maintained, particularly concerning migrant women, their gynecological-obstetric care, and their responsibility – in their role as mothers – for the care of their children. This coexists with public discourses linked to the restriction of rights for the migrant population, in which particular modes of what is termed subordinate inclusion take shape. In this context, modes of community care are produced that transcend modern, biomedical rationality in a dense network of relationships that sustain others in material, affective and spiritual terms.

Key words: HEALTH, MIGRATION, CARE, HEALTH POLICY, GENDER.

Buenos Aires

Octubre 2021

A las memorias heredadas de mi abuela Teresa, migrante chilota en Comodoro Rivadavia, que por diferentes causalidades y una solapada reparación inmaterial e histórica me han traído a echar luz sobre los cuidados en condiciones de subalternización en la ciudad. Porque veo en su historia la de muchas mujeres que en este trabajo me han confiado sus tiempos, saberes y memorias.

A las migrantes.

A quienes construyen salud en perspectiva de cuidados.

AGRADECIMIENTOS

Como primera generación de mi familia en acceder a la universidad, por conciencia histórica y social, no puedo dejar de agradecer a las políticas de inclusión, a las instituciones del Estado que garantizan derechos y a la Universidad pública, laica y gratuita. Agradezco a mi madre y a mi padre, que me enseñaron a confiar en las instituciones, y a la academia por enseñarme a desconfiar de las mismas.

Vivo este grado académico como un logro, fruto de las múltiples tramas que me constituyen y sostienen, por ese motivo agradezco:

A Brígida Baeza por su acompañamiento, generosidad y compromiso con la producción de conocimientos.

A quienes hacen el Instituto de Estudios Sociales y Políticos de la Patagonia (UNPSJB) por la tarea colaborativa, por su disposición y lecturas atentas. Al Programa de investigación “Petróleo y desigualdades sociales en la Cuenca del Golfo San Jorge” en el que se inscribe este trabajo.

A Josefina Brown y al grupo de trabajo “Género, Sociedad y Estado” del Instituto de Investigación Gino Germani (UBA).

A Lila Aizenberg y a María José Magliano del Centro de Investigaciones y Estudios sobre Cultura y Sociedad (UNC-CONICET).

A quienes hacen parte de la Red de Investigadores/as Argentinos/as sobre Migraciones Internacionales Contemporáneas (IAMIC).

A Patricia Morey por su impulso inicial para este trabajo de largo aliento.

A Angélica Dávila, Mariana Illanes, Marina Tomasini y Horacio Paulín de la Facultad de Psicología (UNC), quienes me han acompañado en los primeros pasos de la labor académica e investigativa.

A Silvia Hirsch y Alejandro Goldberg, quienes han leído y enriquecido este trabajo con sus comentarios en una fase proyectual.

A Pablo Semán y Luis Ferreira del programa de doctorado (EIDAES-UNSAM) por sus lecturas y atinadas devoluciones sobre los avances de este escrito.

A Natalia Barrionuevo por su lectura atenta en la elaboración de esta tesis, por el dialogo en el campo de conocimientos y territorial.

A compañeros, compañeras, docentes del programa de doctorado y al personal administrativo de la EIDAES (UNSAM).

Al grupo de trabajo e investigación sobre cuidados y salud mental comunitaria, de reciente constitución en la colaboración entre la Universidad provincial de Chubut y la Universidad Nacional de la Patagonia.

A los y las interlocutoras que en seminarios, talleres, congresos, jornadas, encuentros o lecturas han posibilitado la apertura a nuevas preguntas y reflexiones para el presente trabajo.

Al Consejo Nacional de Investigaciones Científicas y Técnicas (CONICET), que hizo posible este trabajo a través de una beca de investigación doctoral entre los años 2016 y 2021.

A las instituciones que han acompañado en diferentes instancias mi trayectoria académica: el Consejo Interuniversitario Argentino, la Universidad Nacional de Córdoba, la Pontificia Universidad Javeriana, la Universidad Nacional de San Martín, a la Universidad Nacional de la Patagonia San Juan Bosco y al Colegio Universitario Patagónico.

A quienes conocí en la experiencia del trabajo de campo por permitirme compartir parte de sus mundos en el encuentro y la disposición. A las mujeres migrantes. A trabajadores y trabajadoras del servicio público de salud en Comodoro Rivadavia. A las trabajadoras comunitarias de salud en terreno.

A Juana y Gerardo por enseñarme y acompañarme siempre con amor. Por la sensibilidad humana que los caracteriza, motor del cual sigo aprendiendo.

A Matías, mi compañero de vida, quien ha vivido de cerca y ha acompasado este trabajo de largo aliento.

A esa densa red de amigas y amigos que me sostienen, incluidas aquellas que conocí en la aventura de este proceso y quedaron para siempre.

TABLA DE ILUSTRACIONES

Fotografías, mapas, cuadros y organigramas¹

Ilustración 1 - Imagen satelital con georreferencias del territorio argentino, de la provincia de Chubut y Comodoro Rivadavia.....	40
Ilustración 2 - Mapa de zona sur de Comodoro Rivadavia.....	41
Ilustración 3 - Fotografía de afiches publicitarios de los Centros de Higiene Materno-Infantil de 1950.....	80
Ilustración 4 - Fotografía de afiche publicitario de los Centros de Medicina Preventiva de 1950.....	82
Ilustración 5 - Fotografía de la construcción del Hospital Regional.....	83
Ilustración 6 - Fotografía mural del Hospital Regional ubicada actualmente en el Hall central del edificio	88
Ilustración 7 - Mapa de las áreas programáticas de la provincia.....	97
Ilustración 8 - Cuadro de categorías de establecimientos sanitarios	98
Ilustración 9 - Organigrama de jerarquías institucionales de los CAPS al interior del Ministerio de salud de Chubut	99
Ilustración 10 - Imagen satelital de la zona sur de Comodoro Rivadavia	100
Ilustración 11 - Fotografía del Centro de Atención Primaria de Salud San Cayetano	102
Ilustración 12 - Fotografía de planilla de familia de trabajadoras comunitarias de salud en terreno - Anverso (2017)	127
Ilustración 13 - Fotografía de planilla de familia de trabajadoras comunitarias de salud en terreno - Reverso (2017)	127
Ilustración 14 - Fotografía de mapas I con georreferencias de viviendas visitadas por trabajadoras comunitarias de salud en terreno.....	130
Ilustración 15 - Fotografía de mapas II con georreferencias de viviendas visitadas por trabajadoras comunitarias de salud en terreno.....	131
Ilustración 16 - Fotografías de encuentro de “actividad comunitaria”	133
Ilustración 17 - Fotografía de folleto I de promoción de actividad “día de la mujer”....	134
Ilustración 18 - Fotografía de folleto II de promoción de actividad “día de la mujer”...	136
Ilustración 19 - Fotografía sobre una de las calles de la Extensión del barrio San Cayetano.....	143
Ilustración 20 - Fotografía sobre una de las calles del Barrio Las Américas	144

¹ Las fotografías, imágenes, mapas, cuadros y organigramas se presentan en este trabajo de modo ilustrativo. Estas son ilustraciones que acompañan la narrativa de la tesis sin una búsqueda de análisis semiótico exhaustivo de las mismas.

Ilustración 21 - Imagen satelital del territorio del Estado Plurinacional de Bolivia y sus departamentos	150
Ilustración 22 - Fotografía de uno de los pasajes de la Extensión del San Cayetano “zona de códigos”	153
Ilustración 23 - Imagen satelital del CAPS San Cayetano, Barrio San Cayetano, Extensión del San Cayetano y El Zanjón.....	154
Ilustración 24 - Imagen satelital del CAPS 30 de Octubre, Barrio 30 de Octubre, Las Américas, Abel Amaya y Extensión del Abel Amaya	159
Ilustración 25 - Fotografía. Grupo de baile de salay en la fiesta de la virgen de Copacabana. Zona sur de Comodoro Rivadavia (Septiembre de 2019).....	163
Ilustración 26 - Fotografía del sector Salud Sexual y Reproductiva de la Planilla de familia (2017)	173
Ilustración 27 - Carnet Perinatal del Sistema Informático Perinatal	179
Ilustración 28 - Fotografía del sector “control de niño sano” de la Planilla de familia .	183
Ilustración 29 - Cuadro del Programa de Infecciones Respiratorias Agudas	184
Ilustración 30 - Cuadro “Control de Niños Sanos de 0 a 5 años”	185
Ilustración 31 - Fotografía. Encuentro en la casa de Teresa.....	214
Ilustración 32 - Fotografías de la Casa Materna en el Hospital Manuel Villarroel del municipio de Punata, Cochabamba, Bolivia	222

ÍNDICE GENERAL

INTRODUCCIÓN	13
0.1 Construyendo un problema y un campo de investigación	14
0.2 Marco dialógico: Migraciones y salud.....	19
0.3 Propósitos y sugerencias interpretativas.....	24
0.4 Perspectivas analíticas	26
0.5 Campo etnográfico: Siguiendo el (no) cuidado	32
0.6 Organización de esta tesis.....	41
CAPÍTULO I	
“Las bolivianas no se cuidan”. Un problema sanitario	45
1.1 “No nos entienden”	47
1.2 “Cuesta que vengan”	51
1.2.1 “De a poquito hemos logrado que se cuiden”	54
1.2.2 “Lo bueno de las bolivianas”	55
1.3 Lo cultural	58
1.4 El cuidado, una categoría nativa y analítica.....	62
1.5 Un problema sanitario	65
CAPÍTULO II	
Políticas sanitarias y sistema público de salud. “Acá hay más caciques que indios”.....	67
2.1 Una aproximación histórica a la construcción de la salud como bien público del Estado-nación	68
2.1.1 Los inicios de la salud como tema de Estado. El higienismo y la nación creciente	70
2.1.2 La institucionalización de la salud en Argentina y la gobernación militar de Comodoro Rivadavia (1943-1955).....	76
2.1.3 Provincialización y descentralización de lo sanitario. Un hospital de tercera generación para Comodoro Rivadavia (1955 - 1990).....	84

2.1.4	Modelo pluralista de competencia regulada. Organismos internacionales y programas sanitarios (1990 - actualidad).....	90
2.2	Organización del sistema público de salud. Más caciques que indios	95
2.2.1	Centros de Atención Primaria de Salud.....	98
2.2.2	Atención Primaria de la Salud y Programas	103
2.3	Gestión de la política pública en el sistema público de salud	108

CAPÍTULO III

Ser trabajadoras comunitarias de salud en terreno..... 113

3.1	De agentes sanitarias a trabajadoras comunitarias.....	114
3.2	Las trabajadoras comunitarias.....	119
3.2.1	El equipo de salud comunitaria en el 30 de Octubre	122
3.2.2	El equipo de salud comunitaria en el San Cayetano	123
3.3	Caminar el territorio, salvar las distancias.....	124
3.3.1	Planillas y mapas.....	125
3.3.2	Actividades comunitarias.....	132
3.4	Tensiones entre perspectivas de salud comunitaria y las exigencias estadístico-administrativas.....	137

CAPÍTULO IV

“Salir a terreno”. Las extensiones barriales y los procesos migratorios..... 141

4.1	Salir a terreno	142
4.2	Procesos migratorios en Comodoro Rivadavia.....	147
4.3	Procesos de territorialización migrante: “Acá somos todos de Bolivia”.....	150
4.3.1	El Zanjón y la Extensión del San Cayetano	151
4.3.2	Las Américas y la Extensión del Abel Amaya.....	158
4.4	Espacios en disputa	163
4.5	Del CAPS a las extensiones: ¿quiénes son las bolivianas?	168

CAPÍTULO V

“Mamá, tenés tarea”. Políticas focalizadas, seguimiento, intervención y control..... 171

5.1	Visitas domiciliarias. Seguimiento, intervención y control	172
5.1.1	Cuidados gineco-obstétricos	172
5.1.2	Métodos anticonceptivos y control de embarazos	175
5.1.3	Controles pediátricos y vacunaciones.....	181
5.2	Turnos especiales. La evaluación del riesgo y la garantía de derechos.....	186
5.3	Políticas focalizadas.....	190

CAPÍTULO VI

“Lo que no se cuenta a los médicos”. Resistencias y coexistencias en prácticas de cuidado 198

6.1	Entre doctorcitas y paisanas. Teresa y los cuidados.....	199
6.2	Lo que los médicos no saben. Los cuidados y las memorias migrantes.....	209
6.2.1	Propiciando diálogos. Otros modos de cuidar la salud	212
6.2.2	Parir en casa o en el hospital	219
6.2.3	Trayectorias de cuidados. Resistencias y silencios.....	223
6.3	Prácticas de cuidado comunitario. Padrinazgos y redes de sostenimiento de la vida.....	228
6.3.1	Relacionalidad y prácticas de sacralización.....	228
6.3.2	Sabina, la comunidad y sus tensiones.....	232
6.4	Cuidados-otros	236

CONCLUSIONES 239

REFERENCIAS BIBLIOGRAFICAS..... 253

INTRODUCCIÓN

En este trabajo de investigación describo y analizo las dinámicas interaccionales entre un grupo de agentes estatales, efectores y efectoras de salud², y un grupo de mujeres migrantes provenientes de zonas rurales de Bolivia, en las que se producen una serie de prácticas y experiencias en relación con los cuidados de la salud y la de sus familias en la ciudad de Comodoro Rivadavia, Chubut. Así, busco dar cuenta de la gestión cotidiana de la política pública, en donde la categoría del (no) cuidado emerge como una noción central que le da forma a la política sanitaria. A partir de un trabajo etnográfico realizado entre los años 2015 y 2019 en el sistema público de salud, en la relación con efectores, efectoras de salud y con mujeres migrantes en la ciudad, produzco un modo particular de comprender estas relaciones, que toman forma en la política sanitaria.

El cuidado y su ausencia —el no cuidado— se tornan categorías nodales en la gestión de la política sanitaria y configuran una serie de relaciones, sentidos, prácticas y experiencias por parte de quienes forman el sistema público de salud y por parte de las mujeres migrantes provenientes de Bolivia. Así “entre doctorcitas y paisanas”, es una expresión que refiere a los vínculos que un grupo de mujeres migrantes quechua hablantes construye con su propia comunidad, “las paisanas”, y con efectoras de salud, médicas y trabajadoras comunitarias de salud en terreno, “las doctorcitas”. El “entre” como red de relaciones y al mismo tiempo como posición liminal entre diferentes personas y grupos es el espacio donde toma forma la producción de cuidados en el contexto migratorio.

En este trabajo me propongo seguir la categoría del (no) cuidado, en los sentidos, las experiencias y prácticas que produce. Así mi ubicación, en tanto etnógrafo, también se produce en el “entre”, como espacio de interacción entre diferentes

² En esta tesis he tomado la decisión de utilizar un modo de escritura que busca representar el modo en que interlocutores e interlocutoras nominan las diferencias genéricas en términos binarios. Sin embargo evito los genéricos plurales masculinos y en los casos necesarios se realizan las distinciones de género pertinentes evitando la tendencia a la invisibilización del género femenino.

posiciones, en el estar entre mujeres migrantes y efectoras de salud. Es en la incomodidad que implica estar en el medio de una serie de relaciones —que en general se presentan como conflictivas— que se produce este trabajo de observación, análisis y escritura. De esta manera, esta tesis se inscribe en el campo de la antropología social, en diálogo con aportes de los estudios migratorios, la antropología de la salud y las políticas públicas desde una perspectiva de género decolonial.

0.1 Construyendo un problema y un campo de investigación

Desde la fase inicial de este proyecto, como licenciado en Psicología con formación y experiencia en el campo de la salud desde la Psicología social y sanitaria, me motivaba la idea de poder producir conocimiento situado sobre los modos en que la salud pública produce las posibilidades de acceso a beneficios para la salud de las personas. En este sentido, a través de marcos interpretativos que me ofrecía la psicología sanitaria, comencé a pensar en la accesibilidad, en tanto articulación entre la oferta del sistema de salud y la demanda de usuarios y usuarias. Sin embargo, estos aportes tendían a naturalizar la posición de la biomedicina, en tanto se pensaba el acceso desde la posición de los servicios de salud, que se encontrarían ajenos a una “pertenencia cultural”. Así la antropología de la salud y más tarde los aportes sobre la antropología de la política pública me darían elementos para comprender los modos en que se produce la salud, la enfermedad y los cuidados en términos de los propios grupos sociales.

Por otro lado, las reflexiones sobre la salud y el género me interesaron desde mi formación de grado, en tanto me interpelaba la idea de que las relaciones generizadas tenían efecto en el modo en que se produce la salud y la enfermedad. La medicina, como campo de conocimientos y acciones que se tienden a pensar como racionales, se encuentra moldeada por una serie de relaciones de poder, entre las cuales se encuentra las de género. Así fui contrayendo una serie de inquietudes que se conjugaron en este trabajo de investigación, que también se enlazaba con la posibilidad de retornar a Comodoro Rivadavia, ciudad donde crecí, de la cual emigré para estudiar mi carrera de grado y a la que regresé a través de la beca de investigación de CONICET que me

permitió realizar este trabajo. De este modo, a través de una serie de vínculos en equipos de investigación, desde la Universidad Nacional de Córdoba, con Lila Aizenberg y María José Magliano, tomé contacto con los estudios migratorios y particularmente con las producciones de Brígida Baeza y el Instituto de Estudios Sociales y Políticos de la Patagonia (IESyPPat) en Comodoro Rivadavia.

A partir de estos vínculos y comenzando a pensar en la ciudad de Comodoro Rivadavia, los procesos migratorios y una serie de situaciones de conflictividad en el sistema público de salud se presentaban como un fenómeno digno de comprensión. A partir de allí, con la tutoría de Brígida comenzamos a articular reflexiones sobre este campo de conocimientos. La migración hasta el momento no se presentaba dentro de mi campo de preocupaciones académicas y profesionales. Pese a esto, viendo este proceso a la distancia, considero que no fue casualidad la elección del tema que en esta tesis me convoca. Hoy reconozco que la búsqueda por comprender estos procesos es una necesidad de comprender mi propia historia, la de mi familia migrante y la de esta ciudad. En tanto la producción de conocimientos es siempre situada, se hace necesario reconocer nuestros propios marcos interpretativos, como visión de mundo puesta en juego.

Crecí sabiendo que mi abuela, migrante chilota, como mucha de la población en esta ciudad, en la década del 1960 había perdido cinco embarazos justo antes de los partos o en los procesos de parto. El hecho de vivir en uno de los primeros asentamientos informalizados —tomas de tierra— en Comodoro, el barrio de chilenos “Chile Chico”, actual Barrio Pietrobelli, la posicionaban en un lugar de precaridad que hacía de sus condiciones un lugar incompatible con sus proyectos de vida. En la voz de mis padres heredé esa memoria, como una herida, que tiempo después pude comprender. Mis abuelos y abuelas provenientes de Chile, hacen de mi familia una red de vínculos cercanos con esa tierra, Chiloé, que mis padres sostienen hasta la actualidad.

También crecí en los 90 en esta ciudad, donde ser chilote era una deshonra. Chilote era un insulto asiduo, un término despectivo asociado a lo “incivilizado”, lo “indio”, a lo “poco culto”, donde lo argentino y, más aún, lo europeo se presentaba en contraste como el avance, “lo culto” y la compostura. En la escuela tener abuelos europeos era algo de lo que enorgullecerse, daba estatus, superioridad, mientras que ser

hijo o nieto de chilotes era algo que no se contaba. Crecí comprendiendo en los hechos que había valencias diferenciales según la proveniencia de la familia, algo que también podría comprender luego críticamente en la universidad. Así, particularmente a partir de este trabajo fui comprendiendo mi propia historia, entendiendo mi *herida colonial*. Mignolo (2007) hace referencia a este concepto para dar cuenta de aquellos sentimientos de inferioridad impuestos a partir de modelos predeterminados por los relatos eurocéntricos y sus consecuencias. Estas memorias que me acompañan, la de mis abuelos en esta ciudad desigual y las de mi propia experiencia, se traducen en inquietudes académicas como un modo de comprender el mundo y buscar transformarlo.

En este proceso de retorno a la ciudad también comprendería, indagando en la historia patagónica, que la migración chilena en 1960 era pensada como un “grupo-problema” asociado a la criminalidad, la marginalidad, la desorganización familiar, además de ser poseedores de valores que no les permitían vislumbrar las posibilidades de cambio social. Esto era afirmado por Budiño (1971) en su libro “Comodoro Rivadavia, sociedad enferma”, donde realizaba una descripción funcionalista, prejuiciosa y conservadora de la sociedad comodorenses de aquellos años. Esta historia que es mía, pero también de migrantes que me antecedieron y de quienes hacen parte de esta ciudad, me llevó de algún modo a preguntarme por la salud en condiciones de subalternización migrante. Vemos en la historia algunas pautas que se repiten con las migraciones de países limítrofes que habitan zonas periurbanas en la ciudad.

Como afirma Baeza (2014), en la última expansión de la industria petrolera desde el año 2004, que trajo aparejado el aumento poblacional, se han revivido mitos y representaciones que remiten a la década de 1960, época de llegada de migrantes provenientes de Chile. En este sentido, la autora sugiere que el prejuicio al chileno y, en particular, al chilote está siendo reemplazado por el prejuicio hacia “los nuevos migrantes”. En ambos procesos migratorios las problemáticas ligadas al acceso a la tierra para la construcción de viviendas incrementaron la toma de tierras en distintos lugares de la ciudad. En palabras de Mármora (1968), los chilenos representaban “el último peldaño de la escala de clases sociales”.

Con estos procesos que, de modo consciente e inconsciente, me anteceden y hacen parte de esta tesis, a partir de mis visitas a Comodoro Rivadavia, sensibilizado

por estas múltiples formas de desigualdad y con un compromiso ético-político por su transformación fui configurando un problema de investigación. A partir de lecturas del campo de estudios y de marcos teóricos de referencia, en compañía de Brígida delimitamos este proyecto de investigación. De este modo, esta tesis surge de un interés por comprender y dar respuestas a algunos conflictos ligados a los desentendimientos en el sistema público de salud, particularmente en los procesos de embarazo parto y puerperio, entre mujeres migrantes provenientes de Bolivia y agentes del sistema de salud en la ciudad de Comodoro Rivadavia.

Brígida Baeza (2013) había estudiado las particularidades que adquiere la memoria de algunas mujeres, migrantes de zonas rurales de Bolivia, sobre el “parto indígena”, como práctica que entra en conflicto en el sistema de salud, produciendo desentendimientos y llevando a las mujeres a silenciar saberes transmitidos generacionalmente, por temor a las resistencias que se podrían generar. Asimismo, otros trabajos daban cuenta de las dificultades en el acceso a los beneficios que puede proveer el sistema de salud, en algunos casos acentuado por factores de clase y étnico-culturales, ya que, generalmente, las mujeres migrantes presentan pautas reproductivas y de cuidado diferentes a las esperadas por el sistema de salud, dificultando el acceso a la información como a la atención (Jelin, Grimson y Zamberlin, 2006; Cerrutti, 2010; Aizenberg, Rodríguez y Carbonetti, 2015).

Con la premisa de la existencia de barreras en el acceso a la salud, inicié el trabajo de campo para esta tesis. A través de mi inserción en el Hospital Regional de Comodoro Rivadavia, dos Centros de Atención Primaria de Salud (CAPS) y el acompañamiento a trabajadoras comunitarias de salud en terreno comencé a observar otras dinámicas interaccionales. Fui percibiendo, como se observa en los sucesivos capítulos, la centralidad que adquieren las categorías del (no) cuidado, el riesgo y con ello la importancia de pensar el modo en que se produce la gestión cotidiana de la política sanitaria. En consecuencia, en esta tesis me propongo como objetivo caracterizar y analizar las relaciones entre los agentes estatales del sistema de salud y mujeres migrantes provenientes de zonas rurales de Bolivia, en relación con los cuidados de su salud y la de su familia en la ciudad de Comodoro Rivadavia, Chubut.

Comodoro Rivadavia se ha constituido desde su fundación como receptora de grupos migrantes por la actividad de explotación petrolera, lo que ha configurado

históricamente su matriz social. Entre los años 2004 y 2014 se desarrolla el último gran crecimiento de la industria petrolera, lo que produjo una mayor llegada de migrantes provenientes de Bolivia. Los datos del último Censo Nacional de Población del año 2010 arrojaron un total de 180.000 habitantes en la ciudad, de los cuales 14.544 son migrantes de países limítrofes, 10.682 son migrantes chilenos, seguidos por los migrantes bolivianos con un total de 2421, de los cuales 1303 son varones y 1118 son mujeres (Dirección General de Estadísticas y Censos, 2015; Baeza, 2013). Si bien el número de migrantes de Bolivia en la ciudad no es elevado en comparación con otros grupos migrantes u otras zonas del país, su presencia adquiere marcada visibilidad por ser una migración reciente y por la presencia sobre todo de mujeres, quienes circulan en los espacios públicos o se insertan en el comercio formalizado e informalizado.

En la gestión de la política pública sanitaria, efectores y efectoras de salud visibilizan particularmente a las mujeres migrantes provenientes de Bolivia como quienes no se cuidan, asociando sus prácticas de salud al riesgo sociosanitario. En el problema percibido, las trabajadoras comunitarias de salud en terreno cumplen un rol fundamental, como estrategia de Atención Primaria de la Salud, representando un nexo entre los y las profesionales de salud y las usuarias del sistema de salud. En este sentido, amparadas en la Atención Primaria de Salud y sus programas, se evidencia un modo de pensar a través del cual establecen herramientas de intervención. A partir de la generación de datos estadísticos y su apreciación como factores de riesgo para la salud, se instrumentan lógicas de control, seguimiento e intervención por parte de las representantes del sistema de salud.

En contraposición a la idea de “barreras en el acceso a la salud” o el conflicto por el ejercicio de derechos, que ha tendido a enfatizar la bibliografía sobre el tema, en esta tesis sostengo que existe una hipervisibilización de la población migrante, por lo que se instrumenta una política focalizada no explicitada en lo que respecta particularmente a las mujeres, sus cuidados gineco-obstétricos y la responsabilidad en tanto madres, por el cuidado de sus hijas e hijos. Asimismo en este contexto observamos la existencia de trayectorias de cuidados constituidas al interior de grupos de mujeres migrantes quechua hablantes en las que se producen otros modos de producir cuidados configurados por las memorias compartidas y las experiencias que las mujeres adquieren en la relación entre “doctorcitas” y “paisanas”, forma a través de la

cual un grupo de mujeres migrantes identifica respectivamente a las trabajadoras comunitarias y a algunas médicas, y a otras mujeres de la misma zona de proveniencia. De esta manera, observamos modos a través de los que se producen cuidados en el contexto migratorio, en el vínculo con personas que saben curar, con personas de la comunidad y prácticas de sacralización al interior de un grupo de personas migrantes quechua hablantes.

Cabe destacar que algunas reflexiones y resultados parciales que hacen parte de esta tesis fueron publicadas en producciones previas, en diálogos e intercambios que vengo sosteniendo en diferentes espacios. Algunos de estos son los siguientes: junto a Brígida Baeza y Lila Aizenberg, el artículo titulado “Cultura y salud migratoria: miradas comparativas entre profesionales sanitarios y mujeres migrantes bolivianas” (Baeza, Aizenberg y Barria Oyarzo, 2019); el trabajo “Memoria y territorialidad quechua-punateña en el Zanjón” (Baeza y Barria Oyarzo, 2020), y el artículo “Gestión de políticas públicas en salud: mujeres migrantes en una ciudad de la Patagonia, Argentina” (Barria Oyarzo, 2020).

0.2 Marco dialógico: Migraciones y salud

Las problemáticas ligadas con las interacciones en el ámbito de la salud, la relación médico-paciente, han sido un tema de recurrencia para la antropología médica, particularmente desde mediados del siglo XX en México y Estados Unidos con una impronta pragmática, sobre la preocupación acerca de la aplicabilidad de programas de intervención biomédica en poblaciones indígenas y campesinas (Campos-Navarro, 2010). El fracaso de las campañas internacionales de salud de los años ‘40 y ‘50 dieron lugar al desarrollo de una antropología preocupada por la investigación de conjuntos de prácticas y conocimientos locales con el fin de establecer un dialogo entre ambas partes sin discutir la frontera entre aquello considerado como creencias y lo científico. Es recién hacia fines del siglo pasado que comienzan a ponerse en cuestión estos límites en el denominado “modelo crítico” (Martínez Hernández, 2008), en el que la biomedicina pasa a ser objeto de indagación como otras instituciones sociales alejado de acercamientos positivistas (Mishler, 1981; Menéndez, 1981; Martínez Hernández, 2008).

Particularmente en relación con el problema en investigación, se ha estudiado en varias ciudades de Argentina la existencia de relaciones de discriminación con la población migrante boliviana (Grimson, 1999; Caggiano, 2001, 2003; Magliano, 2009; Mallimaci Barral, 2012). En lo que respecta a los estudios sobre migración internacional y salud, estos han dado cuenta de las dificultades que presenta la población migrante proveniente de Bolivia en el acceso al sistema de salud. Se ha estudiado la dimensión representacional de efectores de salud, donde predominan procesos de inferiorización del otro y la otra, apreciaciones racistas, así como sentimientos de frustración por no saber cómo actuar ante prácticas consideradas como “peligrosas”, particularmente en embarazos y partos, donde predominan “sistemas de creencias y prácticas culturales” (Jelin, Grimson y Zamberlin, 2006; Abel y Caggiano, 2007; Mombello, 2006). En esta misma línea de análisis Aizenberg, Rodríguez y Carbonetti (2015) han dado cuenta de las dificultades en la comunicación y en la relación interpersonal entre los profesionales y las mujeres, particularmente bolivianas, en la ciudad de Córdoba, donde efectores de salud sostienen representaciones ligadas a estereotipos que vinculan la docilidad y la sumisión a estas mujeres. En un trabajo realizado en Gran Buenos Aires, Jelin et al. (2006) exponen que generalmente los efectores de salud realizan distinciones según la nacionalidad de consultantes y dan cuenta de una sobrerrepresentación de la población migrante sobre la visibilidad social que no se corresponde con el peso demográfico (Jelin, Grimson y Zamberlin, 2006).

Estudios más recientes informan sobre las lógicas de la salud pública a través de las cuales se visibiliza a las mujeres migrantes. Aizenberg y Maure (2017) exponen los supuestos sobre los que se construye el “riesgo” epidemiológico que tiene como foco a mujeres migrantes provenientes de Bolivia en Mendoza, lo que implica prácticas de disciplinamiento y control orientadas a encauzar a estas mujeres en un determinado tipo de paciente y de mujer desde un triple sesgo: de género, étnico-racial y de clase. Este sistema de atención convive con el caso específico de un equipo interdisciplinario, donde los y las profesionales cuestionan el sistema biomédico, los sesgos en la atención e incorporan una aproximación que reconoce el contexto más amplio en el que transitan las mujeres y generan sus prácticas en salud, buscando recuperar las trayectorias y una lógica horizontal de relaciones (Aizenberg y Maure, 2017). Para la ciudad de Buenos Aires, Finkelstein (2017) analiza las representaciones de profesionales del primer nivel

de atención en salud sobre migrantes regionales. La autora identifica cuatro categorías a través de las cuales se construyen las miradas hacia migrantes, que los identifican como aprovechadores de servicios; como usuarios que plantean desafíos y/o dificultades de abordaje; como personas en condiciones de vulnerabilidad; como portadores de enfermedad importada, exótica y/o “peligro sanitario”. En este sentido, las miradas estereotipadas aparecen como autoevidentes que funcionan al servicio de seguir sosteniendo o legitimando modos de adjetivar a otros diversos, por lo que destaca la necesidad de abordajes interculturales y de formación de los y las profesionales (Finkelstein, 2017).

En estudios realizados en “zonas de frontera” (Caggiano, 2007; Cerruti, 2010; Courtis, Liguori y Cerrutti, 2010) se pone en evidencia las tensiones respecto de la demanda de atención, consideradas “ilegítimas”, como lo es el caso de la atención médica a pacientes de Bolivia no residentes en la Argentina, casos en los que se deja en evidencia ideologías xenófobas y prácticas discrecionales de los prestadores de salud que producen la exclusión de la población migrante del sistema público — discriminación, pedido de DNI, cobro espurio—. En esta línea, Caggiano (2007) estudia los sentidos ligados a las mujeres de Bolivia que cruzan la frontera para parir en el sistema público de salud jujeño, en relación con el conflicto sobre los derechos y ciudadanías. Este da cuenta de las valoraciones negativas y perturbadoras que tienen algunos funcionarios y efectores de salud respecto de estas mujeres, que son puestas en foco como elemento a ser controlado, como posible causa de desestabilización de la estructura local de desigualdades sociales y de integridad nacional/racial. Sala (2012) analiza en perspectiva histórica las acciones de salud pública destinadas a la población boliviana residente en Jujuy durante los años noventa. La autora expone el modo en que la crisis del sistema de salud y desfinanciamiento del sector trajo aparejado el cuestionamiento del derecho de extranjeros a recibir atención sanitaria gratuita, así como la consideración de los propios procesos migratorios como “problemas de salud”.

En el estudio desarrollado en el sistema de salud pública del Alto Valle de Río Negro y Neuquén, Mombello (2006) expone que las relaciones injustas entre efectores de salud y migrantes se dan como un proceso de naturalización de desigualdades, donde la escasez de recursos sustenta prácticas discriminatorias que ponen en cuestión la legitimidad de derechos para el acceso a la salud por parte de migrantes. En este

contexto, la autora plantea que para “tener derecho” hay que hacerlo en determinado lugar, vivir de determinada manera y considerable cantidad de tiempo, compartir determinados códigos, poseer alguna documentación específica, entre otros requisitos que se dirimen en las prácticas cotidianas del sistema de salud. Ante estas situaciones, Jelin et al. (2006) plantean que la situación de escasez de recursos “politiza” la práctica médica y compele a efectores a posicionarse frente al tema de cómo debería ser la distribución de los recursos disponibles.

Cerruti (2010) evidencia la existencia de pautas reproductivas y de cuidado que son diferentes a las esperadas por el sistema de salud, dificultando tanto el acceso a la información como a la atención. En este sentido, plantea la existencia de “barreras comunicacionales” que no permiten relaciones de confianza, aunque evidencia algunas estrategias de acercamiento que dependen de la voluntad de algunos agentes que no llegan a ser parte de lineamientos institucionales. La autora plantea que el silencio de las usuarias puede estar en relación con la calidad de atención más que con una dificultad de comprensión, como muchas veces es interpretado. Esto es trabajado por Baeza (2013) como “los silencios de la memoria migrante”, particularmente en las experiencias del parto, donde las mujeres silencian saberes transmitidos generacionalmente por temor a las resistencias. Estos silencios son interpretados por los y las profesionales como desconocimiento, sumisión, apatía, negación, entre otras características que ubican a estas mujeres como personas cerradas y frías (Baeza, 2013). En otro trabajo, Carreño Calderón (2018) analiza los estereotipos raciales del silencio en el espacio biomédico, donde indígenas andinos en el norte de Chile utilizan el silencio como posibilidad de acción, de presencia, generando una frontera al cuerpo andino, donde el dominio de los mecanismos del Estado no logra acceso.

Pocos han sido los estudios que buscan recuperar las experiencias de migrantes en el sistema de salud y en sus procesos de cuidado. En su estudio, Baeza y Aizenberg (2017) analizan los “activos comunitarios” de mujeres migrantes provenientes de Bolivia, viviendo en Córdoba, en un contexto que definen como restrictivo en el acceso al sistema de salud. De esta forma, dan cuenta del modo en que las mujeres, particularmente en proceso reproductivos, optan por recuperar saberes y prácticas del “mundo andino” que se constituyen como alternativas para evitar el uso de servicios sanitarios o bien son utilizadas en combinación con estos. Las autoras exponen que las

migrantes despliegan racionalmente una serie de estrategias para acudir a las redes de reciprocidades familiares y comunitarias. En un estudio reciente, Baeza (2021) da cuenta del modo en que un grupo de mujeres migrantes provenientes de Cochabamba, Bolivia, en las ciudades de Comodoro Rivadavia y Caleta Olivia, construyen itinerarios terapéuticos vinculados con la recuperación de prácticas de autocuidados que remiten al modo en el que ellas y sus ancestros resolvían enfermedades y dificultades en su lugar de origen, en algunos casos acompañado del abandono de tratamientos o consultas médicas. En estos itinerarios se recuerdan y resignifican prácticas andinas en el contexto migratorio, optando por momentos acudir a prácticas de medicinas del mundo indígena patagónico.

En otra línea de trabajo, Linardelli y Goldberg (2018) analizan, en un estudio comparativo entre Buenos Aires y Mendoza, las experiencias de mujeres migrantes provenientes de Bolivia, los modos de vida/vivienda/trabajo precarizados que inciden negativamente en su salud y el acceso a los servicios biomédicos. En estos contextos, exponen que las migrantes desarrollan prácticas alternativas de cuidado que posibilitan la persistencia de concepciones sobre el cuerpo y la salud vinculadas con sus trayectorias vitales. Linardelli (2021), en su estudio sobre las experiencias de mujeres originarias de Bolivia y del norte argentino en sus procesos migratorios —asociados con el trabajo agrícola en Mendoza—, analiza el modo en que la discriminación sexual, racista y los contextos de vulnerabilidad social en que ellas viven y trabajan afecta los procesos de salud/enfermedad/cuidados. Frente a los distintos padecimientos psicofísicos las mujeres despliegan estrategias individuales y colectivas, para protegerse y proteger a otras, en algunos casos “escapando” de las instituciones de salud que en ocasiones se presentan como espacios excluyentes.

Se pueden identificar tres grandes ejes que atraviesan los trabajos aquí presentados. Por un lado, aquellos ligados con la dimensión representacional por parte de agentes sanitarios acerca de la población migrante; por otro, aquellos en relación con los conflictos en el ejercicio de derechos y ciudadanía —vinculados ambos ejes a la falta de acceso a los servicios o barreras comunicacionales—; y en menor medida a las pautas diferenciales o trayectorias de cuidado de la salud que algunos trabajos adscriben a migrantes de Bolivia o particularmente a migrantes de adscripción indígena-rural. Asimismo, se puede observar una tendencia en el estudio de las particularidades que

adquieren estas dimensiones en el campo de la salud sexual y/o reproductiva, lo cual es acentuado por el propio sistema de salud y los discursos de sus efectores, así como por la necesidad académica de dar respuesta a esta problemática, dando cuenta de la cantidad de mujeres migrantes en edad reproductiva y el desafío que implica para los servicios sanitarios garantizar las condiciones para que esta población acceda a los beneficios que puede proveer el sistema de salud (Cerrutti, 2011; Aizenberg et al., 2015). Estas son premisas a través de las cuales inicié mi trabajo de campo. Lo cierto es que el sistema público de salud y sus programas, según mis observaciones y antecedentes, tienden a visibilizar e intervenir sobre la sexualidad y los cuerpos de las mujeres. Al mismo tiempo, son estas quienes acuden al sistema de salud y quienes se encargan de las tareas de cuidado, generalmente en relación con otras mujeres.

Un análisis centrado en las diferencias culturales o de la llamada “barrera comunicacional” deja de lado aspectos socioeconómicos, políticos e ideológicos de los procesos de salud/enfermedad/atención, así como no reconoce el contexto de pluralismo médico asistencial (Menéndez, 2002; Goldberg, 2013a) como determinantes en la gestión de la política pública, las relaciones entre usuarios/as y agentes de salud, así como las experiencias migratorias. En este sentido, me interesa conocer el modo en que la gestión de la política pública en salud visibiliza y responde a la atención de mujeres migrantes quechuahablantes provenientes de zonas rurales de Bolivia, dando cuenta del complejo de relaciones que se construyen en estas interacciones y las modalidades que adquieren los procesos de salud/enfermedad/cuidados en el contexto migratorio.

0.3 Propósitos y sugerencias interpretativas

En este trabajo busco dar cuenta de la gestión cotidiana de la política pública en salud, caracterizando las relaciones entre agentes estatales y mujeres migrantes provenientes de zonas rurales de Bolivia. En contraposición con la idea de “barreras en el acceso a la salud” o el conflicto por el ejercicio de derechos, que ha tendido a enfatizar la bibliografía, aquí busco sustentar la sugerencia de que existe una hipervisibilización de la población migrante, en la que se instrumenta una política focalizada no explicitada y tutelar en lo que respecta particularmente a las mujeres, sus

cuidados gineco-obstétricos y la responsabilidad en tanto madres, por el cuidado de sus hijos. Esto coexiste con discursos vinculados a la restricción de derechos en el ámbito público, conformando lo que denominamos como inclusión subordinada a través de la identificación, visibilización e intervención sobre aquello que se presenta como diferente.

En la gestión cotidiana los y las agentes de salud interpretan y efectúan la política sanitaria en relación a sus experiencias, aprendizajes y en relación a otros actores, exigencias y demandas. Algunos estudios han dado cuenta del silencio por parte de las mujeres migrantes de saberes transmitidos generacionalmente sobre los cuidados y formas de parir. Aquí observamos las particularidades que adquiere la capacidad agentiva de las mujeres, a través de saberes y prácticas que en algunos casos disputan o coexisten con las lógicas de cuidado del sistema de salud. Asimismo, en este contexto se presentan algunas particularidades por la configuración de la política sanitaria en relación con la gestión de la atención primaria de la salud y su enfoque territorial en “extensiones barriales” de una ciudad industrializada como Comodoro Rivadavia, donde las migraciones y su visibilidad generan algunas particularidades en las respuestas por parte del sistema de salud.

El objetivo de esta investigación es caracterizar y analizar las relaciones entre los agentes estatales del sistema de salud y mujeres migrantes provenientes de zonas rurales de Bolivia, en relación con los cuidados de su salud y la de su familia en la ciudad de Comodoro Rivadavia, Chubut. Se busca caracterizar la gestión cotidiana de la política pública en salud que tiene como destinatarias a las mujeres migrantes en sus procesos de cuidado, así como sus efectos, las experiencias y prácticas vinculadas con estos. A través del análisis de las experiencias y categorías de clasificación que se (re)producen en la interacción social y a través de las cuales los sujetos toman posición en cada contexto, se busca conocer las dinámicas sociopolíticas que atraviesan las agencias estatales relacionadas con la salud a través de los procesos migratorios y las prácticas de cuidados. En este sentido, será central el análisis de los clivajes de nacionalidad, clase social, género, generación, etnicidad y racialización en las interacciones y posicionamientos en perspectiva histórica.

0.4 Perspectivas analíticas

Esta investigación se inscribe en el campo de la antropología de la salud, estudios de política pública y los estudios migratorios transnacionales desde una perspectiva decolonial y de género interseccional. De este modo, aquí se presentan algunos postulados teóricos y conceptuales que forman parte del marco interpretativo que se pone en diálogo en este trabajo.

Diferentes autores han dado cuenta de las características de la biomedicina (Mishler, 1981; Conrad, 1982; Hahn y Kleinman, 1983) que Menéndez (1978) conjugó en el denominado modelo médico hegemónico como constructo teórico de raigambre gramsciana para dar cuenta del sistema asistencial organizado por la medicina profesional. Las características estructurales de este modelo son su biologismo, individualismo, ahistoricidad, asociabilidad, mercantilismo y eficacia pragmática que se presenta en tensión con la subalternidad, tendiendo a negar, ignorar y/o marginar saberes y formas no biomédicas del cuidado de la salud. Estos procesos de hegemonización de la medicina profesional y descalificación de otros saberes fueron producto de procesos históricos a través de los cuales se produjo una progresiva intervención de los profesionales médicos en diversas áreas de la vida social que anteriormente no eran objeto de intervención (Menéndez, 1984; Rosen, 1985; Haro-Encinas, 2000). En este sentido, se comienza a reflexionar sobre los supuestos morales y políticos que subyacen a la producción de las tecnologías biomédicas y sus rutinas objetivadas como problemas técnicos (Lock y Nguyen, 2010).

En este trabajo recupero el concepto de “espacio político de la salud” (Fassin, 1996, 2003), en la redefinición de aportes de Lock y Scheper-Hughes (1990), que intenta recuperar las experiencias del cuerpo vivido en su sentido fenomenológico, el cuerpo como símbolo social y el cuerpo político en tanto regulación, vigilancia y control de los cuerpos individuales y colectivos. En este sentido, el espacio político de la salud se estructura en torno a tres ejes: la incorporación de la desigualdad sobre los cuerpos, en tanto inscripción del orden social en los cuerpos; el poder de curar, ligado con la legitimación de diferentes grupos para intervenir sobre padecimientos, y el control sobre la vida, ligada a la gestión colectiva de la salud como bien público (Fassin, 1996, 2003).

En este contexto entenderé los procesos de cuidado (Epele, 2012) como un complejo en el que intervienen saberes expertos y legos, redes sociales, tecnologías, políticas, sistemas de atención, instituciones, tradiciones, tareas, acciones y cuerpos que está orientado tanto a promover y/o mantener el bienestar y la salud como a aliviar el dolor y el sufrimiento. Varios autores han dado cuenta de las diversas estrategias de cuidado que las personas o grupos utilizan en diferentes momentos o de manera simultánea, en algunos casos para el mismo padecimiento (Leslie, 1980; Menéndez, 1981, 2003; Haro-Encinas, 2000; Idoyaga Molina, 2004; Perdiguero-Gil, 2006, entre otras/os). De este modo, comprender las trayectorias de cuidados permite dar cuenta de la construcción de experiencias de un sujeto y su grupo a lo largo de una etapa, un ciclo o una vida, en el que las personas van tomando decisiones, adquiriendo experiencias y acumulando conocimientos, así como sometándose a las certezas, pautas y dominios de ciertos modelos, enfrentándose, negociando o deshaciéndose de aquello que se interpone (Leyton y Valenzuela, 2016).

Se hace necesario tomar aquí una perspectiva de análisis de la política pública, recuperando aportes que parten de una crítica a aquellos modelos simplificadores, que la entienden como racionales, lineales y sin referencia a sus contextos socioculturales (Wedel, Shore, Feldman y Lathrop, 2005). Siguiendo los planteos de Shore (2010), estas pueden ser interpretadas en cuanto a sus efectos, las relaciones que crean y los sistemas de pensamiento más amplios en las que están inmersas. El autor expone que las mismas reflejan un modo de pensar sobre el mundo, siendo herramientas de intervención para administrar, regular, cambiar la sociedad, presentándose como técnicas racionales y soluciones “naturales”. Las políticas públicas son fenómenos políticos, que tal naturaleza se oculta generalmente en el lenguaje racional (Wedel et al., 2005; Shore, 2010), particularmente para el campo de estudio de este trabajo, de la ciencia biomédica.

Como afirma Shore (2010: 36), “una vez creadas, las políticas entran en una compleja red de relaciones con varios agentes, actores e instituciones, tinglado que puede a menudo generar consecuencias imprevistas e inesperadas”. En este sentido, interesa conocer cuál es el desarrollo de estas en su gestión cotidiana, ya que al igual que los objetos materiales, las políticas tienen “vidas sociales”, por lo que se hace necesario reflexionar sobre sus biografías y dinámicas de traducción e interpretación

(Appadurai, 1986; Shore, 2010). Las instituciones estatales adquieren un carácter translocal, atravesados por fenómenos locales, regionales, nacionales y transnacionales (Gupta, 2015). Para el presente trabajo resulta necesario comprender el modo en que efectores de salud interpretan las políticas públicas, que exceden este espacio, y codifican lógicas de la salud pública en contextos de desigualdad. Las políticas son interpretadas y llevadas adelante como modos de acción en marcos institucionales situados y en una serie de relaciones particulares.

Desde una perspectiva antropológica del Estado, se busca no personalizarlo como actor unívoco y comprenderlo encarnado en las personas que lo habitan; analizar sus configuraciones como resultado de interlocuciones de diferentes actores, presiones y determinaciones; descentrarlo, reconociéndolo en sus existencias locales, periféricas y/o en sus márgenes, en su heterogeneidad de agencias y funcionarios, cada una con sus lógicas y prácticas sociales específicas (Bohoslavsky y Soprano, 2010). En este sentido, es necesario poner atención sobre el modo en que las personas perciben al Estado, cómo se forman estos entendimientos y cómo el Estado se manifiesta en la vida de las personas, entendiendo que este se produce en prácticas cotidianas, en encuentros, en representaciones y performances culturales (Sharma y Gupta, 2006).

Precisamente, es a través de los márgenes territoriales y conceptuales del Estado, como aquellos sitios en los que el derecho y el orden deben ser constantemente reestablecidos, que este se hace comprensible, presentándose como perspectiva excepcional para su estudio (Asad, 2008; Das y Poole, 2008). Particularmente, esta investigación se sitúa en un margen como “espacio entre los cuerpos, la ley y la disciplina”, partiendo de las conceptualizaciones foucaultianas sobre la producción del cuerpo biopolítico, donde la biomedicina desde la conformación de los Estados define los cuerpos normales, categorizaciones y repertorios de acción (Das y Poole, 2008). Estos márgenes, que son indeterminados y variables, permiten observar diferentes formas de resistencias al poder disciplinador, que pueden ser, como expone Scott (1985), cotidianas, pequeñas, silenciosas o dramáticas autodefensas. Por su parte, Abrams (1988, 2015) expone que deberán estudiarse las resistencias y los sujetos, más que el Estado, para dar cuenta de las relaciones que este oculta y sobre las que asienta su dominación política y económica que busca legitimarse. De este modo, la

materialidad del Estado no reside en las instituciones, sino en los procesos y relaciones de poder, por lo que será necesario estudiar sus efectos (Trouillot, 2001).

Por otro lado, el Estado moderno se sustenta en una idea de comunidad nacional imaginada (Anderson, 1993), un carácter ilusorio e ideológico (Abrams, 2015), como institución basada territorialmente, impersonal, soberana y autónoma que define sus márgenes a través de prácticas administrativas (Parekh, 2000; Asad, 2008; Koberwein, 2012). Precisamente, Briones (2005) para el contexto local va a decir que es el motor de la “identidad nacional”, el que transforma las valencias o valorizaciones relativas a diversos contingentes. En este sentido, es a través de las “formaciones nacionales/locales de alteridad” que se producen criterios de identificación/clasificación y pertenencia, así como se regulan condiciones de existencia diferenciales para los distintos tipos de “otros internos”, donde el Estado-Nación extiende su soberanía. Por consiguiente, será necesario tomar una perspectiva de los procesos históricos que conforman la matriz de producción de las diferencias siempre situadas. Como expone Segato (2007), los procesos de otrificación, racialización y etnicización son un nodo central en la conformación y existencia de Estados nacionales en América Latina.

A partir de los aportes aquí presentados, me propongo dar cuenta de las interacciones que dan forma a la política pública en salud a través de los modos de “interpelación” (Grimson, 2011), en tanto formas en que una persona, grupo o institución se identifica, se refiere a sus alteridades y a sí misma. Recuperando aportes clásicos de la antropología británica, podremos decir que dadas la situaciones sociales en la que se encuentren los sujetos y con qué actores sostengan intercambios, el modo en que se identifican y las adscripciones a determinados grupos pueden variar (Gluckman, 1956). Es así que conocer el modo en que circulan categorías y clasificaciones, a través de las que se disputan sentidos, desigualdades, jerarquías y poder, permitirán desentrañar las configuraciones culturales, en las que existen tramas simbólicas, horizontes de posibilidad, desigualdades de poder y lógicas de interrelación (Grimson, 2011).

Una perspectiva sobre la colonialidad permitirá dar cuenta de las particularidades y dinámicas históricas que constituyen las relaciones de dominación/subordinación en nuestros contextos, caracterizados por la denominada modernidad/colonialidad, donde se articulan estructuras de poder global iniciadas en el

proceso colonial (Quijano, 2000; Mignolo, 2014). De este modo, el giro decolonial se presenta como una apuesta emancipadora y de apertura del pensamiento sobre la lógica colonial caracterizada por la colonialidad del poder, en tanto estructura política y económica eurocéntrica; la colonialidad del saber, en tanto imposición epistémica, filosófica, científica y del lenguaje; y la colonialidad del ser, vinculada a las subjetividades, el control de las sexualidades, de los roles de género, entre otras categorías (Walsh, 2008; Mignolo, 2014). Esta perspectiva permitirá dar lugar a la observación y escritura de relaciones en un sistema jerárquico de racialización que se extiende a los campos del ser, del saber y del saber hacer a través de una geopolítica del conocimiento (Walsh, 2007, 2008) con particularidades en este contexto, pero que responden a un proceso histórico de subalternización de prácticas de cuidados en las interacciones con el Estado y la biomedicina.

Quijano (2000) hace referencia a la imposición de una clasificación racial/étnica, de género y del trabajo sobre la población del mundo que estructura un patrón de poder, operando en diferentes dimensiones, materiales y subjetivas, de la existencia social. En relación con esto, Lugones (2008) expone que el “sistema de género moderno/colonial” —con sus características: el dimorfismo biológico, la organización patriarcal y heterosexual de las relaciones sociales— y la colonialidad del poder siguen una lógica de constitución mutua en el capitalismo eurocéntrico global. En este sentido, se destaca la importancia de recuperar una perspectiva de género interseccional que dé cuenta de las categorías identitarias y de clasificación que se producen y reproducen en las experiencias y discursos en relación a la política sanitaria y la migración.

Este enfoque tuvo un desarrollo importante a partir del llamado “feminismo negro estadounidense”, conceptualizado por Crenshaw (1991) desde una perspectiva legal para dar cuenta de las múltiples formas de opresión de las “mujeres de color” y otras minorías, teniendo un desarrollo destacado como paradigma en los estudios feministas (Haraway, 1991; Herrera, 2013; Viveros Vigoya, 2016). Esta noción permite hacer referencia al entrecruzamiento de las diferentes marcas de sujeción/dominación y a la inseparabilidad de las categorías con las que se nombran tales marcas, como la raza, el género, la sexualidad y la clase (Lugones, 2008). En este caso, los aportes de la perspectiva interseccional permitirán evidenciar en las relaciones de poder y

desigualdad lógicas de dominación, así como estrategias para enfrentarlas en un marco contextual y situacional (Magliano, 2015; Viveros Vigoya, 2016).

Particularmente, el “sistema sexo/género” tiene como correlato las oposiciones binarias de las categorías en los que se asienta la división sexual del trabajo y una heterosexualidad obligatoria (Rubin, 1986; Haraway, 1991). Esto toma algunas particularidades en el campo de estudio, donde el sistema público de salud y sus programas, según observaciones y antecedentes, tienden a visibilizar e intervenir sobre la sexualidad y los cuerpos particularmente de las mujeres. La ciencia médica ha construido históricamente una tendencia hacia el determinismo biológico, construyendo a las mujeres en términos de un papel materno esencial (Hawkesworth, 1997). En palabras de Lamas (2006), las categorías a través de las cuales el sistema sexo/género naturalizan la diferencia sexual son siempre construcciones ideales, de modo que será necesario conocer estas en la vida concreta de las personas, las experiencias de cuerpos e identidades, que generalmente rebasan este dualismo.

El género, como concepto relacional y binario que opone lo masculino a lo femenino en un orden jerárquico (Scott, Conway y Bourque, 2013), para el caso en estudio atravesado por un sistema de valores definido por la medicina y la política pública, es necesario que sea entendido en el conjunto de opresiones que se entrelazan o se fusionan en la intersección de raza, clase, sexualidad, género, nacionalidad, edad, entre otras posibles fuentes de desigualdad (Lugones, 2005, 2008; Viveros Vigoya, 2016). De este modo, este trabajo buscará dar cuenta de diferentes niveles de análisis en lo que respecta a la producción y transformación de relaciones de poder que tienen que ver con lo representacional, lo experiencial, lo interaccional y lo organizacional (Anthias, 1998). Para los estudios migratorios esta perspectiva se hace necesaria ya que, como expone Bastia (2014), las personas migrantes cruzan múltiples fronteras geográficas y categoriales. En los procesos migratorios, los diferentes tipos de clasificaciones sociales pueden determinar el acceso a derechos y oportunidades, así como en las situaciones de privilegio o de exclusión que de ellas se derivan (Anthias, 1998; Magliano, 2015).

Desde la perspectiva transnacional de las migraciones, las personas que migran forman parte de dos o más sociedades, construyendo campos sociales que transponen fronteras nacionales, estableciendo y sosteniendo relaciones sociales múltiples que

conectan sus sociedades de origen y residencia (Glick Schiller, Basch y Blanc-Szanton, 1992; Feldman-Bianco, 2015). Las redes y cadenas migratorias constituyen flujos de información permanente entre los lugares de origen y destino (Goldberg, 2008). En relación con lo expresado, es necesario entender al género operando en diferentes escalas sociales y espaciales que afectan la posición de una persona o grupo en diferentes momentos, interactuando con otras categorías de clasificación dentro de jerarquías de poder que determinan la capacidad de agencia de las personas (Pessar y Malher, 2003). En palabras de Anthias (2012), es importante recuperar un análisis contextual, dinámico y procesual que reconozca las conexiones entre diferentes identidades y relaciones a nivel local, nacional y translocal. En este sentido, retomo la noción de “posicionalidad translocacional” (*translocational positionality*) como una herramienta para dar sentido a las posiciones y resultados producidos a través de intersecciones entre un número de diferentes estructuras y procesos sociales, incluidos los transnacionales, dando lugar al contexto social más amplio y a la temporalidad (Anthias, 2002, 2012).

Tal como afirma Herrera (2013), el campo de estudio sobre el género y la migración se ha expandido hace más de treinta años, contando con diferentes etapas en su desarrollo, encontrándose hace un tiempo en un momento de articulación de la categoría de género con otras variables de desigualdad, en la relación con otros campos de estudio. Sin embargo, como expone Magliano (2015), la perspectiva de la interseccionalidad en los estudios migratorios no ha superado aún la etapa enunciativa. En este sentido, el presente trabajo se propone realizar un aporte a este enfoque y los estudios sobre la política pública ligados a los procesos del cuidado desde una perspectiva decolonial.

0.5 Campo etnográfico: Siguiendo el (no) cuidado

La perspectiva de conocimiento etnográfica me ha permitido delimitar el campo de investigación, producir conocimiento situado a través de mi interacción con diferentes personas que hacen parte del fenómeno en estudio, así como en la interacción con el campo académico y de conocimientos en el que me posiciono. A través de mi

inserción en diferentes espacio, las técnicas de observación participante y entrevistas etnográficas, pude comenzar a delimitar el campo y el problema de investigación que aquí presento. En este sentido, esta investigación adopta una perspectiva de conocimiento etnográfica que, en palabras de Guber (2014), es una propuesta epistemológica donde se presentan conclusiones interpretativas del investigador sobre la base del trabajo de campo, donde se ponen en interlocución las propias categorías prácticas y teóricas con aquellas categorías y prácticas nativas.

El trabajo de campo para esta tesis se realizó entre los años 2015 y 2019, en diferentes periodos, en el Hospital Regional de la ciudad, en dos Centros de Atención Primaria de Salud (CAPS), en el acompañamiento a trabajadoras comunitarias y visitas a mujeres migrantes en dos barrios de la ciudad de Comodoro Rivadavia. Mi trabajo comenzó en el hospital de la ciudad a través del diálogo y entrevistas con médicos, médicas y funcionarios del sistema de salud, lo cual me llevó a acercarme posteriormente al CAPS del barrio San Cayetano y al CAPS del Barrio 30 de Octubre. Ambos centros, que se describen en el capítulo dos, ubicados en zona sur de la ciudad, cuentan con una extensa área programática, que incluyen extensiones barriales donde vive gran parte de la población migrante asentada en la ciudad. En estos espacios sostengo vínculos con empleadas administrativas, de limpieza, enfermeras, enfermeros, profesionales de salud, médicas, médicos de diferentes especialidades, así como con trabajadoras comunitarias. Mis espacios de observación están constituidos por la cotidianidad de los centros de salud y particularmente las tareas de trabajadoras comunitarias en los respectivos barrios. De este modo, a través de las visitas domiciliarias acompañando a efectoras de salud, participo en las relaciones que estas tienen con mujeres migrantes, pudiendo así generar también vínculos con ellas, visitarlas en otros momentos, propiciando encuentros, charlas y entrevistas.

He realizado entrevistas a mujeres migrantes en relación con sus trayectorias de vida y al cuidado de la salud en el contexto migratorio. También he realizado entrevistas con médicos, médicas, enfermeras, trabajadoras comunitarias de salud en terreno, administrativas y otras efectoras y funcionarios del sistema de salud, para dar cuenta de qué modo se produce y se gestiona la política de salud, las dinámicas interaccionales y los sentidos que circulan sobre las migraciones, los cuidados y la salud. Otra de las fuentes imprescindibles para esta tesis fue el trabajo de archivo para conocer y analizar

la conformación histórica del sistema público de salud, así como las leyes, programas y disposiciones que hacen a la política pública en salud a nivel local, así como sus interpretaciones y aplicaciones.

El trabajo de campo presencial se realizó en las instituciones de salud durante los meses de diciembre de 2015; enero, febrero y julio de 2016; enero, febrero y marzo de 2017; enero, febrero, marzo y julio de 2018; marzo y abril de 2019. En los períodos de trabajo de campo en los dos CAPS, a partir de 2016, cumplía una rutina de trabajo junto a las trabajadoras comunitarias de salud en terreno, donde alternaba dos días a la semana por cada centro de salud durante el horario de trabajo de las efectoras de salud, de 8 o 9 horas hasta las 14 horas. Asimismo, la tarea de esta tesis, en tanto multilocal, contempla un trabajo de campo remoto a través del contacto a través de la virtualidad con interlocutoras y desplazamientos en diferentes espacios.

Como afirma Wright (1995) recuperando aportes de Michel de Certeau, el espacio etnográfico se experimenta creado por la interacción, donde se transforman estos espacios en lugares, en tanto “espacios practicados”, donde se hace posible el acceso a la comprensión intersubjetiva de la gente acerca de la naturaleza de la realidad. El acompañamiento a las trabajadoras comunitarias “a terreno”, me permite conocer así algunas dinámicas interaccionales entre estas y las mujeres migrantes. Asimismo, a través de estos encuentros pude conocer algunas experiencias y relatos de las mujeres migrantes, que luego pude ir profundizando a través de una separación de la institución de salud pública. Las efectoras de salud, en tanto figuras de autoridad, en lo que a los cuidados en salud refiere, marcan de alguna manera mi relación con las mujeres, lo cual generó que se mantengan vedadas, en algunas ocasiones, para mí aquellas cosas “que no se cuenta a los médicos”; al decir de Cardoso de Oliveira (2004): un “horizonte semántico” al cual no podía acceder.

En este sentido, mis implicancias en el proceso de investigación, me llevaron a ocupar diferentes roles y espacios simbólicos en el intercambio con las personas involucradas. El estar “entre” grupos sociales, que por momentos se presentan en conflicto, me posiciona en un espacio liminal, en algunos momentos incomodo, pero que dispone de potencia para la reflexión. Mis desplazamientos, en lo que Wright (1995) denomina los “intersticios de la alteridad y la identidad”, fueron marcando las líneas de indagación a partir de una perspectiva situada. En otra línea, Gupta y Ferguson

(1997) proponen la noción de “localizaciones cambiantes” para hacer referencia a las posiciones que uno, como etnógrafo, puede tomar en los grupos, atravesados por diferentes relaciones de poder. Particularmente, el hecho de ser licenciado en Psicología facilita de algún modo mi ingreso a los equipos de salud y mi relación con sus efectores, en tanto interpretan mi pertenencia profesional en el campo de la salud. Asimismo, mi familiaridad con un espacio como este, habiendo trabajado anteriormente en una institución hospitalaria, me daba cierta comodidad que fue necesario ir problematizando a través del ejercicio de la reflexividad y extrañamiento.

Por otro lado, mi relación con algunas mujeres migrantes, por fuera del vínculo con efectoras de salud, pudo profundizarse gracias a la confianza que nos habían dado esos primeros encuentros. Sin embargo, para muchas soy un extraño, un sujeto joven/adulto, varón, blanco, argentino —“argentinito”—, alguien raro de ver durante la mañana o la tarde en las extensiones barriales, momentos donde la mayoría de los varones trabajan en otras zonas de la ciudad. En estos momentos del día, se construyen espacios de encuentro, del estar “entre mujeres”, donde se pueden ver vecinas charlando en espacios públicos o patios. De este modo, el vínculo con alguna de ellas, mi conocimiento del barrio y explicitación de mis intereses me permiten generar una relación con otras, que me invitan a pasar a sus casas o patios. El hecho de conocer algunas palabras en quechua, algunas zonas de Bolivia de donde provienen y en algunos casos ir al barrio en compañía de Brígida, mi tutora, quien trabaja con grupos de migrantes punateños/cochabambinos de Caleta Olivia y Comodoro, me permiten generar lazos de confianza necesarios para el trabajo etnográfico.

La pregunta constante de “quién soy” para las otras personas y grupos sociales es imprescindible en el trabajo etnográfico. De este modo es necesario reconocer que el conocimiento es siempre situado y dependerá de nosotros mismos ocupando lugares en el juego social. Así, los vínculos construidos en este trabajo son condición de posibilidad del mismo. De este modo, poder hacer consciente mis propias pertenencias de clase, de género, nacional, profesional, entre otras posibles, me permite realizar el constante ejercicio reflexivo de descentramiento necesario para el trabajo de mirada, escucha y escritura analítica con una “actitud relativista” (Cardoso de Oliveira, 2004). Como venimos observando desde el primer apartado, la reflexividad es constitutiva y transversal en este trabajo, en tanto modo de producir conocimiento en la interacción

con otras personas haciendo consciente mis posicionamientos sociales. Esto permite generar preguntas y análisis que emergen de las propias interacciones sociales, particularmente en los espacios que se abren entre “uno” y los “otros” en el proceso de investigación (Kaltmeier, 2012; Tello, 2017).

Además de los espacios simbólicos en los que me desplazo, el seguir lo que se presenta como el conflicto en la interacción entre agentes estatales y mujeres migrantes me lleva a diferentes espacios geográficos de encuentro y circulación. De este modo, el trabajo de investigación toma la modalidad de una etnografía multilocal (Marcus, 2001), en tanto se busca seguir la relación, así como acompañar a algunas personas que hacen parte de estos vínculos, en diferentes escenarios. Particularmente, seguir la implementación de una política pública, como exponen Wedel et al. (2005), hace que el campo esté conformado por actores, a veces débilmente conectados, en múltiples sitios, no siempre geográficamente fijos. Este tipo de aproximación es fértil en el análisis de los modos en que el Estado produce e impone regulaciones, tanto explícitas como implícitas, que nos permiten observar las formas en que el mundo social es ordenado por sus intervenciones, así como sus alcances y limitaciones, incluyendo las formas en que las poblaciones las experimentan (Balbi, 2010). Asimismo, en este contexto se hace necesario trascender el denominado “nacionalismo metodológico” (Wimmer y Glick Schiller, 2002; Levitt y Glick Schiller, 2004) que antepone la clasificación de los Estados-naciones a las pertenencias étnicas y/o regionales para el trabajo etnográfico en relación a procesos migratorios. En este sentido, como iremos viendo en el capítulo cuatro, las particularidades regionales y de pertenencia identitaria se complejizan más allá de la percepción de efectores y efectoras de salud.

Por otro lado, la perspectiva de conocimiento etnográfica presenta un potencial para el estudio de los procesos de salud/enfermedad/atención, en tanto permiten conocer problemáticas que en general no son registradas por los datos de la salud pública, así como sus contextos y la complejidad en la que las trayectorias de cuidado se desarrollan (Ramírez Hita, 2009, 2013). En este sentido, renovando la propuesta malinowskiana, esta forma de construir conocimiento nos permite ir más allá de lo que las personas dicen, para conocer también lo que hacen, las relaciones que crean, sin dejar de lado nuestra presencia y los vínculos construidos en el trabajo de campo, constitutivos en este proceso.

Al decir de Bartolomé (2004), el hecho de pensar a los sujetos como interlocutores, antes que como informantes, requiere de una actitud ética y conducta orientadas al respeto y valor del diálogo a través de la confianza. En este sentido, es a través del reconocimiento de la intersubjetividad que se construyen los datos etnográficos que aquí se presentan. Solo a partir de ese encuentro y diálogo con otro/a(s) (*speaking with others*) podremos hablar sobre esos/as otros/a(s) (*speaking about others*), ya no como otro/a(s) generalizados, exotizadas y anacrónicos (Fabian, 2006). Es así que la presencia prolongada en los espacios de observación y las interacciones con las personas me han permitido ir conociendo “desde dentro” (Cardoso de Oliveira, 2004) los procesos sociales.

A partir de esta perspectiva metodológica, el (no) cuidado fue convirtiéndose en una categoría nodal a lo largo del proceso de investigación. Tomando en cuenta mis observaciones y relaciones en la cotidianidad de los espacios de trabajo de efectores/efectoras de salud, la caracterización sobre “las bolivianas” y sus modos de cuidado ligados al riesgo sociosanitario se tornaron centrales en la interpretación que trabajadores y trabajadoras realizan de la letra de políticas públicas. Al interior de los equipos de Atención Primaria de Salud, la tarea con la población considerada como vulnerable se traduce en exigencias y resultados evidenciables estadísticamente, donde lo administrativo y lo vocacional, sobre perspectivas de la salud pública comunitaria, se ponen en tensión. En este sentido, seguir etnográficamente a la categoría nodal del (no) cuidado me han llevado en el proceso de investigación a reconocer al cuidado como categoría nativa y teórica, que se pone en discusión a lo largo de esta tesis, configurando la política sanitaria y las trayectorias de mujeres migrantes.

En este trabajo, fui distinguiendo el cuidado en tanto categoría de las propias personas, interlocutoras, los efectos de estas categorías en sus prácticas, así como el cuidado en tanto categoría analítica y el modo en que se produce en las interacciones en el sistema de salud y en las trayectorias de las mujeres migrantes. Seguir la relación entre efectores/efectoras de salud y mujeres migrantes en diferentes espacios, al igual que algunas categorías, como el riesgo y el cuidado, ha ido dando forma a este trabajo de investigación, construyendo un campo de indagación y el propio espacio etnográfico en perspectiva multilocal. Como se expuso, este enfoque metodológico presenta una potencialidad única para el estudio de la gestión de la política pública y los procesos de

salud/enfermedad/atención/cuidados, en tanto nos permite realizar un seguimiento indiciario sobre categorías que emergen del propio campo en la relación con diferentes personas y grupos sociales.

Esta tesis forma parte una “investigación comprometida”, debido a que se produce conocimiento en colaboración con otras personas desde una perspectiva que apunta a la construcción de vínculos de horizontalidad (Briones, 2020). En este sentido, fui construyendo a lo largo de estos años relaciones de colaboración, de afecto y de proyecto político que forman parte de este trabajo. La perspectiva metodológica presentada aquí requiere de la desnaturalización de la política sanitaria y los saberes biomédicos que se posicionan generalmente desde un lugar de neutralidad. Al mismo tiempo, subyace un compromiso por visibilizar otros modos subalternizados de comprender la salud y los cuidados desde una perspectiva atenta a la apuesta emancipadora y de apertura del pensamiento sobre las lógicas de la modernidad-colonialidad (Walsh, 2008; Mignolo, 2014).

En diferentes momentos, en la relación con trabajadoras de salud mi rol adquirió un posicionamiento activo de participación en sus espacios de trabajo, donde colaboramos de manera participativa en la planificación y ejecución de actividades comunitarias. Asimismo, en algunos casos las trabajadoras apelaban a mi formación profesional en psicología, demandando algunas observaciones clínicas o consultas sobre procesos de salud mental de personas que asistían a las instituciones de salud. En esos momentos, trataba de correrme del lugar de saber, en el que suele ubicarse a profesionales cuya incumbencia se interpreta en el campo de la salud, sin dejar de colaborar en las necesidades manifiestas cuya orientación estuviese a mi alcance. En algunos casos, fui construyendo relaciones de amistad, donde compartimos intereses académicos, intercambiamos sobre las lecturas del propio sistema de salud y los procesos migratorios. En los sucesivos capítulos se da cuenta de la lectura que realizan algunas trabajadoras de los fenómenos en estudio, las tensiones y malestares en sus tareas cotidianas.

En la relación con mujeres migrantes también fui construyendo vínculos colaborativos, que desde esta perspectiva metodológica transforman las experiencias, los silencios y muchas veces el dolor en narrativas y testimonios, donde la reconstrucción de las memorias adquiere una particular centralidad (Ramos y

Rodríguez, 2020; Jimeno, 2007). A partir de los primeros vínculos mediados por las trabajadoras de salud, de una escucha activa, respetuosa y de una curiosidad etnográfica, pude comenzar a conocer otras narrativas de las mujeres migrantes, en algunos casos entablando vínculos que pude sostener más allá de la relación con efectoras de salud. En otros momentos eran las propias trabajadoras de salud quienes junto a mí se interesaban en la relación con mujeres migrantes, profundizando vínculos ya establecidos, en conversaciones que nos permitían un conocimiento mutuo. A partir de estos encuentros fui comprendiendo una serie de clasificaciones sociales e identificaciones en relación a un grupo de mujeres migrantes provenientes de zonas rurales de Bolivia y quechua hablantes.

El trabajo colaborativo con mujeres migrantes provenientes de Bolivia también se produce desde algunos proyectos de extensión universitaria, a partir de los cuales generamos espacios de encuentro y circulación de la palabra, de saberes no hegemónicos y de aprendizaje de la lengua quechua. Asimismo, desde el equipo de investigación que conformamos junto a Brígida Baeza en el IESyPPat, hemos propiciado en algunas instancias espacios de acompañamiento a mujeres migrantes en situaciones de violencia, coordinaciones interinstitucionales y colaboraciones con el poder judicial a partir de la producción de conocimientos e informes en nuestro quehacer académico-investigativo.

Mis propias incomodidades en el campo de investigación me fueron abriendo preguntas y reflexiones para la comprensión de los fenómenos sociales en estudio que aquí se presentan. Mis posicionamientos en lo que se presenta como el espacio “entre doctorcitas y paisanas”, como dos grupos sociales en el que se entrelazan diferentes relaciones de poder, me ha posibilitado observar diferentes modos de agenciamiento de quienes hacen parte de estos grupos, así como colaborar en algunas tareas. En este sentido el proceso reflexivo, facilitado por la distancia con el campo de investigación, las lecturas propias del campo de estudios y la puesta en diálogo de mis sugerencias interpretativas con otras personas, forman parte de la producción que aquí se presenta.

Como se expuso, el trabajo de campo se desarrolló en Comodoro Rivadavia, ciudad ubicada en la provincia patagónica de Chubut, Argentina. Fue llevado a cabo en el Hospital Regional de la ciudad, dos Centros de Atención Primaria de Salud (CAPS), ubicados en los barrios San Cayetano y 30 de Octubre y sus respectivas “extensiones

barriales”. Estos espacios, que se caracterizan en los capítulos dos y cuatro, se ubican en la zona sur de la ciudad, en zonas periurbanas, caracterizadas por las “tomadas de tierra” y la preeminencia de viviendas caracterizadas por ser consideradas con “necesidades básicas insatisfechas”³ por la gestión estatal.

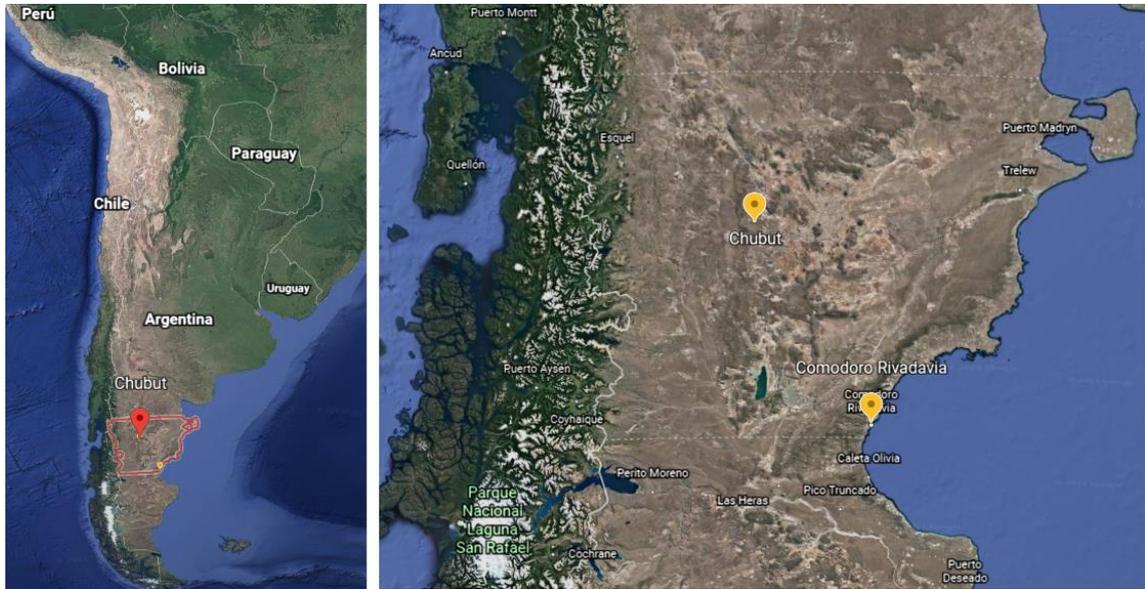


Ilustración 1 - Imagen satelital con georreferencias del territorio argentino, de la provincia de Chubut y Comodoro Rivadavia. Tomada de Google Earth (De izquierda a derecha: Escala 1:1.000km y 1:200km). Elaboración propia (2021)

³ De acuerdo con la metodología censal del Instituto Nacional de Estadísticas y Censos, se consideran hogares con Necesidades Básicas Insatisfechas a aquellos que presentan al menos una de las siguientes características: habitaciones de inquilinato, hotel o pensión, viviendas no destinadas a fines habitacionales, viviendas precarias y otro tipo de vivienda; hogares que no poseen retrete; hacinamiento crítico, cuando en el hogar hay más de tres personas por cuarto; hogares que tienen al menos un niño en edad escolar que no asiste a la escuela; hogares con cuatro o más personas por miembro ocupado y que tienen un jefe que no ha completado el tercer grado de escolaridad primaria (DINREP, 2014).

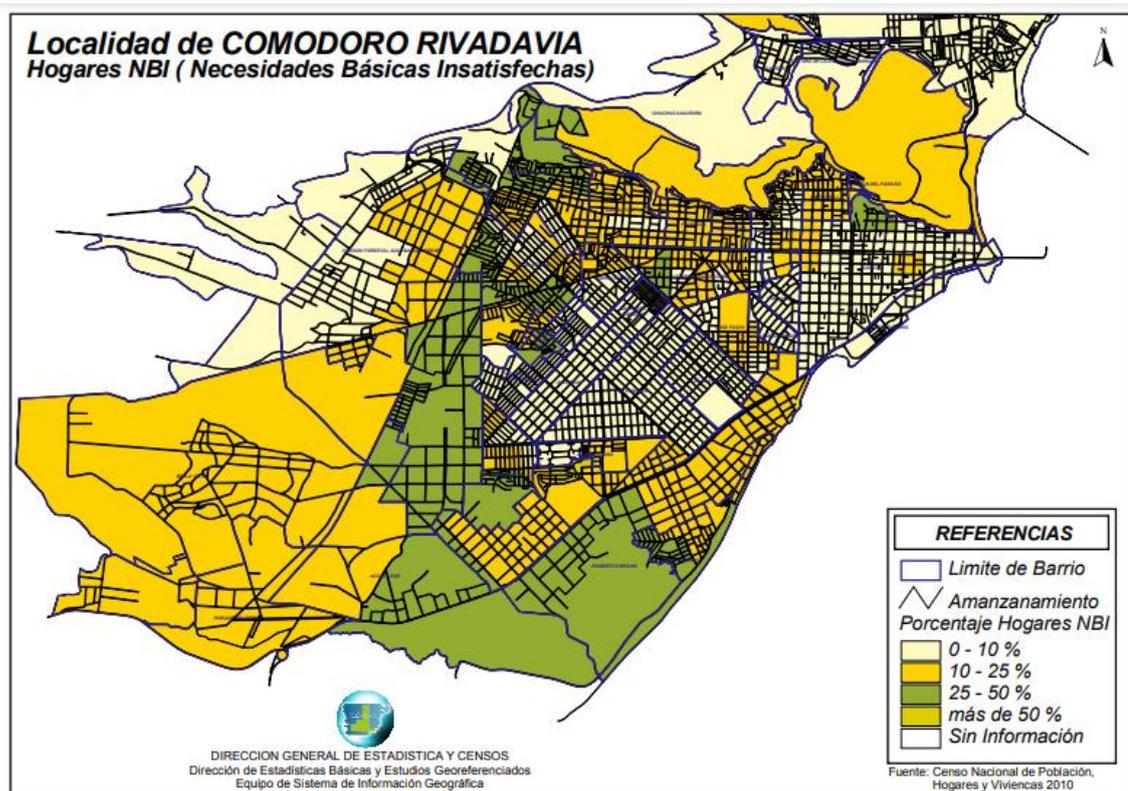


Ilustración 2- Mapa de zona sur de Comodoro Rivadavia con georreferencia de “Hogares con Necesidades Básicas Insatisfechas”. Dirección General de Estadísticas y Censos (2010) Provincia de Chubut.

0.6 Organización de esta tesis

Los capítulos de esta tesis siguen un sentido lógico, en tanto busco rastrear la construcción del (no) cuidado como categoría nodal a través de la cual se articulan diferentes prácticas, experiencias y actores que sigo en este trabajo y dan vida a cada capítulo. Así, en cada apartado busco caracterizar y analizar etnográficamente algunas unidades de sentido que conforman la gestión de la política pública en salud que tiene como destinatarias a las mujeres migrantes provenientes de zonas rurales de Bolivia. En este sentido, cada capítulo se constituye como una plataforma de sentido en red con los diferentes apartados que componen este texto.

En el capítulo 1 “Las bolivianas no se cuidan. Un problema sanitario” me propongo describir quiénes son “las bolivianas” para efectores/efectoras de salud y por qué se constituyen en un problema en el sistema público de salud. Aquí caracterizo el modo en que las mujeres migrantes provenientes de Bolivia y sus prácticas de salud son

comprendidas por efectores de salud del Hospital Regional y los dos Centros de atención Primaria de salud, donde el “no cuidado” y el riesgo emergen como categorías y se constituyen en un problema sanitario. Se evidencia la culturización de las migrantes y una perspectiva del riesgo, que vela una lectura donde se intersectan diferentes clivajes de desigualdad, atravesada por la posicionalidad de efectores de salud, sus valores y concepciones sobre la salud pública. Así, presento una construcción conceptual sobre las configuraciones culturales y una perspectiva del cuidado como categoría nativa y analítica.

En el capítulo 2 “Políticas sanitarias y sistema público de salud. Acá hay más caciques que indios” me propongo responder al interrogante sobre cómo se ha construido, en perspectiva histórica, y cómo se construye la política sanitaria en el sistema público de salud. En este capítulo, realizo una caracterización del sistema público de salud, donde se sitúan los discursos y prácticas de efectores con quienes me vinculo en este trabajo. Aquí caracterizo la política sanitaria argentina y las particularidades que adquiere en la provincia de Chubut, a través de la Atención Primaria de Salud y sus programas. Discuto una perspectiva atenta a los procesos de construcción de ciudadanía e identidad nacional, en la que las instituciones públicas de salud han tenido un lugar central, articuladas a los procesos de hegemonización del modelo biomédico, el control poblacional con un foco particular en la maternidad. De este modo, propongo un análisis de la política sanitaria, más allá de las perspectivas de accesibilidad, vinculada con la gestión cotidiana de la política pública.

En el capítulo 3 “Ser trabajadoras comunitarias de salud en terreno”, busco responder al interrogante de quiénes son las trabajadoras comunitarias y cuáles son sus funciones en la gestión cotidiana de políticas públicas. En este apartado, caracterizo la tarea de trabajadoras comunitarias de salud en terreno que se presentan en los equipos de salud como quienes salvan aquellas dificultades identificadas en la Atención Primaria de Salud. Así, realizo una breve historización del nacimiento de la conformación de la figura de trabajadoras comunitarias en la provincia y los vínculos con la figura de agentes sanitarios. Presento la organización de los equipos de Salud Comunitaria en la provincia de Chubut y en Comodoro Rivadavia, identificando las trayectorias de las trabajadoras y la conformación de los equipos dentro del Centro de salud “San Cayetano” y “30 de Octubre”. Finalmente se presenta una discusión sobre

los sentidos que circulan en torno al ser trabajadoras comunitarias, el lugar que ocupan en los equipos de salud y los procesos de formación. Se evidencian las tensiones entre los modelos de “asistencialismo” y “salud comunitaria” como paradigmas en la gestión de política pública.

En el capítulo 4 “Salir a terreno. Las extensiones barriales y las migraciones”, busco responder a la pregunta de ¿a quiénes visitan las trabajadoras comunitarias? ¿Quiénes son “las bolivianas”? Así describo la tarea cotidiana de trabajadoras comunitarias de salud en terreno en las denominadas extensiones barriales donde habita la población migrante. Propongo una perspectiva situada de los procesos migratorios en la ciudad y las características territoriales que adquieren, particularmente grupos de migrantes provenientes de zonas rurales de Bolivia quechua hablantes, sobre quienes recaen las categorías de riesgo. Desde una perspectiva transnacional de las migraciones y aportes que permiten pensar los procesos de territorialización migrante se propone una descripción del modo en que los grupos migrantes construyen espacio en las denominadas extensiones barriales.

En el capítulo 5 “Mamá tenés tarea. Políticas focalizadas, seguimiento, intervención y control”, busco caracterizar el modo en que se construye la política focalizada y las características que adquieren los vínculos entre trabajadoras comunitarias y mujeres migrantes. Propongo la existencia de políticas focalizadas no explicitadas sobre las mujeres migrantes provenientes de zonas rurales de Bolivia. A partir de la identificación de los factores de riesgo ligados al no cuidado en los equipos de salud, se instrumentan lógicas de control, seguimiento e intervención. Así, describo las relaciones y encuentros entre mujeres migrantes y trabajadoras comunitarias que se dan a través de las visitas periódicas domiciliarias, donde se evidencian algunas tensiones sobre las prácticas de salud. Las concepciones de riesgo emergen como una categoría dadora de derechos, donde se evalúan prioridades para el acceso a la atención sanitaria según interpretación de la vulnerabilidad que realizan efectores de salud. De este modo, se analizan las estrategias de trabajadoras comunitarias en estos encuentros y en sus relaciones laborales, donde deben responder con resultados evidenciables estadísticamente.

En el capítulo 6 “Lo que no se cuenta a los médicos. Resistencias y coexistencias en prácticas de cuidado”, busco describir las experiencias de mujeres migrantes

provenientes de zonas rurales de Bolivia en relación con las políticas sanitarias y caracterizar las trayectorias de cuidados. Por este motivo, describo las experiencias de un grupo de mujeres migrantes quechua hablantes que son objeto de las políticas focalizadas que buscan encausar sus prácticas a un modelo de cuidados prefijado. Desde una perspectiva decolonial, caracterizo la posicionalidad de las mujeres en este contexto y su capacidad de agencia. Se describe el modo particular en que un grupo de mujeres produce prácticas de negociación, resistencias y alteración al control sanitario, donde los silencios y los cuidados adquieren sentidos diversos. Se caracteriza la recuperación de memorias, reactualizan saberes y prácticas vinculadas al sostenimiento de la salud en relaciones familiares, comunitarias e intergeneracionales en el contexto migratorio.

Finalmente, en el apartado de conclusiones presento la síntesis interpretativa y las sugerencias que sostengo en esta tesis en diálogo con los aportes de la antropología de la salud, los estudios de política pública y los estudios migratorios desde una perspectiva de género decolonial.

CAPÍTULO I

“Las bolivianas no se cuidan”. Un problema sanitario

A partir del primer planteamiento de objetivo para mi trabajo de investigación, decidí acercarme a algunas instituciones del sistema público de salud de la ciudad para comprender y caracterizar la accesibilidad al sistema por parte de mujeres migrantes. Allí, a través del diálogo con diferentes efectores de salud comencé a observar el modo particular en que estos equipos construyen a “las bolivianas” e interpretan sus prácticas de cuidado. En este capítulo, caracterizo el modo en que las mujeres migrantes provenientes de Bolivia y sus prácticas de salud son comprendidas por efectores de salud del Hospital Regional y los dos Centros de atención Primaria de salud, en los que el “no cuidado” y el riesgo emergen como categorías y se constituyen en un problema sanitario. Se evidencia la culturización de las migrantes y una perspectiva del riesgo, que vela una lectura donde se intersectan diferentes clivajes de desigualdad —clase social, género, etnicidad, generación— conformada a través de la posicionalidad de efectores de salud, sus valores y concepciones sobre la salud pública. Así, se propone una discusión sobre lecturas vinculadas a las perspectivas del cuidado y del género a partir de la cual comprendemos las perspectivas de trabajadores y trabajadoras del sistema público de salud.

Cuando comencé mi trabajo de campo en diciembre de 2015, circulaban a nivel nacional y local discursos vinculados con la restricción de derechos sobre el acceso a la salud de la población migrante, a pesar de la existencia de la ley nacional de migraciones⁴ desde el año 2003 que garantizan el acceso a la salud. Desde el año 2016⁵

⁴ Ley de Migraciones N° 25.871, el Estado argentino reconoce el derecho a la migración como un derecho humano esencial que debe ser garantizado bajo los principios de igualdad y universalidad, estableciendo que toda persona migrante tiene derecho a gozar de las mismas condiciones de protección que las personas nativas. En lo que respecta al derecho a la salud, en su artículo octavo la nueva ley establece que “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”.

⁵ “Se analiza el posible cobro a pacientes extranjeros que se atienden en el Regional” Diario El Patagónico, 21 mayo 2016. Disponible en: <https://www.elpatagonico.com/se-analiza-el-posible-cobro-pacientes-extranjeros-que-se-atienden-el-regional-n1487833>

en los medios de comunicación y por parte de funcionarios políticos se promovieron proyectos de arancelamiento del sistema de salud para personas extranjeras. Como ha estudiado Sala (2012), este tipo de discursos suele recrudecerse en periodos de crisis y desfinanciamiento de la política pública. A pesar de esto, a medida que fui adentrándome en las instituciones de salud pública, fui dando cuenta de que existe una hipervisibilización de la población, en general, pensada como un problema en sí mismo sobre la cual se busca intervenir. Así, como expusimos en el apartado introductorio, fui configurando la sugerencia de este trabajo, en la que sostengo que, por el contrario a la presunción de barreras en el acceso al sistema de salud, en este caso observamos una focalización de la política sanitaria sobre las mujeres migrantes consideradas de riesgo sociosanitario.

En este capítulo damos cuenta de la existencia de un discurso dominante por parte de efectores y efectoras en las instituciones de salud sobre las dificultades de las mujeres migrantes que son explicadas por “la cultura”, basadas en una interpretación de esta sustancializada. Estas explicaciones tienen un correlato en producciones académicas que han tendido a construir a las diferencias culturales como obstáculos en las relaciones medico/a-paciente. Buscando discutir estas perspectivas que tienden a recurrir a explicaciones culturalistas para definir las problemáticas en el sistema de salud, proponemos comprender desde una mirada atenta a la interseccionalidad, el modo en que se construye a un grupo de mujeres migrantes desde la esencialización que se da bajo categoría de lo nacional-boliviano. Asimismo, proponemos una distinción entre la categoría nativa y analítica de cuidado, que será central en esta tesis. De este modo discutimos una perspectiva del cuidado normativa, destacada por su ausencia en las mujeres migrantes, vinculada particularmente con la falta de controles biomédicos y de utilización de métodos anticonceptivos, que tendrá efectos en la gestión cotidiana de la política sanitaria. Por otro lado, damos cuenta del cuidado en tanto categoría analítica, vinculada al sostenimiento de la vida, que nos permite visibilizar múltiples formas de sostener la salud y aliviar padecimientos.

“El oficialismo impulsa un proyecto para cobrarles a los extranjeros por la salud y la educación” Diario Clarín, 27 febrero 2018. Disponible en: https://www.clarin.com/politica/diputados-oficialistas-impulsan-proyecto-arancelamiento-salud-educacion-residentes-permanentes_0_rJG2kNXuf.html

1.1 “No nos entienden”

Mis primeros acercamientos en el año 2015 estuvieron relacionados con el trabajo del Servicio de Gineco-obstetricia del Hospital Regional, lugar donde se atienden todos los partos institucionalizados de la ciudad en el sistema público de salud. Una de las primeras personas con quien entablamos un vínculo fue con Esteban⁶, médico especialista en ginecología de unos 40 años aproximadamente, proveniente de Córdoba, quien trabaja hace 9 años en la ciudad. Él es coordinador del servicio que cuenta con seis licenciadas en obstetricia, ocho médicos y médicas de y cuatro residentes. Junto a Brígida, nos encontramos con Esteban en la sala de profesionales del servicio ubicado en el segundo piso del Hospital Regional. Nos contactamos con él a partir de un acercamiento al servicio, debido a que nos invitó a charlar con él en una de sus guardias, ya que allí podía estar disponible. Esteban se muestra extrovertido y predispuesto a colaborar con nosotros a partir de la explicitación de nuestros intereses.

Según nos comenta Esteban, el servicio atiende aproximadamente cien partos mensuales, de los cuales cuarenta se realizan a través de cesáreas, cifra que se ha multiplicado, según el coordinador, en comparación con 8 años atrás, cuando se atendían unos cuarenta partos mensuales. Esto da cuenta del crecimiento poblacional que ha tenido la ciudad en los últimos años y en particular de la creciente demanda en el sistema público de salud.

Cuando hablamos con Esteban sobre la población que atienden en el servicio, él refiere que el 80 % son extranjeras, de las cuales estima que un 95 % son bolivianas y “multíparas”, con más de 5 hijos, lo que, manifiesta, le llama mucho la atención. Una de las primeras cuestiones que destaca es el escaso control de los embarazos de las mujeres provenientes de Bolivia:

Otra cosa que me llamó la atención es mujeres con un pésimo control de embarazo. Pésimo, por no decirte que no se hicieron ninguna ecografía en el embarazo. Pacientes que hemos tenido internadas y que se han fugado del hospital porque se cansan de estar internadas. Y después vienen como si nada, sangrando, con la bolsa rota o con el chico saliendo. Pero para venir a retirar la cunita a primera hora... [explica con tono de sarcasmo] (Entrevista con Esteban, diciembre de 2015).

⁶ Los nombres de interlocutores e interlocutoras fueron cambiados para preservar su identidad.

Esteban subraya el escaso interés por el control de los embarazos y lo posiciona en contraste al interés por recibir el beneficio del Programa Nacional Qunita⁷, que otorgaba un kit, hasta el año 2015, de insumos para los primeros meses de vida del recién nacido. La entrega del kit se realizaba en el egreso del hospital o hasta siete días posteriores, debiendo presentar Documento Nacional de Identidad (DNI) y certificado de nacimiento. El coordinador condena moralmente las acciones de mujeres migrantes, insinuando un aprovechamiento de la asistencia social, aunque también reconoce que las condiciones de internación no son óptimas. El servicio cuenta con una sala de internación en el segundo piso del hospital, en la que se disponen seis camas en una habitación con baños compartidos. Asimismo, la infraestructura del Hospital Regional cuenta en general con escaso mantenimiento edilicio y una situación de desinversión por parte del gobierno provincial que como veremos en el próximo capítulo se sostiene hasta la actualidad.

El coordinador del servicio destaca como uno de los principales problemas con las mujeres migrantes el desentendimiento, lo que atribuyen al idioma de las mujeres o características propias de su cultura.

Es todo un tema chicos, ¿sí? Porque no nos entendemos el idioma. O sea, normalmente viene con un dialecto, hablan quechua. Se quedan mirándonos, así [nos mira serio y fijamente sin expresión] y no nos entienden como ustedes me están entendiendo ahora a mí [...]. Entonces por ahí hay interrogatorios muy dificultosos... Por ahí hay algún familiar que hable el castellano y por ahí este nos va ayudando un poco. Pero habitualmente no, la gran mayoría no nos entienden absolutamente nada (Entrevista con Esteban, diciembre de 2015).

Por otro lado, Marisa, licenciada en obstetricia, nacida en Comodoro quien realizó su formación en Buenos Aires y trabaja en el servicio de gineco-obstetricia del hospital desde el año 2011, atribuye la dificultad en la comunicación a la cultura de las mujeres y a su escasez en el habla.

Sobre todo las bolivianas no nos entienden, porque es otra cultura, porque si bien hablan castellano hay palabras que no las entienden porque no las usan. Me ha tocado pacientes que no hay forma de que entiendan de que estamos hablando, sobre todo si hay alguna patología. Hablan español, pero no nos entienden porque por ahí es diferente al vocabulario que ellas usan... y no hablan, hablan muy poco (Entrevista con Marisa, febrero de 2016).

⁷ El Plan Qunita fue parte del “Programa Nacional de acompañamiento de la madre y del recién nacido” de asistencia y estrategia integral de salud que funcionó en todo el territorio Argentino en el año 2015. Se preveía la entrega a las madres beneficiarias de un kit que contiene una cuna de madera con sistema de encastre, colchón, un juego de sábana e indumentaria para el recién nacido y las mujeres.

Estas dificultades en la comunicación son incomprendidas y a veces son interpretadas como “dificultades cognitivas”. Marisa me comenta el caso de una mujer boliviana que tuvo una complicación en el embarazo, “un caso bastante grave dentro de lo que es síndrome de Down”, a quien no podían hacer entender la problemática, los tratamientos y estudios necesarios, llegando a considerar un “problema de desarrollo” en la mujer por las dificultades en la comunicación. Explica “después entendimos que no es que ella tuviera algún problema de desarrollo sino que era el idioma. Ella no hablaba. Hablaba poco castellano. Yo no sé si ellos allá [en Bolivia] manejaban otro idioma o simplemente hablaban poco, porque puede ser” (Entrevista con Marisa, febrero de 2016). En este sentido, algunas dificultades en la comunicación o los silencios de las mujeres que identifican como bolivianas son atribuidos a la cultura diferente, a su idioma o en algunos casos a patologías biomédicas.

Las migrantes bolivianas son las únicas que aparecen como poseedoras de una “cultura”, que las demás mujeres no tendrían. Esteban comenta: “Las pautas culturales son terribles, son terribles, terribles, terribles. Sobre todo son pacientes que por el interrogatorio vos no sabes el número de documento, nada [...]. Se nota mucho, se notan mucho las pautas culturales”. En este sentido, se atribuye a “la cultura” todo aquello que es diferente y escapa a la propia configuración cultural. De este modo, son siempre los otros, los poseedores de “cultura” como un obstáculo para el buen desarrollo de prácticas de salud.

Marisa también caracteriza el parto de las mujeres provenientes de Bolivia, vinculado con la resistencia al dolor, los silencios y el tipo de proceso que atraviesan fisiológicamente sus partos a diferencia de las mujeres “de acá”.

Vienen con trabajo de parto y ellas [las bolivianas] son de tener muy rápido. Y no te hablan y no hacen mueca de dolor. Igual nuestras pacientes, de acá de Comodoro, están a los gritos desde que empezaron las contracciones. Entonces todas esas son cosas que nosotras las vamos aprendiendo. Y no sabes mucho lo que les pasa, porque no te contestan (Entrevista con Marisa, febrero de 2016).

Los profesionales también establecen comparaciones con “otro tipo de pacientes”, particularmente del sector privado, donde la mayoría trabaja. Marisa explica que le gusta trabajar con las mujeres del sector privado en contraposición a las mujeres migrantes: “Me gustan las pacientes de la clínica porque me entienden. Hablas con ellas

y vos sabes que te entienden enseguida y además son muy agradecidas” (Entrevista con Marisa, 2016). En esta línea Esteban hace referencia a otras mujeres migrantes.

Ahora tengo una colombiana y una dominicana. Son súper educadas. Bueno, son del privado y son ingenieras las dos, vinieron por el tema del petróleo acá. Son cultas y muy educadas. No tienen ningún dialecto, así que nos entendemos a la perfección. La primera vez que hice el parto de una dominicana, mi intriga era de qué color iba a salir el bebé (se ríe). Y salió blanquito, después se puso morochito. Pero hay una diferencia muy grande. Al ser universitaria, chicos, ya notas mucho la diferencia. El parto duele a la boliviana, a la culta a la ingeniera, a la latina y a la argentina, a todas, pero se nota la diferencia (Entrevista con Esteban, diciembre de 2015).

Las diferencias a las que aluden Esteban y Marisa hacen referencia a variables vinculadas con la procedencia de las mujeres, clase social y nivel de instrucción, a través de las cuales se explican las dificultades en la interacción con estas. Asimismo, Esteban introduce una variable clave para comprender las desigualdades en esta ciudad, el petróleo, que ha conformado la matriz de producción y distinción social en Comodoro. Así, la perspectiva interseccional del género (Viveros Vigoya, 2016) comenzó a tomar relevancia en este contexto para comprender el modo en que trabajadores y trabajadoras de salud interpretan a las mujeres migrantes y sus prácticas. En este sentido, observamos la configuración de un tipo de paciente ideal mediado por condiciones socioeconómicas, de nacionalidad, de capital simbólico y cultural que para los equipos de salud serían deseables, con las cuales tendrían un mayor entendimiento y quienes se adaptarían mejor al modelo médico.

Cuando indagamos en el tipo de vínculo que construyen estos profesionales con las mujeres migrantes, exponen que en el servicio de gineco-obstetricia conocen a las mujeres recién cuando van a parir o tienen alguna urgencia. Marisa explica que en el hospital solo se realiza el control de algunos embarazos, particularmente donde hay alguna patología identificada de las mujeres o propias del embarazo. “Nosotros casi siempre las vemos, si no la atendimos en el control prenatal, las vemos cuando vienen de la salita [centro de atención primaria de salud], de su control” (Entrevista con Marisa, febrero de 2016). De este modo, las “salitas” o Centro de atención primaria de salud (CAPS) aparecen como un espacio de mayor interacción y seguimiento con las mujeres.

Los centros periféricos [Centros de atención primaria de salud] tienen otra visión de la medicina. Hacen mucha atención primaria de salud. Hay gente trabajadoras en terreno [trabajadoras comunitarias de salud en terreno], que sin ser médicos son personas que

salen al terreno y evalúan todas las condiciones sociales, los servicios que tienen las casas, las condiciones en las que viven. Y estos agentes sanitarios, profesionales que pertenecen al equipo de salud, que tampoco son médicos, pero ellos hacen el seguimiento [...]. Pero porque es otra visión de la medicina. Nosotros hacemos un nivel de atención tres. Hacemos la urgencia, hacemos los partos, hacemos la parte que no hacen en los periféricos [Centros de atención primaria de salud]. Y no tenemos, como obstetras, no tenemos la formación ni la visión de hacer trabajo en el terreno (Entrevista con Esteban, diciembre de 2015).

De este modo, a través de referencias y el ingreso que había tenido en este servicio, decidí acercarme a dos Centros de atención primaria de salud emplazados en barrios donde existen el mayor número de migrantes según efectores de salud, el CAPS del Barrio 30 de Octubre y el del Barrio San Cayetano.

1.2 “Cuesta que vengan”

Cada uno de los Centros de Atención Primaria de Salud (CAPS) cuenta con un coordinador general. A partir de mi vínculo con ellos, pude adentrarme en las dinámicas de trabajo institucional. Julio, coordinador del San Cayetano, es médico especialista en ginecología de aproximadamente 60 años, nacido en Corrientes quien migró en el año 2015 para trabajar en Comodoro Rivadavia. Tiene un aspecto serio, cabello blanco y una tonada con la cual se lo identifica fácilmente como correntino. Migró con su pareja, médica pediatra, por una decisión personal de “cambiar de vida”. Llegó a la ciudad con el cargo en el CAPS y solicitó trabajar en atención primaria de la salud, ya que el trabajo le parece más tranquilo y personalizado. Además de la coordinación general del CAPS, en su tarea cotidiana realiza controles de embarazos, patologías ginecológicas y atiende emergencias.

En uno de los primeros encuentros con Julio comenta: “Tenemos mucha población boliviana, nuevas con el documento boliviano todavía, viejas ya con el DNI argentino y aquellos intermedios que son hijos de bolivianos con toda la cultura boliviana, pero ya con el DNI argentino por haber nacido aquí” (Entrevista con Julio, febrero de 2016). Así, establece una categorización de lo boliviano como algo cultural más allá de la administración legal-estatal, donde el haber nacido en Argentina parece no tener consecuencia en el modo en que se interpela a las personas por su lugar de nacimiento.

En relación con las dificultades en la comunicación, Julio explica: “Por ahí yo les vuelvo a preguntar si entendieron, me dicen que sí, pero cuando van allá [señalando la sala de enfermería] por alguna vacuna o algún inyectable preguntan otra vez a la enfermera... A lo mejor qué sé yo... Se intimidan un poco”. En este sentido, Julio ensaya algunas posibilidades para comprender el silencio de las mujeres: “Lo que he observado acá es que hay colegas que parecen que son de hablar muy poco, son muy cortantes. Entonces ellas es como que ya se frenan, ¿entendés? No son abiertos como para que ellas se puedan explayar” (Entrevista con Julio, febrero de 2016).

Miguel, coordinador del CAPS 30 de Octubre, es médico generalista. Tiene aproximadamente 35 años, es nacido en la ciudad y realizó su formación en Buenos Aires. Ingresó al hospital a través de una residencia y a la institución a través de una formación del Programa Nacional Médicos Comunitarios. Es de tez blanca, pelo oscuro, contextura delgada y estatura media. Es de carácter tranquilo, reservado y conciliador ante los problemas. Este expone que la mayor parte de la población que accede al centro de salud son migrantes y que uno de los problemas es el idioma, ya que “hay muchas palabras que no entienden”. Por su formación y la cantidad de años en la institución, expone que está acostumbrado a trabajar en conjunto con trabajadoras comunitarias, lo que le facilita la comunicación. El único inconveniente grave que reconoce es la anticoncepción. “Con el tema de la anticoncepción es un tema. Ahí va la parte cultural. Los bolivianos son muy machistas y se nota, el hecho de que solo se cuide la mujer o que no quieren que las mujeres se cuiden” (Entrevista con Miguel, julio de 2016).

En línea con la percepción de Miguel, cuando Julio manifiesta la falta de control de natalidad de las mujeres migrantes expone:

Yo creo que es una cuestión de dejadez de ellas. Sí, de tranquilidad o de comodidad. Está lo otro también. Es que el boliviano es muy machista, no quiere que su mujer se cuide, quiere que vengan todos los hijos que vengan. Hay algunas que se colocaron un DIU a escondidas del marido y hay otras que se aplican la inyección mensual, porque ellas vienen se aplican y no queda rastro. Entonces me dicen: “yo no puedo tomar pastillas porque me va a ver mi marido” (Entrevista con Julio, febrero de 2016).

Esteban también comprende a esto como un problema cultural “[...] volviendo a las pautas culturales, se embarazan al poquito tiempo de haber tenido el primer hijo y no usan método anticonceptivo” (Entrevista con Esteban, diciembre de 2015). En otra charla con una autoridad del sistema de salud, médico generalista, también expone que

“hay mujeres que se dejan estar, ya que les fue bien con otros partos” (Charla con Rubén, 2017). Estas interpretaciones sobre la falta de utilización de métodos anticonceptivos, que se repiten en la interacción con profesionales, son leídas como una carencia en el interés del cuidado del cuerpo, su salud, por su cultura o la sociedad machista en la que viven las mujeres. En este sentido, Julio explica:

Algunas requieren un cuidado de anticoncepción, porque dejan todos los hijos que vienen, por una cuestión de cultura o algo que no vienen a consultarnos. Entonces, por un asesoramiento de las trabajadoras comunitarias se vienen acá, para que nosotros les demos algún anticonceptivo, para el cuidado (Entrevista con Julio, Febrero de 2016).

Una de las médicas especialistas en pediatría que trabaja en el CAPS San Cayetano comenta que la población migrante con la que trabajan es de riesgo. “Algunas son de riesgo, que nos complican. De riesgo social, de riesgo materno... Cuesta que vengan, cuesta que los traigan [a los niños]” (Entrevista con Claudia, julio de 2016). Asimismo, Claudia enfatiza las dificultades en la comunicación: “Hay algunos que no te entienden el idioma. No sé si es el idioma, o se hacen... Que cuesta entenderlos, que son como quizás los de más bajos recursos, dentro de los bolivianos como lo más bajo” (Entrevista con Claudia, julio de 2016). En estos relatos aparecen algunas categorías vinculadas con diferentes tipos de migrantes, relacionadas con el riesgo, la responsabilidad como madres y los desentendimientos.

Son de tener muchos hijos. Hay algunas bolivianas que no vienen nunca y hacen lo que quieren... Esos casos los trabajamos con las chicas [trabajadoras comunitarias de salud en terreno], son las que van a domicilio. Las visitan, se fijan la libreta las veces que tienen que traer a control a los chicos (Entrevista con Claudia, julio de 2016).

A partir de mi ingreso al CAPS y una charla previa con Julio, este me presenta a las dos empleadas administrativas de la institución, Mónica y Laura. Mónica lleva 5 años trabajando en el CAPS y Laura ingreso en el 2015. Ambas son nacidas en Comodoro, tienen aproximadamente 40 años y su función en la institución es la gestión administrativa, de historias clínicas y turnos. Estas identifican como “el problema más grande” la realización del PAP⁸ en las mujeres bolivianas. “Cuesta que vengan y cuando vienen se intimidan, son muy sumisas y no quieren hacerse el PAP” explica Mónica, a lo que Laura agrega: “yo creo que es por el marido, que no quiere que la vea otro hombre, son muy machistas”. Allí también identifican la importancia de las trabajadoras comunitarias “para hacer que vengan” (Charla con Mónica y Laura, julio de 2016).

⁸ El PAP o Prueba de Papanicolau es un examen médico citológico de cuello uterino.

Las trabajadoras comunitarias de salud en terreno aparecen en diferentes relatos como quienes solucionan los conflictos que genera el desentendimiento con las mujeres migrantes o las encargadas de hacer que estas mujeres asistan a las instituciones de salud y adquieran las prácticas de cuidado esperables sobre la anticoncepción, los cuidados gineco-obstétricos y pediátricos. En los siguientes capítulos nos detenemos en el análisis de la tarea de trabajadoras comunitarias de salud en terreno, como una figura central en la Atención Primaria de Salud, instituida en la política sanitaria de la provincia de Chubut a partir del año 2006.

1.2.1 “De a poquito hemos logrado que se cuiden”

En diálogo con tres de las trabajadoras comunitarias de salud del San Cayetano, una de ellas comenta: “lo que nosotros notamos es que la comunidad boliviana es muy muy cerrada y a la vez machista, muy machista”, en relación con la dificultad para lograr que las mujeres migrantes utilicen métodos anticonceptivos. “La pelea de nosotros es la de anticonceptivos”, explica Diana, una de las trabajadoras, con una metáfora que hace referencia a una disputa, una batalla. Exponen que son los varones los que no se quieren cuidar, ni dejan que las mujeres utilicen métodos anticonceptivos. “Para los bolivianos si la mujer se queda embarazada es culpa de ella. El hombre no deja cuidar ni se quiere cuidar. Y si la mujer se está cuidando es porque está con otro”. Al respecto, comentan:

Por más que tengan diez chicos, ellas prefieren por ahí no cuidarse [explica Graciela mientras se ríen]. Pero se respeta esto de que no se quieran cuidar. Hay que respetar mucho a la mujer. Pero bueno de a poquito estamos logrando de que se cuiden. Esto del boca en boca ayuda (Entrevista con Diana, Susana y Graciela, enero de 2016).

Las trabajadoras comunitarias atribuyen por momentos la falta de utilización de métodos anticonceptivos al control que ejercen los varones sobre las mujeres migrantes y por otro lado a las decisiones de las mujeres, vivenciando como un logro el hecho de que cada vez más mujeres “se cuiden”, en algunos casos generando estrategias para que esto suceda. Susana comenta: “lo que más se utiliza, lo que son los inyectables. Es como más secretito. Se colocan a escondidas del marido. Estas son por ahí las estrategias que uno trata de buscar para que se cuiden” (Entrevista con Diana, Susana y Graciela, enero de 2016).

En la relación con el otro grupo de trabajadoras comunitarias, que cumplen funciones en el 30 de Octubre, se evidencian otras miradas sobre los grupos migrantes, que complejizan las perspectivas estereotipadas que predominan. Sin embargo, hablan de un “avance en las mujeres”, particularmente cuando dan cuenta de relaciones machistas o de violencia, valorando su rol de “acompañamiento a las mujeres” (Carolina, Eva y Juana, julio de 2016). En esta línea, una de las enfermeras más grandes del equipo, de unos 60 años, que trabaja desde que se abrió el CAPS 30 de Octubre en el año 2005, explica:

Los fuimos despachando a los maridos [mientras se ríe]. Los primeros tiempos venían y el marido te hablaba, la mujer quedaba sumisa, callada. Nosotros los fuimos sacando, de a poquito al hombre. Nosotros le decíamos —se va afuera y queda la mujer—. Entonces les empezamos a hablar a las mujeres. Yo que estoy más años acá, las bolivianas están más libres acá. Para mí los bolivianos son machistas. Ahora es como que se han liberado. Ahora ya vienen solas (Entrevista con Ramona, julio de 2016).

Existe una idea de “liberación de las mujeres”, “empoderamiento” y “avance” a través del logro de prácticas de cuidado autónomas sobre su salud, la utilización de métodos anticonceptivos y en algunos casos a partir de la ruptura de algunos vínculos interpretados como violentos. Cuando Eva, una de las trabajadoras comunitarias, realiza una comparación con las mujeres migrantes del San Cayetano que “no se cuidan”, ella expone: “acá [en el 30 de Octubre] no es tanto. Se ve un avance en las mujeres”. En esta misma línea, Carolina argumenta:

Hemos empoderado. Vos ves que la mujer acá es como que solita se van dando cuenta de cosas, ¿entendés? Situaciones que no están bien, cuando han vivido siempre de esa misma manera. Por ejemplo, mujer muy para adentro, el no poder decir, el no poder elegir como disponer acerca de tu cuerpo ¿no? Pasa mucho eso. Está bien, por ahí no se lo dicen al hombre, porque por ahí sería terminar en golpes o maltrato físico, pero lo hacen a escondidas. Vienen con los nenes, como tienen que traerlos a los controles. Aprovechan a ponerse o el inyectable o buscar las pastillas o ya programar para un DIU (Entrevista con Carolina, Eva y Juana, julio de 2016).

Eva agrega que esto se da por el trabajo a lo largo del tiempo y establece una diferencia generacional dentro de las mujeres migrantes. “Igual son familias con las que ya venimos trabajando hace bastante, entonces hay confianza. En general los más jóvenes son los que más dialogan”.

1.2.2 “Lo bueno de las bolivianas”

Por otro lado, existen algunas ideas vinculadas con lo positivo de las mujeres migrantes, que tienden a resaltar efectores de salud. Susana, trabajadora comunitaria,

explicaba: “lo que tienen de bueno las bolivianas es la lactancia materna [...]. Ellas todo el tiempo con la teta, que es lo mejor, ¿viste? Y ellas al pie del cañón eso. La tienen re clara con eso” (Charla con Diana, Susana y Graciela, enero de 2016). La lactancia materna sería uno de los únicos ámbitos donde no se presentan inconvenientes, ya que emerge como una práctica deseable y objeto de promoción.

Las bolivianas tienen muy buen instinto de dar la teta. Vos ves que agarran a su bebé y enseguida agarran. Es su primer hijito capaz, vos no sabes cómo hacen, porque vos no le explicaste nada. Bueno, pero eso ¿qué es?, es cultural. Ellas lo ven todo el tiempo. Todos sus hijos, todos sus familiares ven que dan la teta, porque es lo más sano, evitás un montón de enfermedades (Entrevista con Marisa, febrero de 2016).

Aquí aparece la lactancia materna como una capacidad instintiva de las migrantes, a la vez ligada a “lo cultural”. En este sentido podría pensarse que existe una idea de estas mujeres como cercanas a lo instintivo, lo primitivo, lo natural, sin estar necesariamente contrapuesto a lo cultural. En una charla con un grupo de enfermeras del 30 de Octubre una de ellas comenta que “una característica fundamental de la madre boliviana es la lactancia materna. Son una población que jamás las vas a ver con la mamadera en la mano, es lactancia exclusiva” (Charla con Jimena, julio de 2016). Asimismo, la lactancia materna aparece como algo a explicar por parte de profesionales, un saber que poseen y pueden transmitir, que en algunos casos puede ser instintivo. “La lactancia es muy compleja [...]. No saben. Vos pensá que son dos personas que no saben hacer algo” explica Marisa. De este modo, observamos algunos modos a través de los cuales el saber biomédico busca imponerse desde el campo de la obstetricia y la puericultura, como ciencias que se apropian de los procesos reproductivos y de cuidados, en lo que Nari (2004) denomina “vigilancia médica autorizada”, como un proceso de medicalización desarrollado desde fines del siglo XIX, como veremos en el siguiente capítulo.

En estos primeros acercamientos a las instituciones y en el diálogo con los equipos de trabajadoras comunitarias de ambos centros de salud comencé a observar una diferencia en el discurso sobre las migrantes, que tiende a focalizarse sobre las prácticas “de riesgo y no cuidado”. Así, como se destaca el amamantamiento, las trabajadoras comunitarias resaltan otras prácticas dando cuenta de su asombro, por ejemplo, cuando hablan del porteo de niños en awayo.

Diana: —Son re cancheras. Vos llegas a una casa y tienen al bebe atrás y hacen cosas...

Susana: —Cuando recién llegó la comunidad boliviana nos llamaba mucho la atención, como ellos a nosotros, ¿viste? Nos empezamos a indagar mutuamente. Nosotras cuando los veíamos así, con la manta atrás, le decía: “mamá ¿no lo estas apretando, no lo estas asfixiando?”, “No —me dice— si va bien”.

Diana: —No. Re prácticas ellas.

Susana: —Ahí nos empezamos a interiorizar en su cultura, sus festejos... Así que ahí nos fuimos conociendo mutuamente.

(Entrevista con Diana, Susana y Graciela, enero de 2016).

En esta charla con trabajadoras comunitarias, Susana reconoce una distinción nosotros/ellos, instalando una relación curiosidad y conocimiento mutuo ante la diferencia. Además de distinguir el “no cuidado” por parte de las mujeres migrantes, resaltan la importancia de interiorizarse en algunas prácticas que resultan llamativas para las trabajadoras comunitarias, como el porteo y la celebración de eventos, que como veremos en el capítulo cuatro cobran relevancia en el espacio urbano comodoreño. Por otro lado, destacan las relaciones dentro de la población migrante. Carolina explica “es población muy joven que vienen con el ideal de mejorar calidad de vida y son como pequeñas comunidades dentro de comunidades”. En este sentido, Eva dice:

Ellos son como muy unidos. Vos ves que una familia esta con un pedazo de tierra que agarró, levanta casa y ya trae a un primo, tío, sobrino, ahijado. Todo el tiempo vos ves eso, de que todos son familia. Y se cuidan un montón, entre ellos se cuidan un montón, por ejemplo vienen unos novios que recién llegan, juntan plata entre todos y se compran un pedazo de tierra. Se ve mucho eso de que se prestan plata, la plata va y viene para ellos. Se ayudan mutuamente (Entrevista con Carolina, Eva y Juana, julio de 2016).

Las concepciones de algunas trabajadoras comunitarias, en este sentido, tienden a complejizar la mirada estereotipada sobre las mujeres migrantes. La coordinadora general de todos los equipos de trabajadoras comunitarias de la ciudad, quien trabaja en el sistema de salud desde 1989, comenta que existe una diferencia sustancial entre los primeros migrantes provenientes de Bolivia y los actuales. Expone que antes era más difícil el acercamiento al sistema de salud, “actualmente es diferente, aprovechan más las posibilidades de educación y salud”, aunque acentúa que existen muchas diferencias culturales, comentando la importancia de “escuchar al otro y poder negociar, ya que cuesta mucho que las mujeres se cuiden” (Charla con Viviana, enero de 2017).

Podríamos afirmar que mientras más alejados se encuentran los efectores de salud de la cotidianidad de las migrantes, existirían concepciones reduccionistas de esta población que tienden a homogeneizar sus prácticas y pensar sus dificultades vinculadas

con su cultura y el riesgo. De este modo, será importante conocer los vínculos con las mujeres y el modo particular en que estos discursos permean las prácticas cotidianas de las políticas públicas en salud.

1.3 Lo cultural

Existe un discurso dominante por parte de efectores en las instituciones de salud sobre las dificultades de las mujeres migrantes que son explicadas por “la cultura”, basadas en una interpretación de esta sustancializada, al decir de Appadurai (2001), como un conjunto de actitudes, valores y comportamientos. En este sentido, existe una perspectiva que tiende a homogeneizar el comportamiento de migrantes según su grupo social de pertenencia, bajo el denominador común de “lo boliviano”, reflejo de un conjunto de rasgos, donde la identidad se presenta esencializada bajo lo nacional (Briones, 2005). Esto se vincula con lo que Grimson (2011) explica a través de la metáfora del “archipiélago”, como una perspectiva objetivista de las culturas, como espacios y tiempos cerrados y homogéneos al interior de sus fronteras, del cual se desprenden concepciones substancialistas de los grupos y sus identidades.

En diferentes contextos se ha evidenciado la excesiva dependencia de las explicaciones culturales para los resultados de salud de grupos migrantes (Meñaca, 2007; Viruell-Fuentes, Miranda y Abdulrahim, 2012). Se ha dado cuenta de la cultura como “barrera para el acceso” a la salud o se han utilizado términos como el de “aculturación” para estudiar el impacto en la salud de migrantes (Lara et al., 2005; Engelman, 2007). Estas nociones remiten a los aportes fundacionales de la antropología de la salud que durante principios del siglo XX sostuvo, en muchos casos, como objeto la aplicabilidad de programas de intervención biomédica en poblaciones indígenas y campesinas (Campos-Navarro, 2010).

Para el caso de la migración boliviana en Argentina diferentes trabajos han dado cuenta de las dimensiones representacionales de efectores de salud, donde predominan procesos de inferiorización, apreciaciones racistas, así como sentimientos de frustración por no saber cómo actuar ante prácticas consideradas como “peligrosas”,

particularmente en embarazos y partos, donde predominan “sistemas de creencias y prácticas culturales” (Jelin, Grimson y Zamberlin, 2006; Abel y Caggiano, 2007; Mombello, 2006; Cerruti, 2010; Aizenberg, Rodríguez y Carbonetti, 2015).

Como expone Meñaca (2007), se ha tendido a construir entre profesionales de la salud, y muchas veces en complicidad con la antropología, un concepto estático, unificador y esencialista de cultura. Así, se establecen las diferencias, se remarcan aquellas cuestiones negativas que estarían obstaculizando el vínculo médico-paciente o subyacen concepciones de cultura exotizada (Meñaca, 2004). Estas nociones de pertenencia, en el contexto de estudio, tienden a asociarse con una serie de factores que dan cuenta de diferentes categorías de clasificación y desigualdad que los interlocutores explican a través de la culturización de migrantes. Las percepciones están permeadas por una idea de la cultura ligada a su adscripción nacional, étnica, de clase social y generacional a través de la cual se interpretan todas sus prácticas de cuidado sobre la salud y el modo de ser mujeres y madres. De esta forma, los múltiples sistemas de desigualdades estructuran una concepción que ubica a estas mujeres en un espacio de alteridad a través del cual los efectores, mientras resaltan algunos atributos positivos y deseables para la perspectiva biomédica, atribuyen los fracasos a los grupos migrantes justificando su intervención.

Se interpela a las mujeres, focalizando particularmente el seguimiento de patologías gineco-obstétricas, el control de la natalidad, la anticoncepción ligada al cuerpo de las mujeres y su rol de madres ligada con el cuidado de sus hijos/hijas. En este caso, la interpretación generizada que realizan los equipos de salud sobre el cuerpo de las mujeres se encuentra atravesada por un sistema de valores y categorías que determina una estructura representacional, por parte de los y las profesionales, y organizacional, a nivel de política pública. Es así que el riesgo ligado al (no) cuidado de las mujeres migrantes se presenta permeado por una lectura etnicizada detrás de la categoría de adscripción nacional, en tanto subyace una concepción de “la cultura de las mujeres” apacible de ser modificada. Esto se imbrica con una concepción acerca del modo de ser madres, hipervisibilizando a las mujeres en “edad reproductiva”, así como se encuentra atravesado por la pertenencia de clase social, en tanto algunos profesionales realizan comparaciones con otras mujeres con las que trabajan en el sector privado, realizando distinciones de riesgo según condiciones socioeconómicas.

Como afirma Grimson (2011) las identificaciones nacionales son el resultado de procesos históricos y políticos contingentes y sedimentados que configuran dispositivos culturales. La presencia de migrantes en los espacios públicos interpela el “orden nacional” (Sayad, 2008), donde “lo boliviano” —no nacional y un “nosotros” — argentino, nacional—, como se expuso en el apartado introductorio, van conformando a través de las “formaciones de alteridad” criterios de clasificación, donde el Estado-nación extiende su soberanía. En algunos discursos, las mujeres aparecen como quienes usufrutuan los beneficios de programas de asistencia social en contraste con el escaso interés por el control médico de embarazos, deseables para efectores de salud.

Lo nacional se presenta etnicizado en tanto se fundamentan diferencias culturales y en algunos casos biológicas sobre las mujeres migrantes provenientes de Bolivia. Siguiendo a Briones (2002, 2005), la raza y la etnicidad se presentan como categorías de análisis que nos permiten dar cuenta de formas diferenciales de marcación social de la alteridad que se sustentan en la demarcación/invisibilización y producen categorías de identificación, clasificación y pertenencia, administrando jerarquías y regulando condiciones de existencia. En palabras de Julio, la bolivianidad parece no estar dada por el lugar de nacimiento sino por la pertenencia al grupo, donde el orden nacional no se trastoca en el caso de personas que aunque nacen en Argentina seguirían siendo bolivianos. En este sentido, lo boliviano se define por una serie de características principalmente ligadas a la cultura.

En el diálogo con efectores de salud, se evidencia lo que Esteban (2006) denomina una “naturalización social de las mujeres”: existe una percepción esencialista y biologicista, binaria y heterosexual del cuerpo humano atravesado particularmente por discursos sobre la reproducción y la maternidad. La ciencia médica ha construido históricamente una tendencia hacia el determinismo biológico, construyendo a las mujeres en términos de un papel materno esencial (Hawkesworth, 1997). Así, el género, como categoría de análisis relacional y constitutivo de relaciones de poder que interpretan y explican diferencias biológicas construyendo espacios de lo masculino y lo femenino (Esteban, 2006), para el caso en estudio, atravesado por un sistema de valores definido por la medicina y la política pública, es necesario que sea entendido en el conjunto de opresiones que se entrelazan y son co-constitutivas (Lugones, 2005, 2008).

Por otro lado, existen algunas percepciones por parte de efectores de salud sobre la cultura de las migrantes vinculadas al “machismo” y las relaciones de opresión que tienden a construir a las mujeres como víctimas. En este sentido, se evidencia una perspectiva tutelar sobre las migrantes, quienes deben ser acompañadas o “empoderadas” para poder “avanzar”. Estos discursos instruidos en algunas perspectivas de género, que como veremos se repiten en este trabajo y tienen correlatos en el vínculo con las mujeres, remiten a un mandato civilizatorio donde se construye un ideal de mujer empoderada en contraposición al atraso de “su cultura”, que se presenta como algo arcaico. Podrían articularse estos discursos de la modernidad, civilizatorios del género, en los debates feministas sobre la construcción de la mujer como universal (Barrios de Chungara, 1977; De Lauretis, 1989; Butler, 2007), donde se instala una agenda de proyecto político que no es sensible a las identidades diversas que no se inscriben en el modelo de mujer blanca, de clase media, entre otras particularidades que instalan una hegemonía de representación.

La clase social se presenta como una categoría que define el lugar de las migrantes para efectores de salud, según capital cultural, simbólico y económico (Bourdieu, 1994), cuando realizan distinciones vinculadas al nivel de instrucción educativo y comparaciones con otro tipo de pacientes del sector privado. Asimismo, el riesgo está ligado siempre, como veremos, a las condiciones materiales de vivienda. Como expone Rubén, médico referente de la política sanitaria en la ciudad: “La migración es un problema. Principalmente esto traen aparejados problemas sanitarios, por las condiciones en las que viven”, reconociendo que existe una “mala organización de políticas habitacionales” (Charla con Rubén, 2017). De este modo, la clase social y las condiciones materiales de las viviendas en la ciudad, ligadas principalmente a la migración se presentan como una de las formas que constituyen la perspectiva sobre “las bolivianas” por parte de efectores y efectoras de salud.

Cuando se habla de “las bolivianas” en este contexto se hace referencia a una categoría en la que se intersectan diferentes variables que construyen a estas mujeres desde un espacio definido por lo nacional, la salud pública y una forma particular de construir alteridades. Aquí se evidencian el modo en que se configuran identidades que, al decir de Hall (2003), se presentan como efectos de poder en el marco de contextos, relaciones sociales y formaciones discursivas específicas, donde se intersectan

diferentes formas de desigualdad. Así, como evidenciamos en otros trabajos (Baeza, Aizenberg y Barria Oyarzo, 2019), en este contexto predomina una visión culturalista y esencialista que caracteriza la mirada estereotipada de los equipos sanitarios en torno a las mujeres migrantes, la cual invisibiliza las condiciones estructurales de desigualdad social. En su trabajo en la ciudad de Potosí, Ramírez Hita (2010), da cuenta del modo en que efectores de salud desde una perspectiva biomédica enfatizan los aspectos culturales como los que provocan “los riesgos” sobre la salud. Así para el personal sanitario el fracaso de los programas culpabilizando a la cultura de las personas, por “son sus creencias” (Ramírez Hita, 2010).

Como se expuso, en este caso la perspectiva de efectores de salud depende de su formación, la generación, la clase social de pertenencia, así como del vínculo que construyen con los distintos grupos migrantes. Podría pensarse que las trabajadoras comunitarias y enfermeras comparten algunos espacios de cotidianidad con las migrantes, en los que construyen, en general, una perspectiva que tiende a complejizar la mirada homogeneizante y sustancializada, sosteniendo en algunos casos otra lectura de la problemática definida. Sin embargo, existe un discurso hegemónico sobre “el problema de las migrantes”. En este sentido, la noción de configuraciones culturales⁹ (Grimson, 2011) nos permite comprender el modo en que efectores de salud construyen sus identificaciones y a sus alteridades en un espacio de tramas simbólicas compartidas, relaciones de poder y una historicidad, que, como iremos desentrañando en este trabajo, adquiere características particulares en la configuración de la política sanitaria.

1.4 El cuidado, una categoría nativa y analítica

⁹ La noción de “configuraciones culturales”, acuñada por Grimson (2011), recupera aportes clásicos de Norbert Elías (1982), donde la idea de “configuración” refiere a un entramado de acciones de un grupo de individuos interdependientes. Esta noción permite pensar a la cultura en términos del “intersubjetivismo configuracional”, que emerge como posición que da cuenta del carácter “ontológicamente subjetivo y epistemológicamente objetivo” de las prácticas sociales. Así, se propone comprender las categorías identitarias construidas socialmente con consecuencias concretas en la vida de las personas desacopladas ya de “la cultura”, entendida en términos homogéneos, planteando una noción de cultura constituida por tramas simbólicas, elementos vinculados a las relaciones de poder, la heterogeneidad, la historicidad y una contextualidad radical (Grimson, 2011). Estas posiciones se nutren principalmente de los aportes de lecturas gramscianas, los estudios culturales británicos, del colonialismo y la antropología latinoamericana.

Como venimos describiendo, existe un discurso sobre el “no cuidado” de las mujeres migrantes vinculado particularmente con la falta de controles médicos gineco-obstétricos, pediátricos y sobre la no utilización de métodos anticonceptivos que se entronca con la concepción culturizada de estas. En estas problemáticas, las trabajadoras comunitarias cumplirían en los equipos de salud un rol importante como mediadoras a través de las cuales se podrían lograr las prácticas de cuidado esperables para las mujeres. En este sentido, se hace necesario comprender el cuidado como una categoría a través de la que se articulan diferentes discursos y prácticas que conciben a la migración y, particularmente, a las mujeres provenientes de Bolivia como un problema para diferentes efectores del sistema de salud.

Entiendo a los procesos de cuidado como un complejo en el que intervienen saberes expertos y legos, redes sociales, tecnologías, políticas, sistemas de atención, instituciones, tradiciones, tareas, acciones y cuerpos, y que se encuentra orientado tanto a promover y/o mantener el bienestar y la salud como a aliviar el dolor y el sufrimiento (Epele, 2012). En palabras de Esquivel, Jelin y Faur (2012), el cuidado de las personas es el nudo central del bienestar humano y sus lógicas responden a patrones sociales y culturales de relaciones entre géneros y entre clases sociales. Estas categorías analíticas amplias nos permitirán ir desentrañando las particularidades que adquiere el cuidado de la salud en este contexto, tanto para la gestión de la política pública como para las mujeres migrantes en sus trayectorias, dando cuenta de cómo se definen los cuidados, sus criterios y estándares.

En palabras de Fisher y Tronto, el cuidado es una “actividad genérica que comprende todo lo que hacemos para mantener, perpetuar, reparar nuestro ‘mundo’ de manera que podamos vivir en él lo mejor posible” (1990: 40), explicando que este mundo es el propio cuerpo, nosotros mismos, nuestro entorno y los elementos que buscamos enlazar en una red compleja de “apoyo a la vida”.

Las tareas de cuidado son siempre particulares, socialmente construidas, por lo cual hay una gran diversidad en las formas de cuidar y de distribuir el trabajo de cuidados. En este sentido, diferentes perspectivas han dado cuenta de la distribución social del cuidado, que tiende a responsabilizar a las mujeres sobre este en el ámbito familiar, vinculadas particularmente con su naturaleza, sus dimensiones morales y afectivas (Comas d’Argemir, 2014). Particularmente, la asociación entre la biología con

la capacidad de cuidar se fundamenta en la idea de que el papel de las mujeres en la reproducción de la vida y en las primeras etapas de la crianza les dota de un instinto y capacidad especial para ocuparse de los cuidados (Ortner y Whitehead, 1981; Comas d'Argemir, 2014).

En este contexto, las perspectivas sobre el cuidado se imbrican con las formas simbólicas que adquiere la figura de la madre en la historia de nuestra región, en relación con una ideología familista de impronta judeocristiana que, junto con la familia nuclear como modelo cultural, exalta la virtud femenina como cuidadora (Flores Ángeles y Tena Guerrero, 2014), como veremos en el próximo capítulo, en vinculación con la letra de las políticas públicas en salud. Así, como expone Jelin (2010), se configuran estrategias familiares de cuidado, en las que la consanguinidad y el parentesco se asumen como criterios fundamentales para la responsabilidad y la obligación hacia otras personas.

En las sociedades occidentales, el cuidado ha tendido a vincularse a las mujeres, en contraposición a la producción de mercancía como una actividad masculina. Esto ha sido producto de una determinada división del trabajo que se consagra con el desarrollo del capitalismo y la separación entre familia y trabajo (Comas d'Argemir, 2014). A partir de las críticas feministas al pensamiento económico en la década de los años '70 comenzó a discutirse la distribución social del cuidado, visibilizando el trabajo doméstico y la relación entre los procesos sociales de producción y reproducción (Esquivel, Jelin y Faur, 2012).

El cuidado, como categoría de efectores de salud, se encuentra ligado con la concepción de riesgo, que en palabras de Lorenzetti (2012) se constituye en la distinción de comportamientos inadecuados que tienen como fin modificar "estilos de vida" según determinadas normas y valores sociales de referencia. Menéndez (1998) expone que el riesgo siempre se encuentra bajo responsabilidad del sujeto, de quien dependen sus condiciones de existencia, intentando así dirigir la conducta de las personas a modos prefijados. Así, el riesgo establece conexiones de causalidad entre eventos, comportamientos y sus posibles efectos indeseables, planteando prioridades en el diseño de las políticas sociales (Renn, 1992; Lurbe I Puerto, 2010).

En su trabajo etnográfico Pozzio (2011) da cuenta del modo particular en que las políticas públicas en salud delimitan problemas y definen “población-objetivo”, clasificando y ordenando el mundo. A pesar de ello, la autora afirma que es a través de la labor cotidiano, que agentes estatales actualizan, disputan y reinterpretan sentidos que hacen inteligibles sus prácticas, conformando así los rasgos que efectivamente adquiere la implementación de las políticas públicas. En este caso, los múltiples sistemas de desigualdad estructuran un discurso que ubica a las mujeres migrantes en un espacio de alteridad a través del cual los y las profesionales se explican las dificultades en la interacción con ellas y sus problemas en relación a la salud, justificando la intervención y el seguimiento sobre estas y sus pautas de cuidado. Así, como expone Comas d’Argemir (2014), el lenguaje técnico-político refuerza y recrea las construcciones culturales acerca del reparto de cuidados. En este contexto, habrá que distinguir el cuidado en tanto categoría de los propios actores intervinientes, los efectos de esta en sus prácticas, así como el cuidado en tanto categoría analítica y el modo en que se produce en las interacciones en el sistema de salud.

1.5 Un problema sanitario

En su investigación sobre migrantes sudamericanos en el sistema de salud chileno, Liberona Concha (2012) expone que la construcción de un “grupo de riesgo” justifica un trato diferencial, donde la percepción del otro, como un mal paciente, como víctima o propagador de enfermedades contagiosas, se vincula directamente con su etnicización. En el caso presentado, estas apreciaciones se vinculan con una serie de comportamientos indeseados según las pautas de cuidados de referencia. En esta línea, Aizenberg y Maure (2017) —en su estudio sobre proveedores de salud en la provincia de Mendoza, Argentina— sugieren la existencia de supuestos sobre los que se construye el “riesgo” epidemiológico que tiene como foco a mujeres migrantes, lo cual implica prácticas de disciplinamiento y control orientadas a encauzar a estas mujeres en un determinado tipo de paciente y de mujer desde un triple sesgo de género, étnico-racial y de clase.

En este contexto, se conforma una problemática sanitaria que podría comprenderse como una economía moral sobre las formas de cuidado de la salud, particularmente de migrantes. Fassin (2009, 2015) entiende a la “economía moral” como la producción, circulación y apropiación de normas y obligaciones, valores y afectos relativos a la construcción de un problema específico en un tiempo y espacio determinados.

En diálogo con diferentes efectores son tematizadas las formas de cuidados de la salud de mujeres migrantes sobre sí mismas y sus hijos. Las características del no cuidado y el riesgo dependen de la estructura social, en la que se ponen de relieve las distancias con los valores del grupo de referencia. Así, la construcción de las migrantes provenientes de Bolivia y sus formas de cuidado como un problema sanitario se encuentra atravesada por una perspectiva que tiende a culturizar la diferencia y velar una lectura en la que se intersectan concepciones sobre el género, la clase social, la raza, la etnicidad, la nacionalidad y la generación. En consecuencia, se identifica una configuración cultural en la que participan efectores de salud donde, si bien existen diferencias, predomina una problemática que debe ser interpretada y abordada.

En la práctica cotidiana de los y las agentes del sistema de salud se da una hipervisibilización de las mujeres migrantes provenientes de Bolivia, quienes no se adscriben a las pautas esperables de cuidado de sí y de otros, en tanto mujeres y madres. Esto coexiste con lógicas restrictivas de derechos para migrantes que, como se expuso, están vinculadas con discursos en medios de comunicación y círculos de decisión de política pública. De este modo, en los próximos capítulos caracterizaremos la política sanitaria, el sistema público de salud en la ciudad de Comodoro Rivadavia y los efectos que la economía moral sobre las formas de cuidado de la salud de mujeres migrantes tiene en la gestión de la política pública.

CAPÍTULO II

Políticas sanitarias y sistema público de salud. “Acá hay más caciques que indios”

Cuando conocí a Julio, médico coordinador del Centro de Salud San Cayetano, intentó hacerme conocer la organización del sistema público de salud a través de un dicho popular: “acá hay más caciques que indios”. Seguido a ello, pasó a contarme cómo se conformaba el organigrama institucional del cual depende el centro de salud. A través de esta frase, por analogía, hacía referencia a la extrema jerarquización de la gestión de la política sanitaria en la provincia, donde habría muchas personas al mando y pocas que hacen el trabajo. Al mismo tiempo, esta frase me motivó a reflexionar sobre su metáfora que remite, en una lectura de desplazamiento de sentido, a una perspectiva colonial de lo “indio” y su organización “arcaica” para describir el sistema de salud, enunciada por un médico pronto a retirarse que migró hace pocos años a la ciudad desde una provincia del norte de Argentina. Estas nociones de lo “atrasado” en términos de organización político-administrativa son una constante en la conformación de la política sanitaria y del Estado-nación en Comodoro Rivadavia y sus organizaciones jurídico-administrativas. En este capítulo busco dar cuenta de la tematización de la salud como bien público en perspectiva histórica a nivel nacional y local, en la conformación de un sistema de alta complejidad que da forma a la intervención, en diferentes niveles, de efectores de salud y la relación con mujeres migrantes en la ciudad de Comodoro Rivadavia.

Caracterizo el sistema público de salud, donde se sitúan los discursos y prácticas de efectores con quienes me vinculo en este trabajo y que dan forma a la gestión de política pública. Se describen las particularidades que adquiere la política sanitaria, a través de la Atención Primaria de Salud y sus programas en la provincia de Chubut y la ciudad de Comodoro Rivadavia. Se discute una perspectiva atenta a los procesos históricos de construcción de ciudadanía e identidad nacional, donde las instituciones

públicas de salud han tenido un lugar central en los procesos de hegemonización del modelo biomédico y con un foco particular en la “maternidad”. Así, se propone un análisis de la política sanitaria, vinculada a la gestión cotidiana de la política pública.

2.1 Una aproximación histórica a la construcción de la salud como bien público del Estado-nación

En este apartado se presenta una breve historización contextual que nos permite comprender el sistema público de salud en Argentina, en la provincia de Chubut y Comodoro Rivadavia. Para ello recupero algunos aportes de la historiografía, archivos de la prensa local, de las gestiones de gobierno y perspectivas de la antropología de la salud, dando cuenta del modo particular en que se tematiza la salud, se conforma como política de Estado y se configura el denominado sistema público de salud. Si bien existe escasa producción historiográfica sobre las políticas locales de salud, se reconstruye a través de diferentes fuentes los sentidos predominantes y principales acciones de la política en salud durante el siglo XX marcando algunos hitos en su conformación sin una pretensión exhaustiva.

El “espacio político de la salud” en su acepción vinculada al cuerpo político en tanto regulación, vigilancia y control de los cuerpos individuales y colectivos, ligada a la gestión colectiva de la salud como bien público (Lock y Scheper-Hughes, 1990; Fassin, 1996, 2003) se define por la formulación de las políticas públicas y la conformación del sistema de salud. En palabras de Tobar (2012), las políticas de salud podrían definirse como un esfuerzo sistemático para resolver los problemas de salud, donde el Estado asume un rol activo y explícito. Así, el sistema de salud engloba la totalidad de acciones que se desarrollan de modo organizado por parte del Estado y la sociedad en este ámbito.

En términos organizacionales, actualmente Argentina sostiene un modelo de salud estructurado en subsistemas, distribuidos entre el sector público, las obras sociales y el sector privado. El subsector público depende de la administración pública, se financia a través del sistema impositivo y provee servicios a través de la red de efectores

de salud; el subsector de obras sociales que presta servicios para los trabajadores formalizados según la rama de actividad; y el subsector privado está conformado por un conjunto de empresas que prestan servicios de salud a través de profesionales, centros de diagnóstico, clínicas y sanatorios, de cobertura restringida y financiamiento ejecutado por los prepagos privados (Cendali y Pozo, 2008). En palabras de Arce (2012), Argentina presenta un sistema de salud federal, donde las provincias detentan autonomía, y pluralista, en cuanto a sus componentes, en el que coexisten los sectores públicos, privados y de obras sociales.

Las políticas de salud, tal como las conocemos en la actualidad, son una construcción de los Estados modernos. La hegemonización de la medicina profesional y descalificación de otros saberes fueron producto de procesos históricos a través de los cuales se produjo una progresiva intervención de los profesionales médicos en diversas áreas de la vida social que anteriormente no eran objeto de intervención (Menéndez, 2005). Particularmente, en la conformación de los Estados-nacionales modernos, los saberes médicos funcionaron como decisores en las políticas públicas, práctica que se ha sostenido desde el siglo XVIII, conformando una red de medicalización cada vez más densa y amplia (Foucault, 1977).

Diferentes autores han dado cuenta de las características de la biomedicina (Mishler, 1981; Hahn y Kleinman, 1983) que Menéndez (1978) conjugó en el denominado “modelo médico hegemónico” como constructo teórico de raigambre gramsciana para dar cuenta del sistema asistencial organizado por la medicina profesional. Las características estructurales de este modelo son su biologismo, individualismo, ahistoricidad, asociabilidad, mercantilismo y eficacia pragmática que se presenta en tensión con la subalternidad, tendiendo a negar, ignorar o marginar saberes y formas no biomédicas del cuidado de la salud. Estos procesos de hegemonización de la medicina profesional y descalificación de otros saberes fueron producto de procesos históricos a través de los cuales se produjo una progresiva intervención de los profesionales médicos en diversas áreas de la vida social que anteriormente no eran objeto de intervención (Menéndez, 1985; Rosen, 1985; Haro Encinas, 2000). Particularmente, en Argentina las políticas sanitarias se han ido modificando según los proyectos políticos de organización social y las concepciones de lo sanitario con influencias de las perspectivas internacionales, principalmente europeas, sobre el tema.

Como explica Nari (2004) desde mediados del siglo XIX, la medicina como ciencia y práctica se reorganizó de manera paralela y sostenida por la organización del modelo de estado-nacional. Particularmente, en Argentina y América Latina este proceso se dio en concomitancia con la construcción de los Estados. Así el sistema de salud fue uno de las instituciones centrales, como veremos, para la conformación de lo nacional, en términos de homogenización poblacional y asimilación en la configuración del estado-nación-territorio.

En lo que respecta a Argentina, varios autores coinciden en identificar diferentes modelos de política pública en salud desde la década de 1940, con la conformación del Servicio Nacional de Salud y la posterior conformación del Ministerio Nacional de Salud (Belmartino y Bloch, 1984; Tobar, 2012; Pagnamento, 2017). Así, Belmartino y Bloch (1984) proponen tres modelos de políticas de salud que se vinculan a estrategias de desarrollo avaladas por proyectos políticos que implicaron distintos “modelos de sociedad”. Entre ellos identifican un “proyecto populista” de la década del 1940, el “modelo desarrollista” de las décadas del 1950 y 1960 y el “modelo autoritario” de la década del 1970. En cada momento histórico, su perspectiva y modelo de organización sobre el sistema de salud subyacen algunas concepciones sobre el modelo de sociedad, la salud y la ciudadanía.

2.1.1 Los inicios de la salud como tema de Estado. El higienismo y la nación creciente

Por su parte, Tobar (2012) propone una periodización con un inicio previo a la década de 1940, en la que identifica la primera etapa de las políticas de salud en el siglo XIX caracterizadas por el control de enfermedades transmisibles en el denominado modelo de “policía médica” (Foucault, 1977). Este periodo se caracteriza por el discurso médico alienista e higienista con base en las concepciones positivistas de la ciencia médica europea, que tenían como objetivo principal el control de la salud física y moral. El higienismo implicó la generalización del poder-saber médico al espacio urbano abierto, donde el profesional de la medicina adquiere un rol activo y modelador de comportamientos y hábitos públicos (Murillo, 2000; Dovic, 2012). Así, se configura un primer rol del Estado con relación a la salud, donde cumplía funciones de policía y en el que “se buscaba transformar a los pobres en más aptos para el trabajo y menos peligrosos para los ricos” (Tobar, 2012: 5). En este sentido, la acción del Estado se

limitaba al control de vectores en enfermedades transmisibles y los servicios de atención médica eran prestados como forma de caridad por sociedades de beneficencia.

Se puede trazar hacia fines del siglo XIX la tematización de la salud como problema colectivo, en vinculación con los brotes epidemiológicos y la necesidad de medidas de prevención y profilaxis. Estas concepciones iniciaron una disputa entre la creciente profesión médica en el país, que defendían sus derechos corporativos, y la de aquellos que iniciaron medidas de sanitarismo (Alvarez y Carbonetti, 2008; Abrutzky et al., 2019). La creación del Departamento Nacional de Higiene en 1880, al asumir la Presidencia Julio Argentino Roca, introduce uno de los primeros antecedentes de regulación sanitaria nacional. Este organismo dependía del Ministerio del Interior y la Comisión Asesora de Asilos y Hospitales Regionales, ocupándose de los aspectos relacionados con la higiene pública, epidemias y sanidad de fronteras. También presentaba una vinculación con las Sociedades de Beneficencia y los hospitales confesionales (Arce, 2013). Así, hacia principios del siglo XX, como explica Arce (2013), la atención de la salud quedaba relegada a las responsabilidades individuales y cuando esto excedía las posibilidades del trabajador o el grupo familiar, quienes no disponían de recursos eran atendidos por entidades caritativas o la asistencia pública que se ocupaba de urgencias, donde las intervenciones del Estado se limitaban a la higiene pública. De este modo, se extendieron medidas de salubridad, vacunación contra la viruela y el intento del control de otras epidemias y endemias como la peste bubónica, la malaria y el tifus, a los conjuntos sociales pasibles de formar parte de la nueva ciudadanía nacional (Di Liscia, 2017).

El hacinamiento de personas y las condiciones insalubres de vivienda y trabajo, principalmente en la creciente Buenos Aires, receptora de población migrante, se constituía en una amenaza sanitaria ligada al riesgo de transmisión de diversas enfermedades. Sumado a esto, los higienistas de la época vinculaban a estas condiciones de vida con un problema moral en relación con “los vicios” y “malos hábitos” de los pobres, como el alcoholismo, la prostitución o las peligrosas ideas anarquistas (Yedlin et al., 2012). Particularmente Scarzanella (2003) demuestra cómo a fines del siglo XIX, a través de la influencia de la antropología criminal de Lombroso y Ferri¹⁰ en Argentina

¹⁰ Teoría según la cual la “raza latina” presentaba estadísticamente predisposición al homicidio con los estigmas del atavismo y degeneración hereditarios de la criminalidad (Scarzanella, 2003).

y América Latina, los italianos y españoles, mayoritarios en Argentina, se convirtieron en el blanco de las acusaciones, señalándose que “junto al carácter emprendedor de los italianos viene el residuo de criminalidad en la sangre” (Scarzanella, 2003; Santi, 2006).

Cabe destacar que este periodo de desarrollo del higienismo con fuerte control de “fronteras sanitarias”, corresponde con la presidencia de Roca, cuyo lema de gobierno fue “paz y administración”. Bajo esta perspectiva y con una orientación política liberal y positivista buscó afianzar el poder del Estado en la ampliación y consolidación del territorio nacional. Así, hacia fines del siglo XIX se produce la afirmación de una matriz Estado-nación-territorio vinculada a un discurso civilizatorio que se materializa, como explica Pérez (2011), sobre el genocidio de pueblos indígenas. Al decir de Scarzanella (2003: 11), se buscaba “marginar algunos grupos humanos que no tenían nada que brindar a la nueva nación y que, por el contrario, con sus taras hereditarias, constituían un obstáculo para el desarrollo del país”. En este sentido, y siguiendo a Nari (2004), las políticas higienistas se encuentran cerca de los ideales eugenésicos de la época. La salud como política de Estado estuvo entonces vinculada particularmente al control de las epidemias y control de enfermedades infectocontagiosas que ponía en peligro a la sociedad y su progreso, según el ideario nacional, reservándose las instituciones hospitalarias a las emergencias y el aislamiento de personas, lo cual se sostuvo hasta los primeros años del siglo XX. Así, la consolidación del Estado nacional, en el territorio en expansión, se produce bajo los parámetros del ideario de la colonialidad, desde su perspectiva eurocéntrica del poder y del saber (Walsh, 2008; Mignolo, 2014), desconociendo otros saberes en la construcción de una identidad nacional, con una visión racalista, en este caso a través de las acciones en salud.

Según las observaciones de Di Liscia (2017) a principios del siglo XX existía una escisión en el nuevo territorio nacional: por un lado el de las modernas ciudades del Litoral, que requerían transformaciones y mejoras pero con hospitales, profesionales y una activa acción higiénica, orgullo de la élite gobernante; y por otro lado, de acuerdo a esos mismos grupos, las regiones que persistían ancladas en el pasado colonial o sumido en las supersticiones, donde la población carecía de las mínimas ventajas de la higiene y la salubridad. La autora a través del trabajo de archivo con los informes publicados en los Anales del Departamento Nacional de Higiene, da cuenta del modo en que se ponía

bajo sospecha la noción de la civilización moderna, toda vez que quienes viajaban a vacunar o quienes vivían en esas alejadas latitudes no urbanas, testimoniaban sobre las desesperantes enfermedades y condiciones higiénicas. Así, las zonas patagónicas, recientemente anexadas al territorio nacional, y regiones del actual noroeste y noreste argentino aparecían asociadas a las “viviendas míseras”, a una “dieta alejada de las mínimas condiciones nutricionales”, a la escasez de remedios, de médicos, de educación higiénica y a la “persistencia del curanderismo” opuesto a la modernidad (Di Liscia, 2017). Esta discursiva suele repetirse en archivos de la época que versan sobre la salud de las poblaciones del sur en las primeras décadas del siglo. En un archivo de 1951 publicado por el aniversario de Comodoro Rivadavia en el *Diario El Rivadavia* puede leerse: “Esta dificultad, por no decir imposibilidad de conseguir asistencia médica, contribuyó más que la ignorancia en la prosperidad y popularidad del curandero en las tierras del sur” (*El Rivadavia*, 1951: 161). De esta manera, se presentan los conocimientos médicos y de la ciencia en contraposición con la “ignorancia” y prácticas populares para el sostenimiento de la salud, “la popularidad del curandero”.

Los hospitales en las grandes ciudades eran gestionados desde una lógica de “beneficencia y contención”, debido a que las clases acomodadas, de mayores ingresos y las instituciones religiosas proporcionaban ayuda a los “desamparados”. En algunos casos, como explicita Arce (2012), el Estado delegaba recursos públicos, hospitales, hogares, alimentos, en estas organizaciones para su administración. Asimismo, durante este periodo se propulsaron las “sociedades de socorros mutuos” como otro componente de la contención social, a través de la asociación voluntaria entre migrantes europeos en grandes ciudades de Argentina (Pérgola, 2010; Arce, 2012). Para el año 1875 se registraban 74 organizaciones mutuales y 659 para el año 1910, en provincia de Buenos Aires, Capital Federal, Santa Fe, Entre Ríos, Córdoba y Tucumán. Estas organizaciones sin fines de lucro e influenciadas por el mutualismo europeo eran constituidas principalmente por italianos, españoles, portugueses y franceses (Pérgola, 2010). Quienes no eran europeos asociados con las respectivas mutuales de asistencia o tenían los recursos económicos para acceder a consultas médicas, quedaban por fuera de la atención sanitaria. Particularmente para el caso de Comodoro Rivadavia, en el año 1910 se conforma la Asociación Española de Socorros Mutuos, que para el año 1959 inauguraría su establecimiento de atención médica (Crespo, 2016).

Las diferentes jurisdicciones y naturalezas jurídicas, sin una regulación destacada ni un primeras décadas del siglo XX, se caracterizan por la existencia de servicios pertenecientes plan de inversiones significativas por parte del Estado (Arce, 2012). Así, existían hospitales o centros de salud públicos, administrados por el Estado o por sociedades benéficas, establecimientos privados con y sin fines de lucro y entidades mutuales administradas por comunidades migrantes, por grupos confesionales o por sectores laborales. Pese a la injerencia pública de figuras de la medicina como Domingo Cabred o Pedro Coni en las acciones higienistas, no prevalece una concepción del Estado como planificador y regulador de servicios de salud (Arce, 2012). En palabras de Di Liscia, durante este período predomina “un desorden administrativo del aparato estatal nacional, con una administración laberíntica al servicio de un Estado mínimo y multiplicidad de agencias con funciones de control, sin eficiencia en el uso de los recursos disponibles” (Di Liscia, 2017: 163). Por su parte, Novick (2018) explica que el periodo de las primeras décadas del siglo XX se caracteriza por las escasas prestaciones de atención médica, sin esfuerzos para conformar un verdadero sistema de atención médica desde el Estado, donde se consolida el sector privado, al cual acudían los grupos sociales de mayores recursos con capacidad de pago directo.

Para 1913 se inauguraron centros que representaban al Departamento Nacional de Higiene en siete capitales provinciales: Posadas, Resistencia, Formosa, Neuquén, Santa Rosa, Viedma, Río Gallegos y en la ciudad de Trelew (Chubut). Como explica Di Liscia (2009, 2017), estos centros tenían como función llevar a cabo la vacunación y el relevamiento periódico, sanitario y edilicio de las nuevas urbanizaciones ante la amenaza de epidemias. Estas acciones fueron acompañadas de una retórica del progreso y la higiene, donde funcionarios nacionales, autoridades locales y médicos a cargo de las asistencias “destacaban que se trataba de una nueva ‘conquista del desierto’, esta vez por la salud” (Di Liscia, 2009: 265). Para la creciente ciudad de Trelew y zonas aledañas este centro de salud representó el inicio de una asistencia pública nacional en la región, cuyos pobladores denominaron como “sala de primeros auxilios y asistencia pública”, constituida en Hospital Público en 1923¹¹.

¹¹ Nota periodística del *Diario Jornada* en conmemoración de los 100 años de la intuición hospitalaria. Disponible en: <http://www.hospitaltrelew.chubut.gov.ar/wp-content/uploads/2016/09/Suplemento-Historia-del-Hospital.pdf>

Las concepciones de la Patagonia como “desierto”, sin “progreso” que perduran en el tiempo y se visibilizan en la ampliación de la política sanitaria de la época desconocen toda cualidad humana de quienes habitaban estas tierras. Como explica Bartolomé (2003) en las pretensiones de “suprimir a los indios” y “poblar el desierto” desde fines del siglo XIX, “los indios estaban y no estaban allí, el desierto era desierto a pesar de la presencia humana, pero esta presencia no era blanca, ni siquiera mestiza y por lo tanto carente de humanidad reconocible” (Bartolomé, 2003: 165).

Por su parte, Comodoro Rivadavia creciente desde su inauguración en 1901 y propulsada por la expansión de la industria extractiva del petróleo, contaba para 1906 con 562 habitantes, de los cuales el 94 por ciento era de nacionalidad extranjera. Según los registros municipales en 1904 se establece en la ciudad el primer médico, que al tiempo decidió trasladarse, por la falta de consultas, hacia la ciudad de Trelew. A partir de 1909 se radica definitivamente otro médico, Julio Lavodcat, contando para 1916 con tres médicos y algunos puestos sanitarios, enfermerías, que dependían de la administración petrolera. En 1927 se inaugura el primer hospital, Hospital Alvear, en cercanías de la administración petrolera en el km 3 para trabajadores de la industria y sus familias¹². En 1935 se conforma una Junta Vecinal de Previsión Social y Salud Pública que contaba con el aval del Consejo Municipal para la conformación del Hospital Vecinal. Esta junta vecinal estaba constituida por asociaciones migrantes, voluntarias y de beneficencia, así como por médicos y personalidades de la elite comodorense (Crespo, 2007). Este hospital, que posteriormente se constituiría en el actual Hospital Regional, se inaugura en 1937 con dos pabellones, 20 camas en la sala de hombres y 20 en la sala de mujeres, además de un sector pediátrico. En la crónica del anuario, publicado en el periódico local *El Rivadavia*, por el 50 aniversario de la ciudad se puede leer:

Creada en 1901, Comodoro Rivadavia conocía ya treinta años de vida progresista y siempre en ascenso, sin contar con la asistencia médica gratuita indispensable en todo centro de población [...]. Es cierto que había en la ciudad de Comodoro Rivadavia algunos profesionales médicos, pero nada podía autorizar la pretensión de que los mismos prestaran servicios gratuitamente a la población (*El Rivadavia*, 1951: 162).

¹² Los primeros acontecimientos y eventos en la vida de la ciudad. Disponible en: <http://www.comodoro.gov.ar/nodo.php?seccion=6&nodo=100#:~:text=El%20primer%20m%C3%A9dico%20se%20estableci%C3%B3,fue%20el%20doctor%20Carlos%20Canvesio.&text=Se%20trata%20de%20doctor%20Julio,despu%C3%A9s%20el%20doctor%20Pastor%20Schneider>.

En esta publicación de 1951, se destaca el “abandono” de los pueblos del sur en términos sanitarios y la urgencia de una atención a los “desfavorecidos” ante la imposibilidad de costear atención médica privada.

El hospital es el resultado de la comprensión de los vecinos, de que la salud pública debe ser cuidada. El gobierno no lo hace, y entonces la población toma la obra por su cuenta. Solo se averigua si el que llega en demanda de la ayuda médica, es pobre en realidad. Comprobando esto, las puertas del hospital se franquean y la cama espera al cuerpo enfermo que llega en busca de la salud (El Rivadavia, 1951: 163).

En la crónica del archivo sobre la salud pública y el nuevo hospital de la ciudad se vislumbra un sentido de proeza solidaria por parte de quienes llevaron adelante la construcción de la institución, presentándose como un caso ejemplar, “el ejemplo de la ciudad de Comodoro Rivadavia”. Asimismo, queda en evidencia el espíritu de asistencia para quienes menos posibilidades económicas tienen, debiendo comprobarse su falta de recursos monetarios para el acceso a la atención, de lo contrario se debía pagar por ella.

2.1.2 La institucionalización de la salud en Argentina y la gobernación militar de Comodoro Rivadavia (1943-1955)

Para la década de 1940, Belmartino (2005) afirma que a nivel nacional se produce un proyecto transformador que busca institucionalizar el sistema de salud a partir de la regulación por parte del Estado. Esto es fruto de la coyuntura crítica de los años previos en los que se visibiliza una fragmentación y heterogeneidad de modos de dar respuestas a los problemas de salud. En este sentido, las concepciones del Estado liberal dan paso a un proyecto de Estado de bienestar con el peronismo en la búsqueda de centralizar y coordinar los servicios de sanidad y atención médica (Belmartino y Bloch, 1984). En este contexto se crea en 1943 la Dirección Nacional de Salud Pública y Asistencia Social, dependiente del Ministerio del Interior, fundamentada en propulsar el bienestar social. Este organismo reúne a las instituciones de beneficencia, hospitales, asilos, sanidad e higiene. Con estas acciones se da el primer paso hacia el reconocimiento de la salud como problema de interés específico del Estado, que hasta el momento estaba en manos de sociedades filantrópicas (Yedlin et al., 2012).

En la región patagónica, a partir de 1944 se conforma una particular jurisdicción política-administrativa denominada Gobernación Militar de Comodoro Rivadavia, que funciona hasta el año 1955. Esta nueva Zona Militar modificó los límites de los

denominados Territorios Nacionales de Chubut y Santa Cruz para crear un nuevo espacio que tenía como objetivo la defensa de los recursos petrolíferos de la cuenca del golfo San Jorge por parte de las Fuerzas Armadas (Carrizo, 2009). Como explica Carrizo (2009), la militarización del espacio en torno a la ciudad de Comodoro Rivadavia respondió a las características particulares del movimiento obrero, que en la perspectiva de la gobernación ponían en peligro la producción petrolera, recurso de importancia para los intereses de la nación, antes que la extensión de derechos políticos. Esta militarización del espacio fue parte de las medidas del gobierno de facto de 1943 y sostenida durante el gobierno de Juan Domingo Perón, siendo administrada por personal superior del ejército designado por el poder ejecutivo nacional (Barros y Carrizo, 2012). En esta época se crea la Secretaría de Salud Pública de la zona, dependencia del Ministerio de Salud Pública nacional. La crónica periodística de *El Rivadavia* explica: “Apenas formada la Gobernación Militar de Comodoro Rivadavia, su gobierno crea un servicio sanitario que posteriormente se convierte en la Secretaría de Salud Pública” (1951: 164).

Es en mayo de 1946 con el gobierno de Juan Domingo Perón que se crea la Secretaría de Salud Pública y posteriormente, en 1949, el Ministerio de Salud y Asistencia Social. A cargo de esta dependencia estaba el médico neurocirujano Ramón Carrillo, reconocida figura médica en el sanitarismo argentino. Carrillo propuso una serie de objetivos en función de las siguientes definiciones: “1. Todos los hombres tienen igual derecho a la vida y a la sanidad. 2. No puede haber política sanitaria sin política social. 3. De nada sirven las conquistas de la técnica médica si ésta no puede llegar al pueblo por medio de dispositivos adecuados” (Yedlin et al., 2012: 195). Así quedan sentadas las bases de una clara política sanitaria del derecho a la sanidad y en vinculación directa con políticas integrales del bienestar social. Junto a ello Carrillo atribuye una impronta central a la prevención y a la educación en salud: “La medicina no sólo debe curar enfermos sino enseñar al pueblo a vivir, a vivir en salud y tratar que la vida se prolongue y sea digna de ser vivida” (Yedlin et al., 2012: 204). Se pueden observar en las publicaciones del Ministerio de Salud los sentidos que se le atribuye a la salud para el “progreso” de la sociedad con una preponderancia del espíritu nacionalista:

La medicina, como arte de preservar, conservar y restaurar la salud de la comunidad, configura un nuevo aspecto de la civilización contemporánea, y su evolución y su historia traduce el grado de cultura de un pueblo, porque conforme el pueblo avanza en su progreso, el hombre, el estado y la colectividad saben luchar mejor contra las enfermedades y cada vez con mayor éxito. La medicina no es solo un oficio, es una ciencia social, una ciencia política y una ciencia económica, y, finalmente, es también una forma de la cultura y la expresión más concreta del grado de adelanto de una nación (Almanaque de la salud, 1948).

Este periodo es central en la institucionalización de un sistema integral de atención sanitaria en el país, donde se construyeron hospitales y centros sanitarios de atención gratuitos para la población en todo el territorio nacional. En este sentido se propulsa la capacidad inversora del Estado Nacional mediante gran cantidad de construcciones en infraestructura asistencial. También cumple un papel importante la Fundación Eva Perón, que como entidad no gubernamental estaba íntimamente vinculada al poder político (Arce, 2010). Como afirma de Kohl (2018), la salud además de presentarse como un fin en sí misma era concebida como un medio que permitía a cada persona estar en condiciones de respaldar el proyecto en curso, vinculado con la planificación de la producción, la industrialización y la creación de mercados de consumo.

En palabras de Ramacciotti (2004) una de las inquietudes que guio la política sanitaria peronista fue la de revertir la declinación de la tasa de natalidad de la época. En este sentido, la planificación sanitaria apuntó a proteger a aquellas personas que eran importantes en tanto y en cuanto su potencial productivo y reproductor. Así los ideales del progreso nacional estuvieron vinculados a sostener la salud de trabajadores y mujeres en su rol reproductivo. Asimismo, la autora explicita que dentro de las propuestas sanitarias se intentó constituir el "hombre argentino ideal" y para ello se constituyó un Departamento de Eugenesia que tendría la función de "conocer los agentes que pueden ser sometidos a un contralor social, y que son capaces de mejorar o empobrecer la calidad social, física y mental de las generaciones por venir" (Secretaría de Salud Pública de la Nación, Plan Analítico, en Ramacciotti, 2004: 93). Luego esta dependencia sanitaria pasó a denominarse Instituto del Hombre Argentino, cuya tarea prioritaria sería estudiar el: "biotipo ideal, somático, visceral y psíquico al que tenemos que aproximarnos para poder decir algún día, con orgullo, que tenemos un pueblo sano y fuerte" (Carrillo, en Ramacciotti, 2004: 93). Estas perspectivas eugenésicas se inscriben en la tendencia mundial de entreguerras de la ciencia médica y las influencias

de Galton, en la que se busca el perfeccionamiento de la especie humana, que en Argentina se articularían con una ideología nacionalista (Nari, 2004). Como explica Novick (2018), la perspectiva eugenésica en Argentina, vigente desde décadas previas, se adoptó bajo la convicción de que los factores ambientales influían en la ontogenia, por lo cual se prioriza en esta época la prevención en salud, la educación y la atención durante el embarazo y el primer tiempo de vida, bajo las premisas de igualdad y justicia social.

Para la ciudad de Comodoro Rivadavia y su Gobernación Militar, la Secretaría de Salud Pública, dependiente del nuevo Ministerio de Salud, gestiona los Centros Materno-infantiles creados en las localidades de Comodoro, Lago Buenos Aires, Río Mayo y Las Heras. En 1951 el diario local, en su crónica, explicita la labor que desarrollan los Centros Maternos-Infantiles: “Tienen la misión de solucionar los problemas higiénicos, profilácticos, asistenciales, sociales y culturales que plantean la lucha contra la morbimortalidad materno-infantil para el mejoramiento biológico de la población, adoptando y conjurando todas las medidas conocidas y previsibles en salvaguardia de las generaciones de hoy y futuras” (*El Rivadavia*, 1951: 166).

Esto forma parte de los ideales que plantea Ramacciotti (2004) sobre el peronismo y la salud, su perspectiva pronatalista y eugenésica. En uno de los textos de 1950, se puede observar la imagen de una madre con un niño y el mapa del territorio argentino con la geolocalización de cada centro Materno Infantil. Estas imágenes están acompañadas de la siguiente leyenda: “Otro de los ideales que persigue el Estado es formar una raza fuerte y sana en la que se pueda confiar para conducir a la patria hacia sus grandes destinos. Para ello, lógicamente, se debe empezar por cuidar la simiente que la ha de producir”. Y continúa explicando la función de los centros materno-infantiles. “Asesoran a la futura madre durante la gestación, la asisten durante el parto y luego le dan normas para la crianza del niño” (*La nación Argentina justa libre y soberana*, Presidencia de la Nación, 1950: 328).

Estas publicaciones forman parte de la propaganda a través de la cual el gobierno peronista exhibía preliminarmente los logros sociales y económicos del Primer Plan Quinquenal¹³. En ellas se pueden observar la construcción de un ideal de mujer-

¹³ El Plan Quinquenal fue un programa de gobierno establecido por la presidencia de Juan Domingo

madre que se atiene a las pautas de cuidado deseadas para la construcción de la raza, la descendencia óptima para liderar el desarrollo de la nación. Esto forma parte de lo que Nari (2004) denomina la “maternalización de las mujeres”, que comienza a definirse hacia fines del siglo XVIII en el mundo occidental y tiene pregnancia en diferentes planos de la vida social, prácticas políticas y científicas. A partir de la naturalización de la función materna en la vida de las mujeres y la medicalización de esta y las prácticas reproductivas, el Estado toma un rol activo desde el discurso médico para promover la natalidad, fortalecer la nación y la “raza”. Como explica el ya mencionado autor, desde principios de siglo los médicos buscar influir sobre las formas de vivir y pensar la maternidad, presentando a las mujeres-madres como “incompetentes, ignorantes y negligentes” y necesitadas de consejos.

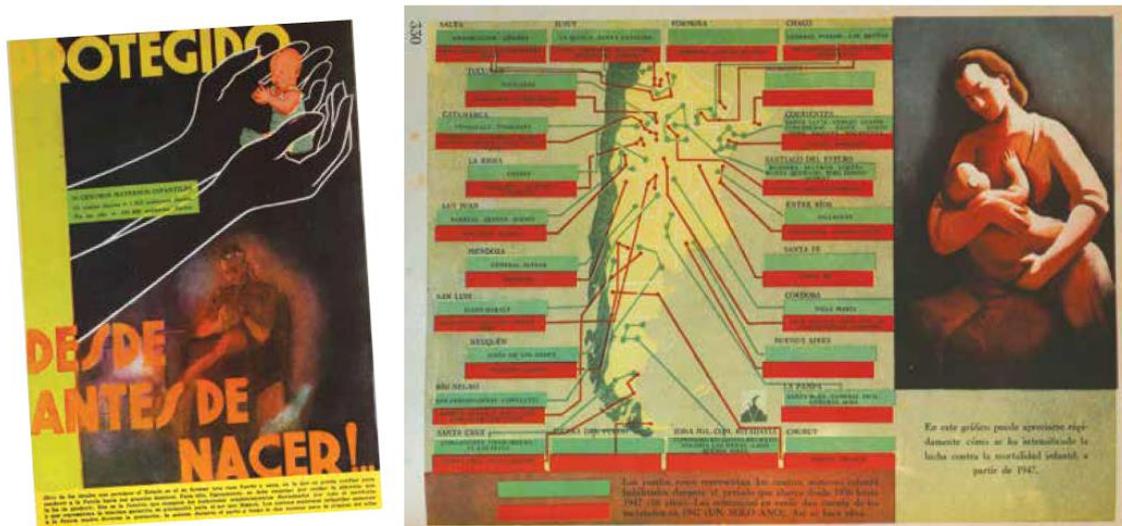


Ilustración 3 – Fotografía de afiches publicitarios de los Centros de Higiene Materno-Infantil de 1950, Presidencia de la Nación (Yedlin et al., 2012: 208)

En una zona de producción petrolera, baluarte para el Estado-nación, con zonas rurales y pueblos “no civilizados”, que significaban el “atraso” en el proyecto de industrialización, y con la amenaza de organización del movimiento obrero, definido como “la huelga y el comunismo” (Carrizo, 2016), estas fueron algunas de las medidas que acompañaron el modelo de desarrollo para la Gobernación de Comodoro Rivadavia. Como afirma Carrizo (2009), la presencia tutelar del ejército estaba acompañada de una política nacionalista en vinculación con la familia nacional y católica.

Perón para los años 1947-1951. En este se preveía una planificación estatal de cinco años de obras y de inversiones en diferentes ámbitos. Entre los más importantes se encontraba la planificación necesaria para asegurar el suministro de materia prima para el desarrollo de la industria y la agricultura del país.

En una de las resoluciones municipales de 1943 puede observarse la problemática existente en la gestión municipal del hospital sobre la atención a mujeres extranjeras durante el parto: “La asistencia se convierte en regional, por cuanto llegan de todos los territorios nacionales y países vecinos, lo que tácticamente implica una carga de orden social que gravita sobre el presupuesto asignado por el rubro de beneficencia”. En este sentido, la administración municipal resuelve que: “Resulta necesario bajar todo punto de vista dar intervención a los respectivos consulados de esta localidad cuando las parturientas no sean de localidad argentina” (Resolución Municipal N° 247 del 30 de agosto de 1943, en *Crónica*, 2001: 296). La normativa da cuenta del fenómeno migratorio creciente en la época, particularmente de población proveniente de Chile, lo cual se considera una carga para el hospital municipal, ante una población que recurre inevitablemente a la asistencia pública.

En el anuario dedicado al cincuentenario de la ciudad (1951), también se le otorga un apartado a la institución privada “Clínica de Mujeres” del mismo médico que estaría a cargo del Centro Materno-Infantil: el Dr. Andino Cayelli. En esta crónica periodística se reconoce a la institución como “el primer establecimiento de esta naturaleza en la Patagonia” y como “un aporte privado al progreso de la asistencia social”. Esta se presenta como una clínica especializada en ginecología y obstetricia para las “futuras mamás”, que estaría “a la altura de los principales establecimientos de la Capital Federal”. Así, se distinguen dos tipos de atención médica disponibles en la zona, dedicadas a la asistencia gineco-obstétrica que contaban con el mismo personal médico. Sin embargo, en la nota periodística, a diferencia de los Centros materno-infantiles, se destaca a la clínica privada por su moderno instrumental y su amueblamiento “con sencillez y buen gusto” para favorecer una grata estadía. En palabras de Belló y Becerril-Montekio (2011), es a partir de 1943 que se multiplica la oferta pública universal y gratuita de servicios de salud y se amplía la seguridad social, pero institucionalmente se reflejó en el desarrollo de un sistema fragmentado con tres subsectores el público, el privado y el de organizaciones sindicales, que tendrá su origen en las organizaciones solidarias de empleados agrupados en ramas de actividad.

Para 1951, en la Gobernación Militar de Comodoro Rivadavia se informa la construcción de hospitales en Caleta Olivia, Los Antiguos, el nuevo hospital de Comodoro Rivadavia y la nacionalización de los centro de atención de salud existentes

con el fin de unificar su gestión. Además de los centros Materno-Infantiles y los hospitales, la Dirección Federal del Ministerio de Salud en la Gobernación Militar gestionaba un Centro de Medicina Preventiva, o como se enuncia entre paréntesis en la crónica del diario: “Medicina del trabajo”. Esta institución se encargaba de la revisión médica periódica a todo el personal en funciones laborales. Esta revisión médica obligatoria constaba de exámenes radiológicos, serológicos, clínicos, oftalmológicos y odontológicos, que se detallaban en una libreta sanitaria personal. Para 1951, la crónica informa la realización de controles a todo el personal de reparticiones públicas de YPF, de Ferrocarriles de Petróleo, Compañía Astra, Diadema Argentina, Banco de la Nación, Jefatura de Policía, Correos y Telecomunicaciones, Personal Civil del Ministerio de Guerra, Prefectura Marina y Obras Públicas (*El Rivadavia*, 1951).

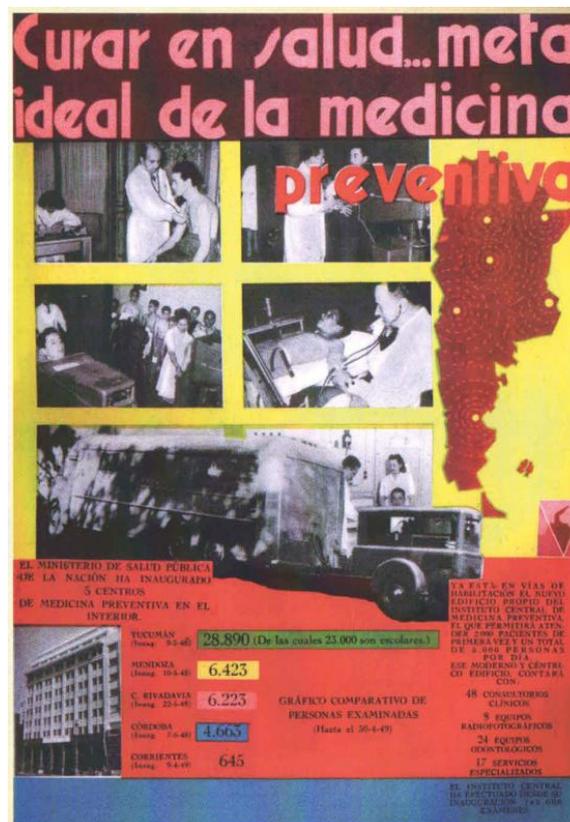


Ilustración 4 – Fotografía de afiche publicitario de los Centros de Medicina Preventiva. Del libro “La nación Argentina justa libre y soberana” (Presidencia de la Nación, 1950: 344).

En el libro publicado en 1950 por la Presidencia de la Nación pueden observarse, en una de sus páginas, imágenes alusivas a los controles médicos preventivos, acompañado de la frase “Curar en salud... meta ideal de la medicina preventiva. El Ministerio de Salud Pública de la Nación ha inaugurado 5 centros de

medicina preventiva”. A continuación, en la gráfica, se enumeran los exámenes médicos realizados hasta la fecha por cada centro de medicina preventiva inaugurado: Tucumán (28.890), Mendoza (6423), Comodoro Rivadavia (6223) y Corrientes (645). Esta fue una política nacional tendiente a la protección de la salud de trabajadores en tanto su potencial productivo.

Uno de los grandes hitos de la gestión sanitaria durante la Gobernación Militar fue la construcción del monumental Hospital Regional, que constituye el traslado y la ampliación del antiguo Hospital vecinal de Comodoro Rivadavia. Las obras de este nuevo edificio comienzan en 1944 y será inaugurado en 1968 (Dal Bó, 2008), manteniéndose en funcionamiento hasta la actualidad. Como afirma Oviedo (2020), la Gobernación Militar marcó la urbanización de la capital, con grandes obras públicas, a la que le dio una fisonomía que perdura aún hoy.



Ilustración 5 – Fotografía de la construcción del Hospital Regional. En la parte superior y central se ubica letrero con la leyenda “Perón cumple”, Comodoro Rivadavia, 1951 aproximadamente. Imagen tomada por el fotógrafo de la Gobernación Militar, José González, del Archivo del fotógrafo Teodoro Nürnberg (Oviedo, 2020).

El hospital vecinal o “municipal”, como era conocido, funciona en la ciudad hasta el 1 de agosto de 1968, viendo retrasada su nueva construcción por el periodo dictatorial denominado “Revolución libertadora”, entre los años 1955 y 1958 (*Crónica*, 2001). La construcción del nuevo hospital para la ciudad formó parte de una política de creación de hospitales de “segunda generación” iniciada en 1925 y propulsada en la década del ‘40 y ‘50, que brindarían atención médica compleja, dentro del espectro de recursos diagnóstico-terapéuticos con que se contaba hasta el momento. Así, se propone

la asistencia en forma gratuita a toda la población que concurriera espontáneamente por motivos de enfermedad, donde las funciones de prevención estaban orientadas hacia los centros de salud (Arce, 2010). Los hospitales de “primera generación” preveían instituciones destinadas a aislar a enfermos, a cargo de la beneficencia y diseñados arquitectónicamente en pabellones separados. Los hospitales de segunda generación, en cambio, se conformaban de edificios “monobloque” con salas destinadas a cada especialidad, incluyendo atención ambulatoria, laboratorios, archivos de historias clínicas y otras profesiones no médicas (Dal Bó, 2008; Arce, 2010).

El primer mandato de Perón y la Gobernación Militar de Comodoro Rivadavia, desde 1944 a 1955, estuvo marcado por una impronta institucionalizadora de lo sanitario reconocida como un “modelo de planificación estatal centralizada” (Arce, 2010). Estos desarrollos estuvieron en diálogo con la creación de la Organización Mundial de la Salud en el marco de las Naciones Unidas en 1948, lo que posibilitó que el enfoque sanitario adquiriera estatus de disciplina, en su abordaje de lo social, con una visión superadora de lo médico-clínico (Arce, 2010). En este contexto, se le otorga importancia a la organización de un sistema de salud público bajo el ideario de la justicia social y al progreso de la nación, con particular importancia a la función productiva y reproductiva de la población. En este periodo, se desarrollan a nivel nacional la medicina preventiva, la atención obstétrica y las campañas de vacunación, con una particular atención en la zona productiva/petrolera de Comodoro Rivadavia. Este modelo de atención médica y sanitaria será fundante en el país y la región, con la figura de Ramón Carrillo como pionero del sanitarismo.

2.1.3 Provincialización y descentralización de lo sanitario. Un hospital de tercera generación para Comodoro Rivadavia (1955 - 1990)

A partir de 1955, a nivel nacional se produce una tendencia a la desconcentración de los centros de planificación de los servicios de salud, por lo que se delegan progresivamente competencias desde el Estado nacional hacia los Estados provinciales. Sumado a ello se produce un crecimiento de entidades no estatales, afianzándose una modalidad pluralista de la oferta y demanda de servicios. En este sentido, Arce (2010: 219) identifica un “modelo pluralista de regulación descentralizada”, cuyo periodo de formación se produce entre 1955 y 1970, se institucionaliza entre 1970 y 1977 y sufre una “crisis distributiva” entre 1977 y 1989.

Este nuevo periodo inicia con el proceso de provincialización de Chubut y el derrocamiento de Perón en 1955. Mediante la Ley Nacional N° 14.408, se modifica el estatus jurídico y político de los, hasta entonces, Territorios Nacionales transformándolos en provincias. En el caso de Chubut y Santa Cruz, se les restituyeron los límites geográficos previos al 1944, disolviendo la Gobernación Militar de Comodoro Rivadavia (Gatica y Pérez Álvarez, 2012). En este periodo, la intervención federal organizó el subsector de salud pública, provincializando los servicios que hasta el momento eran dependientes del Ministerio Nacional de Salud Pública o de organizaciones municipales (Suarez, 2014).

Es en 1957 que se conforma, por elecciones en la provincia de Chubut, la convención constituyente que redactaría la constitución para el nuevo territorio provincial, durante un gobierno nacional de facto y en proscripción del peronismo. La consolidación de la nueva provincia se produce sobre una serie de discusiones vinculadas a la radicación de la ciudad capital que ponen sobre relieve las disputas entre el norte y el sur —la ex Gobernación Militar— de la provincia (Barros y Raffaele, 2017). En lo que respecta a la salud, queda plasmado en la constitución provincial de este año el derecho a la salud y la asistencia social:

Art. 52°.- La Provincia asegura a todos sus habitantes el derecho de ser protegidos en su salud. La Legislatura deberá promover, organizar, fiscalizar y coordinar la defensa de la salud individual y colectiva y la asistencia social. Todos los habitantes tienen el deber de cuidar su salud y de asistirse en caso de enfermedad.

Art. 53°.- La ley deberá establecer con carácter obligatorio la medicina preventiva en todo el territorio de la Provincia coordinándola con los servicios análogos de orden nacional (Constitución de la Provincia de Chubut, 1957).

En mayo de 1958 asume el primer gobierno democrático y constitucional de la provincia. Como explica Suarez (2014) en su discurso de asunción, el gobernador ratifica el derecho a la salud, la asistencia médica preventiva y asistencial, explicitando “estaremos atentos para que los médicos penetren en todos los ámbitos de la provincia velando por la salud de los pobladores”¹⁴. Asimismo, el gobernador electo afirma un estado “pavoroso” de la salud de pobladores y a esto lo vincula con la problemática de población migrante, particularmente proveniente de Chile: Corriente inmigratoria clandestina con serios problemas sanitarios que hace indispensable un mayor control en las fronteras con nuestra hermana de Chile, problemas que repercuten en los Hospitales

¹⁴ Provincia de Chubut Diario de Sesiones. 1 de mayo de 1958. Recuperado de Suarez (2014: 184)

de Esquel y Comodoro Rivadavia saturados de pacientes (Provincia de Chubut, Diario de Sesiones. 1 de mayo de 1958. Recuperado de Suarez, 2014: 184). En consecuencia, la migración chilena aparece nuevamente como problemática asociada a la gestión de recursos públicos y en este caso asociada a la protección de la salud pública nacional.

En el mismo año se crea la Dirección de Salud Pública y Seguridad Social de la provincia que centraliza los servicios del sector público de salud y regula el sistema provincial a través de la Ley de Asistencia a Hospitales y Organización de la Asistencia Social. Así se produce, en palabras de Suarez (2014), la materialización del subsector público de salud, con la democratización y el gobierno de Arturo Frondizi a nivel nacional.

La etapa iniciada por el gobierno de Frondizi es caracterizada por el desarrollo del capitalismo industrial, etapa en la que Comodoro Rivadavia tuvo un gran impulso por la producción petrolera y la llegada de compañías internacionales. Esta expansión económica es conocida como “el primer boom petrolero”, periodo en el que creció la superficie de exploración y explotación petrolera en la zona, mediante concesiones de los pozos ya localizados por YPF a capitales privados, que vendían la producción a la empresa estatal (Barrionuevo, 2019). Este fenómeno también trajo aparejado el crecimiento poblacional, a partir de la migración particularmente proveniente de Chile, como detallamos en el capítulo cuatro.

Por su parte, el discurso “modernizante” y “eficientista” del gobierno ponía el acento en la distribución racional de recursos (Tobar, 2012). Así, a través del Ministerio de Asistencia Social y Salud Pública¹⁵ se diseña una política pública basada en la planificación estratégica, en la administración, la capacitación, perfeccionamiento y formación del personal médico, técnico y administrativo. En este sentido, se ejecutan programas de medicina preventiva, asistencial y social adecuados a las regiones. Se crea el Instituto de Servicio Social, que tuvo como función la formación de profesionales — Trabajadores Sociales— que cumplirían un “rol-bisagra” entre los sectores vulnerables de la sociedad y los organismos del Estado y entidades privadas dedicadas a la

¹⁵ Tras la renuncia del Dr. Ramón Carrillo (julio de 1954), una ley de organización de ministerios (Ley 14.303; Dec. Regl. 13.378/54) había anexado la competencia de la Dirección Nacional de Asistencia Social y con la nueva denominación de Ministerio de Asistencia Social y Salud Pública de la Nación incorporó los establecimientos asistenciales, de menores y asistencia a la tercera edad que otrora estuvo bajo la égida de la Sociedad de Beneficencia (Gómez Paz, 2008: 32).

asistencia pública (Gómez Paz, 2008). El nuevo proyecto de política sanitaria no concebía a la salud como un ámbito privativo de la medicina, sino que incluía su carácter social. A nivel nacional, se trabajó para erradicar el paludismo, la lepra y la tuberculosis, así como se pusieron esfuerzos en reducir la mortalidad infantil. Esto estuvo acompañado por la organización de campañas orientadas a la “educación sanitaria de las madres” (Yedlin et al., 2012).

Uno de los hitos fundacionales para la atención primaria de la salud se produce en esta época por la labor del médico Carlos Alvarado, especialista en medicina tropical e higiene, y su Programa de Salud Rural desarrollado en la provincia de Jujuy.

Los paisanos eran entrenados por el mismo Alvarado para identificar a personas enfermas de tuberculosis; controlar el desarrollo de los niños y de las mujeres embarazadas, aplicar vacunas y desarrollar medidas de saneamiento ambiental. Las rondas sanitarias duraban tres meses, al término de las cuales se evaluaba lo realizado y se programaban nuevas acciones.

El considerable descenso de las enfermedades infecciosas; el aumento de las consultas al sistema de atención y de los partos institucionalizados, así como la significativa disminución de la mortalidad infantil luego de una década de desarrollo del plan, fueron algunos de los contundentes indicadores de la eficacia de la estrategia de Alvarado para atender la salud de las comunidades rurales de su provincia (Yedlin et al., 2012: 231).

Alvarado había trabajado en 1931 para el Departamento Nacional de Higiene en la erradicación del paludismo en el norte Argentino y a partir de 1955 se desempeñó como asesor de la Oficina Sanitaria Panamericana. En 1959 fue designado Jefe de la Sección Erradicación de la Malaria de la Organización Mundial de la Salud, con sede en Ginebra (Suiza), donde trabajó hasta 1964. En 1966, Alvarado volvió a Jujuy, donde como ministro de Salud presentó el Plan de Salud Rural, que creó la figura del “agente sanitario” (Bertolotto et al., 2012). Este modelo se encontraba inspirado en la figura de “visitadoras sociales”, que posteriormente fue reproducido en otras provincias (Veronelli et al., 2004; Arce, 2010).

Para la ciudad de Comodoro Rivadavia en 1968 será inaugurado el Hospital Regional, que la prensa califica como el “elefante blanco”, por su costo de inversión y monumental construcción inutilizada. “La obra, que se suspende con la caída del gobierno peronista, avanzará lentamente más por la exigencia de los vecinos y autoridades municipales que por un plan del gobierno nacional” (*Crónica*, 2001: 451). Su concreción e inauguración se inscribe en una política de “reforma del sistema hospitalario nacional” en la que se proponía la autarquía administrativo-financiera, la

extensión de sus horarios de atención y la oferta de servicios a afiliados de obras sociales y particulares que abonaran los servicios (Yedlin et al., 2012). Como explica Dal Bó (2008), estas medidas se concretan en el gobierno militar de 1966 a través de la Ley Nacional 17.102 que permitía la creación de hospitales descentralizados, con capacidad para facturar las prestaciones, contando con un Consejo de Administración integrado por la propia comunidad. Estos se denominan Servicios de Atención Médica Integral para la comunidad (SAMIC) y manejan su propio presupuesto, tanto el que proviene de la provincia como el que ingresa por facturación de servicios. El consejo que dirigía el hospital estuvo integrado hasta 1974 por un representante de uniones vecinales, sindicatos, cámara de comercio, miembros del poder ejecutivo municipal, provincial y nacional.



Ilustración 6 - Fotografía mural del Hospital Regional ubicada actualmente en el Hall central del edificio. Aproximadamente de 1968¹⁶.

Desde la gestión sanitaria en 1968 se convocó a profesionales médicos en todo el país a concursos para cubrir los puestos del nuevo hospital de Comodoro Rivadavia, donde los médicos debían cumplir dedicación exclusiva en las especialidades de clínica médica, traumatología, ginecología, anestesiología y odontología. Asimismo, se establece el sistema de residencias de formación, por lo que llegan médicos de diferentes provincias del norte argentino (Crónica, 2001). Por otro lado, se organizan los “centros periféricos”, consultorios médicos, en los barrios de la ciudad con el foco puesto en la prevención de enfermedades. Uno de los enfermeros, que trabajó en el hospital desde su inauguración afirma: “Vinieron delegaciones de Canadá para ver

¹⁶ Recuperada de: https://www.adnsur.com.ar/chubut/sociedad/una-empleada-del-hospital-regional-se-propuso-restaurar-un-mural-del-nosocomio-y-un-fotografo-solidario-lo-hizo-posible_a5f24aa20f56a3367cacb2021

cómo se trabajaba acá porque los índices fabulosos de control de enfermedades infecciosas eran realmente extraordinarios, el control materno-infantil y el plan de vacunación terminó con la tuberculosis y se logró el mejor nivel del país en la medicina preventiva” (Gustavo Fernández, Licenciado en Enfermería, *Crónica*, 2001: 454).

Estas actividades de los profesionales por fuera del hospital son parte del “proyecto extramuros” de la atención vinculada con la prevención y promoción de la salud en la denominada “tercera generación de hospitales” (Dal Bó, 2008). Esta generación de hospitales prevé una institución integrada a un sistema, en un área programática determinada y organizada por “cuidados progresivos” dependiendo de las necesidades de consultantes (Dal Bó, 2008). Esto formaba parte de un objetivo operativo para la organización del sistema de salud que se consolidaría en la declaración de Alma Ata (1978) y que se proponía “atención médica accesible, oportuna, integrada e integral, donde la entrada por cualquier punto del sistema, permitiera acceder a todos los niveles y servicios disponibles, según las necesidades de cada caso” (Ministros SP, 1968 en Arce, 2010: 220). En esta definición, como afirma el autor, se admitía que podían existir modalidades alternativas a la del servicio estatal.

Con el retorno de la democracia en el país, a partir de 1973, el Hospital Regional pasa a ser administrado por la provincia de Chubut. A través de un decreto provincial, el gobierno desafecta el establecimiento al régimen de la Ley 17.102, que establecía el funcionamiento de los Servicios de Atención Médica Integral para la comunidad (SAMIC). Así, quienes transitaron este periodo destacan el deterioro de las condiciones laborales y desinversión en el hospital, donde se designa personal sin previo concurso y se reducen los salarios. Esto provocó a partir de 1975 un lento deterioro con la renuncia en masa de profesionales altamente calificados que se desempeñaban como docentes en la institución y deciden migrar a otras provincias o al sector privado (*Crónica*, 2001; Dal Bó, 2008).

En la provincia de Chubut, fragmentada regionalmente desde su fundación (Barros, 2019), se destaca el “mal manejo de fondos”. “Si había que quitar algo de presupuesto era a éste [hospital regional], las vacantes que se producían las derivaron a Madryn, Rawson, Trelew... y fueron quedando los agujeros”, explica un enfermero del hospital (Gustavo Fernández, Licenciado en Enfermería, *Crónica*, 2001). Así, se visibiliza la fragmentación entre una zona en la que se radica la gestión administrativa

del gobierno, ubicada en “el valle”¹⁷, y la zona sur, Comodoro Rivadavia, al momento la ciudad más grande de la provincia, cuya historia había sido marcada por la Gobernación militar y el crecimiento de la industria petrolera.

En lo que respecta a las obras sociales, estas tuvieron un lugar de preponderancia y crecimiento en este periodo, en el que las instituciones de ayuda mutua fueron replicadas más tarde por las organizadas por diferentes gremios. Este modo de organización es institucionalizado en 1970 con una ley que generaliza la cobertura de las obras sociales a la totalidad de la población en relación de dependencia (Belmartino, 2005). El sistema ha cambiado significativamente con la extensión de la cobertura de salud a toda la población en relación de dependencia. Ese año, la ley 18.610 hizo obligatoria la afiliación de cada trabajador a la obra social correspondiente a su rama de actividad (Cetrángolo y Devoto, 2002).

Particularmente a nivel nacional, la última dictadura militar a partir de 1976 instaura un modelo de Estado burocrático autoritario que buscó erradicar las bases del Estado de compromiso con un fuerte rol en la distribución del ingreso. Tobar (2012) explicita que las fuerzas armadas instauran el discurso del liberalismo económico, donde se instala una perspectiva de los servicios de salud como mercancía. En este sentido, la perspectiva sobre la salud como bien tutelar que requiere una activa participación del Estado entra en discusión desde esta perspectiva. Esta disputa sobre los modos de concebir al rol del Estado y la salud irán conformando el sistema de salud en Argentina, donde veremos que se sostiene un modelo pluralista.

2.1.4 Modelo pluralista de competencia regulada. Organismos internacionales y programas sanitarios (1990 - actualidad)

A partir de la década de 1990 en lo que respecta a la organización política de la salud, esta se caracteriza por un modelo pluralista de competencia regulada, donde el Estado regula el sistema de salud y sus diferentes subsectores: medicina prepaga, obras sociales y el sistema público. En este caso, Arce (2010) distingue una etapa de formación, hasta la crisis de fines de 2001, y otra de institucionalización desde principios de 2002 en adelante. En la década de los noventa se produce un desarrollo

¹⁷ Modo en que se nomina al noreste de la provincia de Chubut, por su característica geográfica, que identifica a las ciudades de Rawson, Trelew y Puerto Madryn, donde se radican desde la constitución provincial las sedes administrativas del poder ejecutivo y legislativo.

sostenido del capitalismo, donde los organismos internacionales de crédito y los países industrializados, buscaron establecer las pautas económicas que orientaran las decisiones gubernamentales de los países de América Latina y el Caribe (Arce, 2010). Para el caso de Argentina la década inicia con una marcada influencia de los organismos internacionales de crédito, en los que el Consenso de Washington¹⁸ actuó como documento de referencia hasta la crisis política económica del 2001.

En palabras de Tobar (2012), durante la década de 1990 se ahondó el proceso de descentralización de la salud, se fortaleció el sector privado, que había crecido desde la última dictadura de 1976, y se produjeron políticas públicas focalizadas. Estas reformas fueron producto de un programa de reestructuración neoliberal del Estado, de estabilidad monetaria y desregulación de la economía en un contexto de recesión económica que produjo una situación crítica del sistema de servicios de salud (Belmartino, 2005). Algunas de las medidas del gobierno de Carlos Menem fueron la transferencia de establecimientos hospitalarios nacionales a las jurisdicciones provinciales y la promoción de los Hospitales Públicos de Autogestión (HPA). Esta última iniciativa fue puesta en marcha bajo un Proyecto de Reforma del Sector Salud ejecutado por el Gobierno Nacional con el apoyo del Banco Mundial que tenía como propósito transformar hospitales en instituciones “eficientes”, capaces de obtener recursos a través del arancelamiento de los servicios a personas con capacidad de pago y prestadores de salud (Yedlin et al., 2012; Belmartino, 2005). En este sentido, la atención gratuita en los hospitales quedaba restringida a los sectores de más bajos ingresos que demostraran no tener cobertura de salud, obra social o seguro privado. En lo que respecta al Hospital Regional de Comodoro Rivadavia, este seguiría funcionando bajo órbita del poder ejecutivo de la provincia de Chubut. Según datos censales, para el año 1991 en el país el 57,6 % de la población contaba con cobertura de salud por obra social, el 4,6 % con cobertura de planes de medicina prepaga y el 36,4 % no contaba con estas coberturas (INDEC, 1991; Cetrángolo y Devoto, 2002).

¹⁸ Se conoce por Consenso de Washington al manifiesto desarrollado por el economista John Williamson en 1989, quien recomendaba una receta de desarrollo neoliberal para los países en crisis económica, a la que adscriben los organismos crediticios multilaterales estableciendo pautas para las condiciones de elegibilidad de la asistencia financiera a los países. Entre ellos se encontraban: ajuste del déficit fiscal, apertura de la Economía, estabilidad monetaria, mayor eficiencia del gasto fiscal y social, y reformas pro-competitivas (Arce, 2010).

La reforma del sistema de salud de la década de 1990 se inscribe en las llamadas reformas de “segunda generación” impulsadas por el Banco Mundial (1993) y el Banco Interamericano de Desarrollo (1994), que luego de las reformas macroeconómicas en muchos de los países de América Latina buscaban “modificar cuestiones tales como los servicios de salud, la flexibilización del mercado laboral, el mejoramiento del transporte y de la gestión pública, así como a fortalecer y mejorar la capacidad institucional del Gobierno” (Acuña y Chudnovsky, 2002: 29). Para el gobierno, la salud era un gasto del Estado que debía reducirse, lo que permitía ajustarse a los requerimientos de los organismos internacionales, reforzados por la condicionalidad de los préstamos, la presión de los grupos poderosos económicos y una ideología neoliberal (Acuña y Chudnovsky, 2002).

En este contexto, se desarrollaron programas con el apoyo y financiamiento de los organismos financieros internacionales, del BID (Banco Interamericano de Desarrollo), el BIRF (Banco Internacional de Reconstrucción y Fomento), así como del Banco Mundial, que tenían como líneas fundamentales el derecho a la salud con criterios de “equidad, solidaridad, eficacia y calidad” dispuestos por organismos internacionales de salud. En este marco, se han desarrollado una serie de programas: Programa Materno-Infantil (ProMIN), el Proyecto de Reforma del Sector Salud (PReSSal), el Programa de Reconversión de las Obras Sociales (PROS), el Programa de Rehabilitación de Infraestructura, el Programa de Lucha contra el SIDA y las ETS (Guerrero Espinel et al., 1997).

Particularmente, el Programa Materno-Infantil y de Nutrición (PRoMIN) tenía como finalidad disminuir la tasa de morbilidad materno-infantil, previendo “promover el desarrollo psicosocial de los niños entre 2 y 5 años mejorando su dieta y su proceso de maduración y apoyando el desarrollo de comedores escolares” (Guerrero Espinel et al., 1997: 26). Este programa tenía como población objetivo los “hogares con necesidades básicas insatisfechas (NBI)” descentralizando las funciones, generando capacitaciones, comunicación social y previendo cobertura de atención obstétrica y pediátrica (Potenza Dal Masetto, 2012).

En palabras de Cetrángolo y Devoto (2002), la salud pública, al seguir un modelo basado casi exclusivamente en la actividad hospitalaria, destinaba casi todos sus recursos al nivel secundario —patologías más serias que requieren cuidados especiales

o internación—, al terciario —alta complejidad— y a las emergencias. Esto conllevó un detrimento del desarrollo de programas de atención primaria de salud. Asimismo, el proceso de descentralización fiscal tuvo como contrapartida una multiplicidad de respuestas locales, en lo referido a las políticas de salud pública locales. La reforma del sector salud a partir de la década de 1990 ha implicado el desarrollo de diferentes normativas orientadas a la organización, regulación, fiscalización y control del sector en sus tres subsectores (Guerrero Espinel et al., 1997). En este periodo, el sector público consolida su función en cuatro tipos de intervenciones: prestación de servicios y realización de programas, financiación, regulación y hacedor/articulador de políticas públicas en los ámbitos de la política nacional, provincial y municipal (Abuelafia et al., 2002).

En 1996 se crea la Superintendencia de los Servicios de Salud como organismo descentralizado dependiente del Ministerio de Salud, con el objeto de supervisar, fiscalizar y controlar a los agentes que integran el Sistema Nacional del Seguro de Salud. Asimismo, se estableció el Programa Médico Obligatorio (PMO) como el conjunto de prestaciones para los beneficiarios que se ve obligado a ofrecer todo agente asegurador. Este programa tiene antecedentes en un conjunto de leyes y decretos y en las resoluciones del Ministerio de Salud 247/96 y 939/00. Tras la crisis sociopolítica de principios del siglo XXI en Argentina, es declarada la Emergencia Sanitaria Nacional a comienzos de 2002. En ese momento, el PMO fue reemplazado por un nuevo paquete de prestaciones denominado Programa Médico Obligatorio de Emergencia (PMOE 201/2002) (Zeballos, 2003).

En este contexto, en el año 2004 el Consejo Federal de Salud (CoFeSa) suscribe el Plan Federal de Salud, que luego fue avalado por la Presidencia de la Nación, por el que se establecieron metas escalonadas para todas las áreas de la Salud Pública, durante el período 2004-2007. Fundamentadas en este instrumento de consenso político, se adoptaron la mayor parte de las decisiones nacionales en materia de Salud a partir de ese momento. El Consejo Federal de Salud (CoFeSa) reúne a las autoridades sanitarias de las provincias y el Estado nacional argentino, como un espacio en el que se determinan las líneas de acción del sistema de salud, institucionalizado por ley a partir de 1981 (Arce, 2010). En palabras de Zeballos (2003), las autoridades del Ministerio de Salud, con el apoyo del CoFeSa impulsan el fortalecimiento de la Atención Primaria de

la Salud (APS) y la dotación gratuita de medicamentos esenciales mediante el programa Remediar¹⁹, diseñado para resolver en el primer nivel de atención por lo menos 80 % de las patologías más frecuentes. En este Plan Federal se reconocen los problemas de eficiencia y equidad como parte del desarrollo histórico del sistema de salud, explicitándose las condiciones de fragmentación y heterogeneidad que lo caracterizan y la desigual cobertura que recibe la población (Belmartino, 2005).

El Ministerio de Salud, ante la situación de emergencia sociosanitaria, fortalece una serie de programas, algunos de los cuales ya estaban en marcha desde años anteriores, entre los que se encuentran: Programa Nacional de Salud Materno infantil; Programa Materno infantil y Nutrición (PROMIN); Programa Nacional de Inmunizaciones; Atención Geriátrica; Programa de Asistencia a Situaciones de Crisis Sociosanitaria; Programa Nacional de Control de Vectores; Comisión Nacional de Prevención y Control del Cólera y Enfermedades Diarreicas; Programa Nacional de Lucha contra el VIH/SIDA y las Enfermedades de Transmisión Sexual (ETS); Programa de Apoyo Nacional de Acciones Humanitarias para las Poblaciones Indígenas (ANAHI); Programa Federal de Salud (PROFE), y Programa de Donaciones para la Emergencia Sanitaria (REDES).

Como explican Freidin et al. (2020), a partir del año 2003 al 2015 desde las políticas nacionales sanitarias se desarrollaron planes con la prioridad de garantizar el acceso de los grupos más vulnerables a servicios y medicamentos. Esto se dio a través de la Ley de Prescripción de Medicamentos por Nombre genérico; el Programa Remediar; el Plan Nacer/Programa Sumar; el Programa de Salud Sexual y Procreación Responsable, y el Programa Médicos Comunitarios, buscando garantizar una cobertura básica de determinados servicios a la población de todo el país. Particularmente, el Plan Nacer fue creado en agosto de 2004, reconociendo como antecedentes otras iniciativas puestas en marcha para disminuir la mortalidad materna infantil²⁰. Este programa se plantea como objetivos disminuir el componente sanitario de la morbi-mortalidad materno infantil y fortalecer la red pública de servicios de salud (Potenza Dal Masetto,

¹⁹ Es un programa vigente que garantiza el acceso a medicamentos esenciales a través de la distribución directa a los Centros de Salud.

²⁰ Se entiende por mortalidad materna e infantil a la tasa de muertes de mujeres durante los procesos de embarazo, parto y posparto, así como la tasa de muertes de niños y niñas menores de un año.

2012). Este tipo de acciones se inscriben en los compromisos que el país asume como parte de los Objetivos de Desarrollo del Milenio (CNCPS–PNUD, 2009). Así, se reconoce la necesidad de inversión y decisión sanitaria sobre los servicios de salud pública con el objetivo de fortalecer particularmente la salud materna e infantil.

En lo que respecta a las migraciones, en el año 2003 se promulga la ley nacional de migraciones N° 25.871, que introduce un cambio de paradigma en materia de política pública, modificando la perspectiva punitivista, represiva y restrictiva de derechos para la población migrante instaurada en la última dictadura militar (Domenech, 2012; Canelo et al., 2018). Como venimos observando, la condición migratoria se presenta en muchos casos como condicionante en la vulneración de derechos, asociando discursivamente la criminalidad con la migración y culpabilizando a esta población de la inseguridad el desempleo, los bajos salarios y el colapso del sistema sanitario (Canelo et al., 2018). A partir de esta nueva normativa, reglamentada en el año 2010, se establece la garantía de derechos para el acceso a la salud, la asistencia social y atención sanitaria sin distinción de situación migratoria.

En este marco de políticas públicas desde la fundación del Hospital Regional en Comodoro Rivadavia, el sistema público de salud en la ciudad se fue complejizando en la ampliación a través de Centros de Atención Primaria de Salud en diferentes barrios, previendo una cobertura en diferentes niveles de atención. Esta breve historización del sistema público de salud, la forma de tematizarla y las acciones llevadas adelante por la gestión estatal en Argentina y la provincia constituyen la conformación del actual sistema público de salud. Como veremos en los próximos apartados, la actual conformación del sistema público de salud se produce en una serie de lineamientos y acuerdos de agencias internacionales, estatales y particularmente en la gestión local de la política sanitaria.

2.2 Organización del sistema público de salud. Más caciques que indios

La actual organización del sistema público de salud es parte de una larga historia de los diferentes modos en que el Estado nacional argentino ha tematizado la salud

como un campo de gestión e intervención. Al presente, el sistema de salud pública en Argentina está integrado por estructuras administrativas ministeriales a nivel nacional y provincial, subsecretarías de salud municipal, así como se encuentra compuesto por la red de hospitales y centros de salud públicos que prestan atención gratuita a toda persona que lo demande, financiado con recursos fiscales (Belló y Becerril-Montekio, 2011). A cada ministerio de salud provincial le corresponde la gerencia y la gestión política y técnica de las unidades o establecimientos del sistema, para el cumplimiento de los programas y actividades de salud en la respectiva jurisdicción política (Guerrero Espinel et al., 1997).

Cabe destacar que entre los años 2018 y 2019, durante el gobierno de Mauricio Macri, el Ministerio Nacional de Salud fue eliminado como tal y degradado a rango de Secretaría dentro del Ministerio de Desarrollo Social por decreto del poder ejecutivo²¹. Esta medida tenía como objetivo lograr una disminución en el gasto público, en consonancia con el modelo de Estado neoliberal propulsado por representantes del poder ejecutivo del momento. Así se produjo un desfinanciamiento del subsector público de salud, reduciendo la distribución de insumos, discontinuando entrega de medicamentos, vacunas y dando de baja programas de salud (FSS, 2018).

En lo que respecta al Ministerio de Salud de la provincia de Chubut — conformado a partir de la primera Dirección de Salud Pública y Seguridad Social en la provincialización de 1958, como ya vimos—, se organiza en cuatro subsecretarías — Programas de Salud, Recursos Humanos y Capacitación, Gestión Institucional; y Gestión Económica—, entre las que se dividen responsabilidades institucionales y de gobierno. En lo que refiere a la organización jurisdiccional del sistema, este se divide en cuatro áreas programáticas, en las que se agrupan geográficamente los departamentos provinciales, denominadas Norte, Esquel, Trelew y Comodoro Rivadavia. Esta última coordina el trabajo de cuatro hospitales rurales (nivel III) y el Hospital Regional (nivel VIII) ubicado en la ciudad de Comodoro Rivadavia (ver cuadro Niveles de complejidad). Este hospital atiende la demanda espontánea y programada de la ciudad y localidades aledañas.

²¹ Boletín Oficial, Decreto 95/2018.



Ilustración 7 – Mapa de las áreas programáticas de la provincia. Ministerio de Salud. Fuente: Ministerio de salud de Chubut. Anuario estadístico de salud (2015).

La ciudad de Comodoro Rivadavia, del departamento Escalante, cuenta con veintinueve centros de salud de baja complejidad (nivel II), ubicados en diferentes barrios, de los cuales dieciséis son Centros de Atención Primaria de Salud (CAPS) de dependencia provincial y trece son Centros de Promoción Barrial de dependencia municipal. Cada CAPS depende organizacionalmente del Departamento de Área Externa, división de la Dirección del Hospital Regional de Comodoro Rivadavia.

Categorías de los establecimientos sanitarios. Niveles de complejidad

NIVEL I Atención ambulatoria. Visita programada de médico general. Enfermería permanente.

NIVEL II Atención ambulatoria médica general. Dispone de imágenes y laboratorio.

NIVEL III Internación simple. Hospitales rurales.

NIVEL IV Internación con Clínica médica - Cirugía - Pediatría y Toco ginecología

NIVEL V Atención ambulatoria diferenciada: Clínica médica - Pediatría - Toco ginecología. Cuenta con laboratorio y Radiología.

NIVEL VI Internación con Clínica médica - Cirugía - Pediatría y Toco ginecología. Se Agregan servicios auxiliares de diagnóstico y tratamiento.

NIVEL VII Atención ambulatoria, pero realiza prácticas quirúrgicas.

NIVEL VIII Internación de complejidad.

NIVEL IX Internación de complejidad, docencia universitaria.

Ilustración 8 – Cuadro de categorías de establecimientos sanitarios. Fuente: Ministerio de salud Nacional. Registro federal de establecimientos de salud (2009)

Como expusimos anteriormente, el Hospital Regional inaugurado en agosto de 1968, reemplaza el funcionamiento del pequeño hospital de gestión vecinal. El nuevo edificio contaba con una amplia infraestructura, que hasta la actualidad es una de las más grandes de la región (Dal Bó, 2008). Por su parte, los CAPS fueron consolidándose como pequeñas salas de primeros auxilios en algunos barrios de la ciudad desde la inauguración del hospital, creciendo en número y complejidad con el retorno de la democracia, acompañando el crecimiento poblacional y urbano.

2.2.1 Centros de Atención Primaria de Salud

Como comentamos previamente, Julio refiere a la acentuada jerarquización en la gestión del sistema público de salud a través de la metáfora de los indios y los caciques. En una de mis primeras visitas al Centro de Salud San Cayetano, que él coordina, me explicó el funcionamiento de los diferentes rangos al interior del Ministerio de Salud provincial que iría comprendiendo a lo largo de este trabajo. Cada centro de salud cuenta con un médico coordinador general; es decir, estos CAPS dependen del Departamento de Área Externa del Hospital Regional, que cuenta con un médico coordinador general. Asimismo, el Hospital Regional cuenta con una dirección administrativa que depende del Área Programática Sur de la Provincia al interior del Ministerio provincial de Salud. Esta estructura de organización del trabajo en el sistema público de salud no es evidente, en algunos casos ni siquiera para quienes trabajan aquí.

Sumado a esto, como veremos, cada especialidad dentro de esta organización se ajusta a otras jerarquías que le son propias.



Ilustración 9 - Organigrama de jerarquías institucionales de los CAPS al interior del Ministerio de salud de Chubut. Elaboración propia.

Los CAPS cuentan con equipos de trabajo compuestos por medica/o coordinador/a —de especialidad clínica o ginecológica—, trabajadoras administrativas, trabajadoras de mantenimiento, enfermeras/os, medica/o pediatra o de otras especialidades, en algunos casos odontóloga/o, psicóloga/o, kinesióloga/o y trabajadoras comunitarias de salud en terreno.

Los CAPS San Cayetano y 30 de Octubre, en los cuales desarrollo el trabajo de campo, se ubican en la zona sur de la ciudad, en barrios periurbanos en los que vive la mayor cantidad de migrantes provenientes de Bolivia. Como veremos en el capítulo cuatro, esta población, en general, al no encontrar respuestas por parte del Estado y del mercado formal constructor e inmobiliario, apelan a la toma de tierras y a la autopromoción de la vivienda como un medio de satisfacer sus necesidades habitacionales (Bachiller et al, 2015).

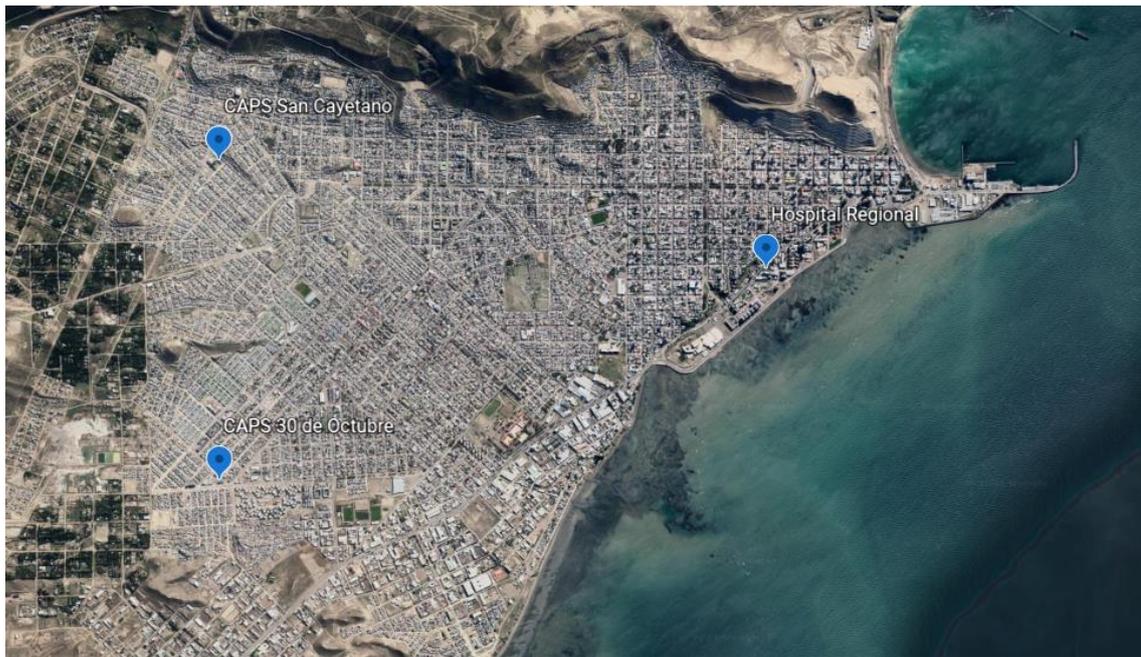


Ilustración 10 - Imagen satelital de la zona sur de la ciudad de Comodoro Rivadavia tomada de Google Earth (Escala 1:1.000m). Georreferencia de Hospital Regional, CAPS San Cayetano y CAPS 30 de Octubre. Elaboración propia (2019).

El CAPS 30 de Octubre se encuentra situado en el barrio homónimo que le da nombre a esta institución. Este CAPS cuenta con un área programática extensa, recibiendo población de distintos barrios aledaños. Entre ellos se encuentra el Barrio 30 de Octubre, conocido también como “Las 1008 viviendas”, Barrio “Las Américas” o Extensión del 30 de Octubre, Barrio Abel Amaya, Barrio Juan XXIII, Barrio Isidro Quiroga, Barrio Fracción 14 y Cordón Forestal. El equipo de trabajo está compuesto por Miguel, médico coordinador, el equipo de cuatro trabajadoras comunitarias de salud en terreno, una médica generalista, cuatro enfermeras, una odontóloga, dos trabajadoras administrativas y una trabajadora de maestranza, quienes cumplen funciones de lunes a viernes en la institución. Asimismo, el CAPS cuenta con una médica pediatra y una licenciada en psicología que rotan algunos días por la institución.

El CAPS San Cayetano se ubica en el barrio que lleva su mismo nombre en el extremo suroeste de la ciudad. Su área programática está compuesta por el propio barrio y la Extensión del San Cayetano. Este CAPS cuenta con Julio, el médico coordinador, el equipo de cinco trabajadoras comunitarias de salud en Terreno, dos enfermeras, una médica generalista, una médica pediatra, dos trabajadoras administrativas y una trabajadora de maestranza, quienes cumplen labores de lunes a viernes en la institución.

Por otro lado, también cuenta con un kinesiólogo, un terapeuta ocupacional y un médico traumatólogo que rotan algunos días a la semana por el CAPS.

Estos Centros de Salud tienen la particularidad de ser dos de los más grandes de la ciudad, compuesto por un amplio equipo de profesionales, en comparación a otros CAPS, por su demanda progresiva, particularmente en los últimos años de crecimiento poblacional. Además, estos equipos de trabajo tienden a modificarse debido a la rotación de profesionales entre diferentes CAPS o el Hospital Regional según demanda y disponibilidad. Estos equipos de salud trabajan en la atención espontánea y programada de lunes a viernes de 8:00 a 14:00, con una organización interna que también responde a las jerarquías ministeriales, contando, en el caso de enfermeros, con una persona responsable de la supervisora en la institución, otra en la supervisión del área programática sur y otra supervisión a nivel provincial. Esta estructura se replica como veremos en el próximo capítulo con las trabajadoras comunitarias.

Los y las profesionales con los que tengo contacto, en su mayoría, son migrantes internos provenientes de otras provincias de Argentina, algo que se incentiva desde la administración estatal dada la escasez de recurso humano capacitado en especialidades médicas en la ciudad. Por otro lado, las trabajadoras comunitarias son todas mujeres, nacidas en la ciudad o en otras localidades de la provincia que, como veremos en el siguiente capítulo, realizan un curso anual de capacitación para ingresar al sistema de salud y/o la Tecnicatura superior en salud comunitaria impartida en la ciudad.

Los edificios de ambos CAPS disponen de una infraestructura típica de los edificios públicos contemporáneos en la provincia, de mampostería y techo a dos aguas, rodeado por rejas que los separan de las veredas. Se ubican en terrenos que disponen de un pequeño estacionamiento para autos, utilizado por quienes trabajan allí, y para el ingreso de ambulancias. Ambos edificios en su interior tienen idénticas proporciones y disposición de espacios, contando con siete salas de consulta médica, la sala de salud comunitaria, enfermería, administración, un salón de usos múltiples con pequeña cocina, baños y un amplio hall y sala de espera. Esta última tiene una forma rectangular de aproximadamente 6 por 20 metros, desde la que se tiene acceso a todas las puertas de consultorios, salas y baños. En las paredes se pueden observar carteles que hacen referencia a los horarios de administración, turnos, publicidad de actividades en el

barrio y dependiendo del momento del año carteleras con información sobre la labor de trabajadoras comunitarias, como veremos en el capítulo próximo.



Ilustración 11 - Fotografía del Centro de Atención Primaria de Salud San Cayetano (2016).

La tarea cotidiana en ambos CAPS se inicia a las 8:00 de la mañana, cuando la trabajadora administrativa, encargada de la llave del establecimiento, abre sus puertas. Es común ver personas haciendo fila fuera de estos edificios previamente al horario de apertura, para poder conseguir un turno médico a tiempo, antes de que se agoten los que se dispensan diariamente. En una de las charlas con Mónica, empleada administrativa del CAPS San Cayetano, me comenta que ella decidió comenzar a abrir a las 7:30 para dar turnos y que la gente no tenga que esperar tanto tiempo. Me explica que tomó esta decisión porque sobre todo en invierno hace mucho frío y hay gente que va a hacer fila con niños, por lo cual habló con el coordinador para que la autorice a ingresar más temprano.

En la primera hora de la mañana, una vez que se encuentra abierto el edificio, van ingresando trabajadores y trabajadoras del CAPS. La sala de espera ya está llena de gente. En general, aguardan a ser atendidas unas cincuenta personas, de las cuales la mayoría son mujeres con niños en brazos, en carros y otros que deambulan por la sala. Algunas personas están sentadas en bancos, dispuestos en el centro de la sala y mirando hacia la sala de enfermería y el consultorio ginecológico. Otras personas se encuentran

en bancos dispuestos contra algunas paredes y algunas están paradas. Muchas aguardan en silencio, algunas mujeres hablan entre ellas y, generalmente, hay niños jugando. A medida que transcurre la mañana, la sala se va vaciando, a medida que las personas son atendidas y se retiran.

Las trabajadoras comunitarias, salen a realizar las visitas domiciliarias cotidianas entre las 9:00 y las 10:00 de la mañana, si no deben realizar ninguna otra tarea administrativa en el CAPS. Ellas regresan al edificio cerca del mediodía, cuando la sala de espera está ya con pocas personas o vacía. En sala de enfermería siempre hay algún médico o médica tomando mates, charlando o gestionando la aplicación o entrega de alguna medicación para consultantes. La sala de trabajadoras comunitarias también se constituye en un lugar de encuentro entre trabajadores. Una vez que regresan de las visitas domiciliarias, acomodan papeles en sus carpetas y a veces gestionan con otros profesionales o administrativas problemáticas de algún caso de las familias visitadas. Cerca de las 13:00 se organiza el almuerzo entre quienes están en el edificio. Por lo general, cocina o prepara la comida alguna de las enfermeras, trabajadoras comunitarias o la trabajadora de mantenimiento. Otras veces, cada una lleva su vianda para el almuerzo o piden comida en alguna rotisería del barrio. Esta es una de las últimas actividades que realizan en el centro de salud, quedando siempre una persona en administración y enfermería en caso de que no se cierre la puerta de ingreso con llave.

2.2.2 Atención Primaria de la Salud y Programas

El trabajo de los Centros de Atención Primaria de Salud se da bajo los lineamientos nacionales y provinciales basados en el modelo de Atención Primaria de la Salud (APS), que fue ganando injerencia desde la década del setenta en la política pública. Esta estrategia, definida por tratados internacionales, promueve la asistencia sanitaria accesible a todos los individuos y familias de la comunidad a través de la promoción, prevención y curación que modifica el peso de la práctica médico-asistencial (OMS, 1978). Este modelo implica una visión integral que incluye la conformación de redes de atención en centros del primer nivel articulados con centros de segundo y tercer nivel de complejidad (Alse y Buriyovich, 2009). Como explicita la Organización Panamericana de la Salud, las redes de atención son una expresión operativa de la APS, en tanto garantizan “[...] la cobertura y el acceso universal, los primeros contactos con los servicios de salud; la atención integral, integrada y continua;

el cuidado apropiado; la organización y gestión óptima; la orientación familiar y comunitaria, y la acción intersectorial, entre otros” (OPS, 2010: 11).

Si bien se reconoce la institucionalización del modelo de APS a partir de la declaración de Alma-Ata en 1978, como explica Feo (2012), existían experiencias previas que trabajaban desde sus lineamientos. Se destacan algunos elementos fundamentales de la APS que entran en conflicto con las visiones hegemónicas del pensamiento médico:

La salud como derecho fundamental del ser humano, señalando la responsabilidad del Estado para garantizarla; la universalidad y la integralidad como elementos claves de la organización del cuidado a la salud, reconociendo y exigiendo acción intersectorial; la organización y participación de la comunidad como componente central de la construcción social de la salud; además, plantea el tema de la necesidad de recursos humanos apropiados para su desarrollo (Feo, 2012: 353).

Para este modelo de APS, cobró relevancia en Argentina la instalación de redes de servicio que ampliaran la cobertura en salud y priorizaran el contacto con las comunidades incorporando “agentes sanitarios” en zonas rurales y periurbanas (Hirsch y Lorenzetti, 2016). Particularmente en la provincia de Chubut, desde el año 2006 se profesionaliza la figura de “agentes sanitarios” tras una iniciativa del Ministerio de Salud Provincial y el Ministerio de Educación, creando en 2009 la tecnicatura superior en salud comunitaria y la figura de trabajadoras comunitarias de salud en terreno que desarrollan sus tareas en CAPS y puestos sanitarios rurales. Como veremos en el capítulo tres, la formación de trabajadoras comunitarias y su inclusión en los equipos de salud tuvo como objetivo profundizar el modelo de APS y reducir las inequidades en salud que tuvieron como corolario las reformas económicas neoliberales de la década de los '90 en la región (Coicaud, 2013).

En enero de 2017, tras solicitar acceso a los informes de censos periódicos que se realizan en ambos CAPS, las supervisoras de trabajadoras comunitarias, Sonia y Natalia, me recomiendan que hable con Rubén, jefe de Área Externa, para pedir estos informes, que él archiva y eleva periódicamente al Ministerio de Salud provincial. Rubén es el jefe del Área Externa del Hospital Regional, de quien depende la coordinación de todos los CAPS de la ciudad. Luego de algunas indicaciones de las trabajadoras comunitarias, me dirijo al despacho de Rubén. Tiene su lugar de trabajo en el edificio central del hospital y es médico generalista proveniente de la provincia de

Córdoba. Tras presentarme y comentarle el motivo de mi visita y las referencias a los centros de salud me hace pasar a su oficina, donde hablamos unos minutos, comentando que justo están en “cierre de rondas”. Tiene un aspecto serio, es de tés trigueña y ronda los 40 años. Se muestra interesado por mi trabajo y en seguida comienza a hablarme sobre su rol.

Rubén está a cargo de los dieciséis CAPS provinciales de Comodoro, de los cuales dos son compartidos con el municipio y uno es especializado en adolescencia. Comenta que a partir de los informes trimestrales, donde se recaba información de las visitas que realizan las trabajadoras comunitarias a familias con determinados indicadores de riesgo en salud o “necesidades básicas insatisfechas”, ellos diseñan estrategias de salud para disminuir algunas problemáticas que sean relevantes. Me explica que las supervisoras de trabajadoras comunitarias presentan el informe F2 y F3, y que él debe elevar el informe F4 que contiene todos los datos del área programática de Comodoro Rivadavia.

Él comenta que realizó la residencia en clínica médica en Córdoba y que llegó a Comodoro por el programa de médicos comunitarios, por medio del cual estuvo un tiempo en el CAPS 30 de Octubre. Allí, en dos años desarrollaron un proyecto de intervención para mejorar la calidad de la atención a mujeres embarazadas, comentando que había muy bajo número de controles de embarazos, puerperios y pediátricos. Cuando le consulto por problemáticas que considere relevantes en los centros de salud, Rubén identifica a las migraciones en sí mismas como un problema, que sumado a “la mala organización de políticas habitacionales traen aparejado problemas sanitarios – [...] por las condiciones en las que viven. Diarrea en verano y respiratorias en el invierno”. Rubén también identifica al desempleo, principalmente en la industria petrolera, como un factor que trae aparejado el aumento de la demanda en el sector público. Expone: “personas que antes se atendían por obras sociales o prepagas ahora acuden al sistema público”. Un tercer problema que identifica Rubén es el “déficit de profesionales”. Por un lado, la falta de profesionales en la provincia y la preferencia de muchos médicos y médicas por trabajar en el sector privado que es más redituable económicamente. Un problema que remarca es la tardanza en la designación de los profesionales. Me explica que hace tiempo el hospital perdió autonomía para designar

profesionales y que actualmente ellos realizan la postulación, pasa por el Área programática sur y de ahí al Ministerio provincial de Salud.

Ante las problemáticas identificadas, Rubén hace referencia a la necesidad de fortalecer la atención primaria de salud, a partir de la tarea en los equipos de los CAPS, de las trabajadoras comunitarias de salud en terreno y de los programas de salud. El trabajo de los CAPS se enmarca en una serie de programas provinciales y nacionales. En palabras de Naranjo (2006), los programas consisten en una serie de actividades organizadas e integradas, destinadas a alcanzar unos objetivos concretos y definidos de manera previa para mejorar el estado de salud de una población. Entre los programas de salud más importantes a través de los cuales realizan su labor los equipos de ambos CAPS se encuentra el Programa Sumar, el Programa de Salud Sexual y Procreación responsable y el Programa Médicos Comunitarios.

El Programa Médicos Comunitarios (actual Programa de Equipos Comunitarios) tiene como objetivo principal fortalecer la estrategia de APS, como política de Estado, en los sistemas locales de salud. Este programa brinda becas de apoyo y capacitación a médicos, enfermeros, odontólogos, trabajadores sociales, psicólogos y agentes sanitarios (Freidin et al., 2020). A partir de este programa, ingresaron algunos médicos al sistema de salud en la ciudad, como el actual coordinador del CAPS 30 de Octubre y algunas trabajadoras comunitarias de salud en terreno.

Por su parte, el Programa nacional Sumar funciona desde el año 2012, ampliando la cobertura del anterior Plan Nacer iniciado en el año 2004. Este Programa brinda cobertura a la población materno-infantil, niños/as y adolescentes de 6 a 19 años y a las mujeres y hombres hasta los 64 años, teniendo como objetivos principales disminuir la mortalidad materno-infantil, mejorar el cuidado de la salud de los niños/as y adolescentes, el cuidado de la mujer, buscando principalmente reducir el cáncer de útero y mama y el cuidado del hombre buscando reducir el cáncer colorrectal. Este programa tiene como meta cubrir a toda la población que no dispone de obra social. Así, esta estrategia prevé que por cada persona “bajo programa” y por cada consulta y control que se realice, el CAPS reciba recursos para fortalecer al equipo mejoras de los servicios (Ministerio de Salud de la Nación, 2019).

En julio del 2015 se puso en funcionamiento el Programa Qunita, “Programa nacional de acompañamiento de la madre y del recién nacido” al que se hizo referencia en el capítulo uno. A partir de este se entregaba a las mujeres beneficiarias un kit que contenía una cuna de madera, un colchón, un juego de sábana, un libro “Guía de cuidados”, indumentaria para el recién nacido y las mujeres. Estos elementos se entregaban a las mujeres cuando recibían el alta médica luego del parto en el Hospital Regional. El programa tenía como finalidad fomentar los nacimientos en servicios de salud, mejorar la calidad y el número de controles prenatales e incentivar la consejería a madres. Este programa fue desarticulado en enero de 2016 por el gobierno de Mauricio Macri, mediante una causa judicial que apelaba a la “inseguridad de las cunas para recién nacidos”²².

Otro de los programas de relevancia en la tarea cotidiana de los CAPS es el Programa Nacional de Salud Sexual, creado por ley en el año 2002 y reglamentada en el año 2003, y el Procreación Responsables en conjunto con el Programa Provincial de Salud Sexual y Reproductiva, creada por ley en el año 1999 y reglamentado en el año 2000. El Programa nacional tiene como objetivos:

Alcanzar para la población el nivel más elevado de salud sexual y procreación responsable, con el fin de que pueda adoptar decisiones libres de discriminación, coacciones o violencia; disminuir la morbimortalidad materno-infantil; prevenir embarazos no deseados; promover la salud sexual de los adolescentes; contribuir a la prevención y detección precoz de enfermedades de transmisión sexual, de VIH/Sida y patologías genitales y mamarias; garantizar a toda la población el acceso a la información, orientación, métodos y prestaciones de servicios referidos a la salud sexual y procreación responsable; potenciar la participación femenina en la toma de decisiones relativas a su salud sexual y procreación responsable (Ley Nacional N° 25673).

Por su parte, el Programa provincial plantea como objetivos principales:

Promocionar la salud individual y familiar, garantizando el derecho que asiste a las personas de poder decidir libre y responsablemente sus pautas sexuales y reproductivas, ofreciendo los medios para posibilitar ese derecho; Contribuir al mejoramiento de la salud de la madre, el niño y la familia, propendiendo a reducir la morbimortalidad materno-infantil; Brindar asesoramiento preventivo sobre posibles enfermedades de transmisión sexual y cáncer génito-mamario (Ley Provincial N° 4.545).

Estos programas se caracterizan por ser políticas focalizadas a través de las cuales se definen prioridades y establecen grupos beneficiarios de programas. En enero del 2017, Rubén me comenta que los recursos materiales que reciben los CAPS son

²² “Salud dio de baja el Plan Qunita por su ‘peligrosidad’”. *Agencia Telam*, 14 de abril de 2016. <https://www.telam.com.ar/notas/201604/143316-ministerio-de-salud-plan-qunita.php>

principalmente a partir del Programa Sumar. Cada CAPS cobra por mes el número de órdenes que haya facturado y ellos desde la jefatura realizan una redistribución dependiendo de las necesidades del momento. Asimismo, me comenta que el programa Remediar dejó de existir con la asunción del nuevo gobierno nacional, ya que cayeron todas las licitaciones previas. El programa Qunita también dejó de existir: “solo duró muy poco tiempo”. De igual modo, hubo un cese en el envío de material y anticonceptivos del Programa Nacional de Salud Sexual y Reproductiva, pero para ellos no fue un problema, ya que tenían guardados muchos materiales.

Además de la desinversión en política sanitaria a nivel nacional, en Chubut desde agosto del año 2019 trabajadores y trabajadoras en funciones públicas viven una situación de emergencia por la crisis económica financiera de la provincia. En este contexto, el gobierno de Mariano Arcioni ha decidido pagar salarios de modo escalonado y con retrasos, lo cual ha llevado a trabajadores y trabajadoras de diferentes ramas del servicio público a tomar medidas de fuerza sindicales, en algunos casos restringiendo la atención sanitaria. En el caso de los CAPS San Cayetano y 30 de Octubre, los equipos de salud realizan algunos días “retención de servicios”²³, pero solo en ocasiones especiales, considerando que su actividad es esencial para la comunidad a pesar de estar a favor de los reclamos y medidas de fuerza propuestas por el gremio.

2.3 Gestión de la política pública en el sistema público de salud

Como venimos observando, el sistema público de salud se ha ido constituyendo a lo largo del siglo XX a partir de lo que se ha definido como parte de la salud, las incumbencias y acciones del Estado nacional y provincial. Este proceso se ha consolidado a partir de la hegemonización del modelo biomédico y el control poblacional con un foco particular en la maternidad, que aún puede observarse en los programas de salud. La consolidación del Estado-nación-territorio en Argentina se produce en concomitancia con el proceso de tematización de la salud como bien público. Como explica Foucault (1977), las disciplinas del cuerpo y las regulaciones de

²³ Modo en que se denomina al cese de actividades laborales por medida de fuerza gremial.

la población constituyen los dos polos alrededor de los cuales se desarrolló la organización del poder sobre la vida. Así se constituye lo que el autor denomina “umbral de modernidad biológica”, en el que se sitúa el momento en que “la especie entra como apuesta del juego en sus propias estrategias políticas” (1977: 85). Este proceso se inscribe en lo que Foucault (2006: 137) denomina la “gubernamentalización del Estado”, donde la organización político administrativa y territorial fue gestionando tácticas y definiendo lo público y lo privado, particularmente a través del dominio de la medicina moderna. Asimismo, estos modos de organización y gestión hacen parte de lógicas de poder moderno-colonial, en los que el Estado-nación argentino se instituye desde una racionalidad que buscó suplantar el atraso que representaban otras prácticas de cuidado de la salud. En palabras de Martínez-Andrade (2008), el “Estado de naturaleza” debía ser trascendido por un “Estado político” por medio de aparatos o instituciones geopolíticamente determinadas. Este proceso histórico se produce, como vimos previamente, con el mito motor de la identidad nacional argentina a través del cual se generan clasificaciones étnico-raciales y se producen “otros internos” (Briones, 2005; Segato, 2007).

Aquí nos interesa destacar la importancia de una perspectiva sobre la gestión cotidiana de la política sanitaria en el sistema público de salud, a partir de la cual se puede observar el modo en que efectores de salud interpretan la política sanitaria, le dan forma a través de sus acciones y marcos interpretativos, construyen una serie de relaciones a través de su tarea y los efectos que estas acciones tienen en las personas destinatarias. Más allá de las disposiciones y programas, la tarea en los CAPS se produce en una serie de relaciones, en las que es posible observar otras lógicas de poder. En palabras de Grinberg (2007), se hace necesario acercarse a una perspectiva sobre las “gubernamentalidades”, poniendo el foco sobre la complejidad de las vidas cotidianas, las contradicciones y luchas emergentes, los procesos de subjetivación desde el punto de vista de los sujetos, así como las luchas y resistencias cotidianas, sus complejidades y contradicciones.

En contraposición a los modelos simplificadores de la política pública, que la entienden como racionales, lineales y sin referencia a sus contextos socioculturales (Wedel et al., 2005), afirmamos que estas pueden ser interpretadas en cuanto a sus efectos, las relaciones que crean y los sistemas de pensamiento más amplios en las que

están inmersas. Shore (2010) expone que estas reflejan un modo de pensar sobre el mundo, siendo herramientas de intervención para administrar, regular, cambiar la sociedad, presentándose como técnicas racionales y soluciones “naturales”. De este modo, las políticas públicas son fenómenos políticos, y tal naturaleza se oculta generalmente en el lenguaje racional (Wedel et al., 2005; Shore, 2010), particularmente para el campo de estudio de este trabajo, de la ciencia biomédica. Por este motivo, se hace necesario conocer el modo en que efectores de salud interpretan las políticas públicas, que exceden este espacio, y codifican lógicas de la salud pública en contextos de desigualdad.

En lo que respecta a los procesos migratorios, la construcción de ciudadanía, en tanto posibilidad de acceso a los servicios de salud, ha estado vinculada con las identidades nacionales. En este sentido y a partir de la historización, ha quedado en evidencia el modo en que se ha utilizado a la salud pública como un dispositivo de construcción de la identidad nacional argentina. Asimismo, se ha dado cuenta de la problematización de las migraciones, sobre todo cuando son provenientes de sectores subalternizados.

Desde las políticas higienistas cercanas a ideales eugenésicos de fines del siglo XIX y primeros años del siglo XX, hasta la búsqueda por restringir o arancelar el sistema público de salud para migrantes, dan cuenta de un tematización de la migración como problema. A partir de la nueva ley de migraciones del año 2003, que deroga la “Ley Videla”²⁴ de la última dictadura militar, en Argentina se establece el libre acceso al derecho a la salud, la asistencia social y atención sanitaria a todos los extranjeros, sin importar su situación migratoria. Sin embargo, esto coexiste con lógicas restrictivas de derechos para migrantes, dándose discusiones sobre proyectos de arancelamiento del sistema de salud pública a nivel local, desde el año 2016²⁵, y a nivel nacional, en 2018²⁶ en medios de comunicación y en altos círculos de decisión de política pública.

²⁴ Ley sancionada en 1981 “Ley General de Migraciones y Fomento de la Inmigración N° 22.439”. Esta normativa, conocida como “Ley Videla”, fue elaborada bajo la doctrina de la seguridad nacional dirigida a identificar enemigos internos y externos vinculados a la “ilegalidad”, entre los cuales estaban incluidos tanto los subversivos como los “ilegales o clandestinos”. La criminalización de los inmigrantes obligaba a maestros, médicos, entre otros, a denunciar ante la autoridad migratoria a los inmigrantes que se encontraran en situación irregular (Canelo et al, 2018).

²⁵ “Se analiza el posible cobro a pacientes extranjeros que se atienden en el Regional”. *Diario El Patagónico*, 21 mayo 2016. Disponible en: <https://www.elpatagonico.com/se-analiza-el-posible-cobro->

Por su parte, en los programas actuales del sistema público de salud se observa una preponderancia en la atención de la salud materno-infantil, en tanto población que requiere atención para disminuir la mortalidad y enfermedades prevalentes en la primera infancia y en los procesos de embarazo, parto y puerperio. Asimismo, se observa una preeminencia sobre la prevención de enfermedades de transmisión sexual, los métodos anticonceptivos, particularmente sobre el cuerpo de mujeres desde una perspectiva que pone en el centro a la familia y la “procreación responsable”, en tanto planificación y cuidado en los procesos reproductivos. Podríamos afirmar que a partir del inicio del nuevo siglo, con la creación de los programas sobre “salud sexual y reproductiva”, la temática adquiere relevancia nacional, ampliando la garantía de derechos con una serie de leyes que fueron promulgadas desde el año 2002 a la actualidad²⁷. A pesar de esto, se reconoce que existe una predominancia en los “derechos reproductivos”, haciendo énfasis en el rol de las mujeres en la reproducción y las enfermedades de transmisión sexual, donde los cuerpos se presentan vinculados a peligros a prevenir más que a la capacidad de disfrute. Así, como explica Brown (2015), el enfoque médico se basa en las ideas de riesgo, prevención y cuidado, penetrando en el discurso de los derechos (no) reproductivos y sexuales, enfatizando el derecho a la información y al conocimiento de la anticoncepción a fin de prevenir embarazos no buscados y la transmisión de infecciones de transmisión sexual. Así, persiste un discurso heterosexual reproductivo vinculado con la salud y la procreación, en vinculación con una idea del sujeto liberal de la ciudadanía, individualista, racional y heterosexista reproductivo enfocado en el riesgo y la prevención (Brown, 2015: 338).

En el marco del complejo organizacional del sistema público de salud, sus programas, las funciones y jerarquías de los CAPS y el Hospital Regional se producen

pacientes-extranjeros-que-se-atienden-el-regional-n1487833

²⁶“El oficialismo impulsa un proyecto para cobrarles a los extranjeros por la salud y la educación”. *Diario Clarín*, 27 febrero 2018. Disponible en: https://www.clarin.com/politica/diputados-oficialistas-impulsan-proyecto-arancelamiento-salud-educacion-residentes-permanentes_0_rJG2kNXuf.html

²⁷ Algunas de las legislaciones nacionales vinculadas con la temática son: Ley Nacional Nro. 25.929, Parto humanizado, Buenos Aires, 17 de septiembre de 2004; Ley Nacional Nro. 26.150, Programa Nacional de Educación Sexual Integral, Buenos Aires, 23 de octubre de 2006; Ley Nacional Nro. 23.179, Apruébese la Convención sobre la eliminación de todas las formas de discriminación contra la Mujer, 27 de mayo de 1985; Ley Nacional Nro. 26.130, Contracepción Quirúrgica, 28 de agosto de 2006; Ley Nacional Nro. 26.485 para prevenir, sancionar y erradicar la violencia contra las mujeres, 1 de abril del 2009; Ley Nacional Nro. 26.618 de Matrimonio Igualitario, 21 de julio de 2010; Ley Nacional Nro. 26.743 de Identidad de género, 23 de mayo de 2012; Ley Nacional Nro. 26.862 de Reproducción medicamente asistida, 25 de junio de 2013.

los discursos y prácticas de trabajadores y trabajadoras de salud. Como mostramos en el capítulo previo, existe una hipervisibilización de las mujeres migrantes provenientes de Bolivia, quienes no se adscriben a las pautas esperables de cuidado de sí y de otros, en tanto mujeres y madres. Así, iremos viendo en los siguientes capítulos de qué modo se construye la política sanitaria en el quehacer cotidiano sobre estas premisas. A partir de la labor de trabajadoras comunitarias y la relación con mujeres migrantes, se va delimitando el modo particular que toma la política sanitaria en dos barrios de la ciudad de Comodoro Rivadavia.

Como se expuso en el apartado introductorio, la bibliografía ha tendido a tematizar el acceso a los servicios de sanidad como un determinante de los procesos de salud. Si bien esta perspectiva nos permite comprender una serie de factores relacionales, su punto de vista radica en la segmentación entre sistema de salud y usuarias/os que puede resultar Estadocéntrica, en tanto indaga la posibilidad de acceder a los beneficios que puede proveer el sistema público de salud, en general sin cuestionar su “oferta”. La perspectiva sobre la accesibilidad tiende a naturalizar las acciones de los servicios de salud a la cual deberían adaptarse usuarios y usuarias o, en todo caso, readaptar los servicios para lograr los objetivos propuestos, que no se ponen en discusión. En este sentido, proponemos un análisis de la política sanitaria, más allá de las perspectivas de accesibilidad, vinculada a la gestión cotidiana de la política pública. Para ello, además de conocer los discursos de efectores y efectoras de salud, se hace necesario comprender el quehacer cotidiano y la relación con mujeres migrantes en el marco de estas instituciones, disposiciones y programas que dan forma a la política sanitaria en este contexto, comprendiendo los efectos y relaciones que construyen.

CAPÍTULO III

Ser trabajadoras comunitarias de salud en terreno

Las trabajadoras comunitarias de salud en terreno (en adelante, trabajadoras comunitarias) se presentan en el sistema público de salud como quienes salvan aquellas dificultades identificadas en el vínculo entre la población y los equipos de salud. Se identifican como una figura mediadora entre la comunidad y los centros de salud, y buscan trabajar en la promoción de la salud y la prevención de enfermedades, con un perfil profesional particular en la provincia de Chubut. Particularmente, como venimos observando en el capítulo uno, cumplen un rol fundamental en el trabajo con las mujeres migrantes provenientes de Bolivia, definida como población con riesgos sociosanitarios.

En este capítulo, busco historizar el nacimiento de esta formación profesional y caracterizar las trayectorias de las trabajadoras en la conformación de los equipos del Centro de salud San Cayetano y 30 de Octubre, dando cuenta de una tensión en la prácticas cotidianas entre los modelos de “asistencialismo” y “salud comunitaria” como paradigmas en la gestión de política sanitaria. El asistencialismo estaría asociado a una perspectiva exclusivamente biomédica, basada en la atención de la enfermedad y la identificación precoz de “factores de riesgo”. Por otro lado, la salud comunitaria se identifica como una perspectiva atenta a los determinantes sociales, históricos, económicos, culturales y biológicos del proceso salud-enfermedad-cuidados. Esta perspectiva está en vinculación con la formación de trabajadoras comunitarias y con los postulados centrales de la Atención Primaria de la Salud.

En los vínculos con trabajadoras comunitarias, fui conociendo su labor altamente feminizado y dando cuenta de la reivindicación de su rol en la atención primaria de salud y en los equipos de trabajo. Esta es una figura protagónica en los centros de salud, sin embargo, en muchos casos deben justificar su rol, viéndose tensionadas por las exigencias del sistema sanitario y los principios de su formación en salud comunitaria

desde una perspectiva de la Atención Primaria de la Salud. A partir de la interacción con efectoras de salud, charlas, entrevistas con referentes del área y bibliografía producida por las mismas, caracterizo la conformación del rol, el área de Salud Comunitaria y la conformación de ambos equipos de salud comunitaria. Así se presenta el relevamiento periódico, estadístico, por georreferencias y el vínculo con las “familias a cargo” a través de la identificación de factores de riesgo. También se describen las “actividades comunitarias”, tarea a través de las cuales buscan la promoción de la salud y prevención de enfermedades. Estas actividades, propias de su labor en los equipos de salud, por momentos se presentan en tensión por las exigencias dentro de los equipos de trabajo, las motivaciones y el “compromiso” con el trabajo.

3.1 De agentes sanitarias a trabajadoras comunitarias

Sara es una referente, reconocida por las propias trabajadoras comunitarias, en el proceso de profesionalización de su tarea, con la creación del curso de formación y la Tecnicatura en trabajo comunitario de salud en terreno. Es médica clínica y actualmente cumple funciones como directora de la división de Epidemiología y Enfermedades Prevalentes, que depende del área programática sur de la provincia. Me contacté con ella en julio de 2018 a partir de la mediación de Carolina, trabajadora comunitaria del CAPS 30 de Octubre. Me encuentro con Sara en su oficina ubicada en el hospital regional. Desde las comunicaciones previas se muestra atenta y predispuesta a charlar sobre el trabajo de salud comunitaria, algo que posteriormente me cuenta que fue central en su labor dentro del sistema sanitario, en el que trabaja desde el año 1991. Es una mujer de 63 años, nacida en la ciudad, que ha trabajado en diferentes equipos de APS en la ciudad y como jefa de Área externa del Hospital Regional.

En nuestro primer encuentro, Sara, enterada del trabajo que vengo haciendo en ambos CAPS y el acompañamiento a las trabajadoras comunitarias, me regala dos libros sobre la Tecnicatura en salud comunitaria. Esto me sorprende gratamente y da cuenta de que este es un tema que la estimula y del cual habla con mucho entusiasmo. Me explica que estos libros son producidos en colaboración con gente de la universidad y la tecnicatura. Ambos son recopilaciones breves de artículos en cooperación con

Secretaría de Extensión de la Universidad Nacional de la Patagonia San Juan Bosco. Uno de ellos, *Salud comunitaria. La construcción de un campo interdisciplinar. Aproximaciones de la formación de técnicos en salud* (2013), prologado por Mario Rovere, médico sanitarista, referente nacional. Rovere realiza allí una breve historización de la figura de agentes sanitarios en Argentina, a quienes define por su doble pertenencia, a la comunidad con la que trabajan y a los equipos de salud, valorizando su profesionalización, ya que con frecuencia son el único personal que trabaja con perspectiva de prevención y promoción de la salud. En sus 135 páginas, el libro presenta en diferentes capítulos, escritos por profesionales del equipo técnico-pedagógico de la carrera, la experiencia de conformación de la tecnicatura, la perspectiva de salud integral, una perspectiva sobre la comunicación y el registro en salud. El otro libro, *Salud comunitaria. Territorio de relatos en Patagonia* (2014), es una producción en conjunto con el Grupo de Investigación Geografía Acción y Territorio (GIGAT) y sus 81 páginas están compuestas por cinco relatos de pasantías en áreas rurales de la zona sur de la provincia de Chubut de egresadas de la Tecnicatura en salud comunitaria. Sara me comenta que este libro es el resultado de un proyecto financiado²⁸ que les permitió el “intercambio entre zonas rurales y urbanas”, estancias de trabajo en diferentes centros de salud.

Estos libros son de las pocas producciones bibliográficas sobre la tecnicatura superior en salud comunitaria, campo al que me acerqué a través del quehacer cotidiano de trabajadoras comunitarias. Tras mi presentación como parte de la universidad y explicándole el trabajo de observación que estoy realizando en dos CAPS, algo que le había adelantado brevemente por teléfono, Sara me dice que por ahí estos libros me van a dar una idea general e inmediatamente comienza a comentarme sobre la historia de agentes sanitarios que suele escucharse en el sector sanitario cuando uno consulta por el rol de trabajadoras comunitarias. Sara ubica como un hito de la tarea de agentes sanitarios al Programa de Salud Rural en Jujuy del Dr. Alvarado.

S.: —Esto surge cuando se empiezan a implementar los primeros programas, sobre todo en zonas rurales, ¿no? Para poder llegar a la población rural y demás, en Jujuy con el Doctor Alvarado y todos los programas... Viste que buscaban hacer llegar, incluso mucho antes de que se empezara a hablar de atención primaria de la salud a nivel

²⁸ Proyecto financiado por el Programa de Voluntariado Universitario de la Nación, Ministerio de Educación de la Nación. Convocatoria 2014.

global, que eso se discutió y se acordó como estrategia en 1978 en una reunión histórica...

E.: —La de Almá-Atá, ¿no?

S.: —Que es la de Alma-Ata, claro. Antes de eso en los '60, digamos, había muchas de estas experiencias así inconexas en distintos lugares del mundo y en Argentina.

Como expusimos en el capítulo previo, en el Plan de Salud Rural de la provincia de Jujuy en 1966, el médico Carlos Alvarado impulsa la idea de que el personal de salud trabaje fuera de los hospitales.

A nivel local en 1966, por iniciativa del doctor Carlos Alvarado, se implementa el Plan de Salud Rural, que inicia con el reclutamiento y entrenamiento de agentes sanitarios o trabajadores comunitarios que acuden casa por casa (rondas sanitarias) para realizar acciones de inmunización, control de crecimiento y desarrollo de niños, detección y control de la malaria, la tuberculosis, el paludismo, la hanseniasis (lepra) y otras enfermedades endémicas. Los resultados se obtuvieron en corto plazo, y uno de los primeros logros fue la mejora del saneamiento urbano y sobre todo rural (Argañaraz, 2017: 295).

Varios autores coinciden en establecer al Plan de Salud Rural como un antecedente importante a lo que posteriormente, desde la Conferencia de Alma-Ata de la Organización Mundial de la Salud, se le dará el nombre de Atención Primaria de la Salud en 1978. Desde perspectivas higienistas y de monitoreo epidemiológico, Alvarado desarrolla una estrategia efectiva en la disminución de casos de paludismo, lo cual tuvo repercusión a nivel regional, nacional e internacional (García Díaz, 1986; Martín Zurro y Jodar Sola, 2011).

Según lo relata el médico Dal Bó (2008) en su libro de crónicas *Hospitales de reforma*, desde la inauguración del Hospital Regional “Dr. Víctor Manuel Sanguinetti” de la ciudad de Comodoro Rivadavia, en 1968, se contaba con agentes sanitarios capacitados en la misma institución. Estos agentes dependían del Área Programática y estaban a cargo de una enfermera, capacitados para detectar enfermedades, “signos de alarma o situaciones de riesgo” a través de visitas periódicas, una labor “erróneamente llamada ‘enfermería de terreno’” (Dal Bó, 2008: 87). Podemos trazar en esta instancia un antecedente importante de la actual área de salud comunitaria en la ciudad.

Sara comenta que en los '80 con el retorno de la democracia se vuelve a fortalecer la estructura de agentes sanitarios. Allí se empezaron a hacer algunas capacitaciones aisladas y entre 1995 y 1996 se organiza a través del Ministerio de Salud de la provincia, una capacitación con la Universidad Nacional de la Patagonia. Se

capacitó al personal de la provincia que seguían siendo agentes sanitarios en parte de ese territorio, “el área programática de la zona sur y la zona del valle, de Trelew, la meseta, toda la meseta central”. Para la zona cordillerana de la provincia, en el área programática de Esquel, en el mismo período se había iniciado una capacitación para que los agentes sanitarios pasaran a ser “enfermeros en terreno”, cumpliendo otras funciones en las visitas domiciliarias.

En el año 2004, Sara realizó una especialización en epidemiología en Buenos Aires, en el Ministerio de Salud de la Nación. Relata que el primer año era en Buenos Aires y el segundo año tenía que volver a la provincia para poder hacer el trabajo final. En ese año Elsa Marzoa, médica pediatra, quien había sido jefa de Área Externa del Área Programática Esquel, acababa de hacerse cargo de la nueva Dirección provincial de Promoción y Prevención de la Salud del Ministerio de salud. Allí, Elsa le propone a Sara trabajar en una propuesta de profesionalización de los agentes sanitarios en toda la provincia. Durante 2005 Sara se instala en la ciudad de Trelew trabajando en esta propuesta con Elsa y un equipo conformado para tal fin, integrado por especialistas, entre ellas psicopedagogas y referentes de la residencia interdisciplinaria de educación para la salud de la Ciudad Autónoma de Buenos Aires.

Durante el año 2005 y el 2006 se conforma la propuesta de profesionalización de agentes sanitarios que constaba de tres etapas²⁹. La primera etapa constó de un curso de siete meses para los agentes sanitarios de toda la provincia, que buscaba jerarquizar la tarea, ya que según lo comenta Sara, esta era una figura menospreciada en los equipos de salud y que en general costaba que se comprendiera su tarea. Particularmente en Comodoro Rivadavia eran pocos los agentes sanitarios, “porque migraron a otras áreas, muchos hicieron la carrera de Enfermería, otros se quedaron como administrativos, muchos renunciaron” explica Sara, comentando que para el año 2006 en Comodoro Rivadavia habían entre cinco y siete agentes.

Este primer curso de siete meses dependía del Ministerio de Salud provincial y es a partir de su aprobación que se reconoce la figura de trabajador comunitario de salud en terreno. Explica Sara que era necesario darle una denominación diferente, por lo cual

²⁹ Resolución N° 203 /2005 de la Secretaría de Salud de la provincia de Chubut aprobando la “Propuesta de organización del trabajo en terreno” y de la “Propuesta de profesionalización de trabajadores comunitarios en salud en terreno”.

buscaron un nombre “estratégico”, en el que quedara fija la idea de salud comunitaria, además de insistir con la idea del terreno para dar cuenta de la especificidad de su tarea, “para que no los vayan a dejar en el centro de salud”.

La segunda etapa en la profesionalización de agentes sanitarios fue una capacitación para supervisoras de trabajadoras comunitarias. Sara dice que esta es una estructura que Elsa traía del área programática de Esquel, donde había un supervisor por cada centro de salud, de quien dependían los agentes sanitarios. Asimismo, se prevé allí la existencia de una supervisora de trabajadoras comunitarias por área programática y una supervisora provincial, en una estructura de “supervisiones progresivas” que se sostiene hasta la actualidad.

La tercera etapa propuesta por el equipo de Dirección de Promoción y Prevención de Salud fue la formación terciaria, la Tecnicatura en salud comunitaria de salud en terreno. En articulación con el Ministerio de Educación de la provincia, desde el año 2009 se constituye la tecnicatura como oferta académica y como opcional para las trabajadoras que ya cumplían funciones en el sistema de salud. Sara comenta que esta fue la última propuesta para consolidar el rol de trabajadoras comunitarias y jerarquizar su tarea, desde el punto de vista salarial, dándoles la posibilidad de acceder a otro escalafón con un título técnico. Esta es una historia en mayor o menor medida conocida por todas las trabajadoras comunitarias. Forma parte de una memoria que da sentido y fundamenta su labor en los equipos de salud.

En el diseño de la propuesta curricular de la tecnicatura se explicita que las trabajadoras comunitarias participan de modo activo de la promoción de prácticas saludables a través de “la búsqueda participativa y colectiva de la equidad en las condiciones de vida y de salud de las personas a partir de tecnologías sanitarias que posibilitan el desarrollo de nuevas capacidades construidas en las diferentes poblaciones”. El espíritu de la formación busca promover el “intercambio de conocimientos entre la comunidad y el sistema de salud” como algo necesario para transformar y favorecer el desarrollo del autocuidado y la autogestión por parte de los sectores comunitarios.

El conocimiento de cómo se reproduce el proceso salud-enfermedad en los grupos sociales, qué le sucede a los individuos de una población, cuándo, dónde y cuáles son los factores de protección con los que cuenta la comunidad, así como los factores de

riesgo a los que está expuesta constituyen algunos de los pilares sobre los cuales se organiza el trabajo en terreno que estos y estas trabajadores realiza (Ministerio de Educación y Secretaría de Salud, Chubut, 2009).

Estos lineamientos generales son parte de acuerdos nacionales e internacionales como el de la Atención Primaria de Salud, donde la figura de trabajadoras comunitarias tendría un rol esencial. Estas trabajadoras son responsables de la atención de un número de familias estableciendo vínculos y “jugando un rol fundamental para salvar barreras en la implementación de los programas propios del sector salud y en la realización de las acciones esenciales de la APS” (Ministerio de Educación y Secretaría de Salud, Chubut, 2009). Como explica Elsa Marzoa, esta figura “cumple un rol fundamental en el desarrollo de una epidemiología y un sistema de información que pueda dar cuenta de las necesidades de la población y sus problemas de salud para la toma de decisiones” (Dakessian y Skoumal, 2013: 16).

Como manifiesta Sara, en la formación de trabajadoras comunitarias se prevé dotar a las efectoras de una perspectiva integral en salud, de salud colectiva desde un enfoque de derechos. En uno de los libros, retomando autores del campo de la salud comunitaria (Rovere, 1999; Granda, 2004), plantea a la “integralidad del proceso salud-enfermedad-cuidad” en tanto proceso determinado por condiciones sociales, históricas, económicas, culturales y biológicas, como un eje transversal de la formación (Muñoz, 2013: 38). En nuestra charla, Sara hace hincapié en esta idea de integralidad, como el “núcleo duro” de la formación, en relación con la importancia del vínculo que las trabajadoras comunitarias deben generar con las familias.

S.: —Hay cuestiones como el núcleo duro que en realidad de alguna manera nosotros se lo traducimos a nuestros alumnos y demás en esto de “hay cosas que no las va a hacer nadie más que vos”.

E.: —Claro.

S.: —Esto de... de ir y de evaluar si se están haciendo los controles y qué idea tienen de un control de Salud y que no es lo mismo que la enfermedad y trabajar y ver con la familia cómo está creciendo ese bebé y cómo se alimenta y cómo... esas cosas... Esos tópicos no los aborda prácticamente nadie y seguro nadie en el propio ámbito en el que vive la familia. En la casa sentada con las personas de la familia, escuchándolos, y la capacidad de escucha y la posibilidad de entender cómo... cómo las distintas construcciones que hace esa familia, no la tienen muchos otros.

3.2 Las trabajadoras comunitarias

En enero de 2017 mientras realizaba trabajo de campo con los equipos de salud comunitaria, Julio, el coordinador del CAPS San Cayetano, me recomendó hablar con Viviana, supervisora de trabajadoras comunitarias del área programática sur, para notificarle sobre mi tarea. Si bien contaba con su permiso para trabajar en el centro de salud, me pareció que Julio no quería pasar por sobre la autoridad de Viviana, lo cual me volvía a confrontar con las múltiples jerarquías en el sistema de salud. De todos modos, me parecía una oportunidad para conocer a Viviana, de quien ya me habían hablado las trabajadoras.

La supervisión de salud comunitaria funciona en oficinas ubicadas en el edificio de dirección del Área programática Comodoro Rivadavia, en el mismo terreno en que se emplaza el Hospital Regional. Me presento en la puerta de supervisión y me atiende Viviana, quien me recibe amablemente y me invita a tomar asiento en su oficina. Le comento brevemente sobre mi trabajo de investigación y que estaba acompañando a las trabajadoras del 30 de octubre y del San Cayetano. Ella se muestra interesada, diciéndome que algo le habían informado las supervisoras de los CAPS. Comenta que su función es coordinar, supervisar y acompañar la tarea de las trabajadoras y que en Comodoro hay 28 trabajadoras además de aquellas que cumplen funciones en puestos sanitarios de zonas rurales.

Viviana está a unos años de jubilarse, es una de las trabajadoras comunitarias más antiguas en el sistema de salud y la primera formada como tal en ocupar el rol de supervisión zonal. Ingresó como agente sanitario en el año 1989 a través de una beca nacional del programa “médicos comunitarios”, dependiendo en primer momento del área de enfermería y posteriormente en dependencia directa del Área Externa del Hospital. Me comenta que como agentes sanitarios no tenían una función específica y que fue a partir de la creación del curso en el año 2006 y la posterior tecnicatura que comienza a delimitarse el rol de las trabajadoras comunitarias.

Las trabajadoras comunitarias del CAPS San Cayetano y del 30 de Octubre son mujeres, nacidas en la ciudad o en otras localidades de la provincia que realizaron el curso anual de capacitación para ingresar al sistema o la tecnicatura superior en salud comunitaria. Ambos equipos de salud comunitaria cuentan con una sala en cada CAPS y una supervisora interna. Los equipos de salud comunitaria cumplen funciones 6 horas diarias, de 8 a 14hs. A partir del acompañamiento en su tarea en diferentes periodos

desde el año 2016, en sala de salud comunitaria, en las “salidas a terreno” o actividades organizadas por ellas, pude comenzar a conocer las particularidades de su tarea y el rol en la gestión de la política sanitaria. Mi presencia en ambos espacios fue consensuada por los médicos coordinadores de cada CAPS y las supervisoras de cada equipo de salud comunitaria. Ingreso a través de mis “credenciales académicas”, como psicólogo, miembro de la universidad haciendo un trabajo de investigación. El hecho de ser psicólogo, disciplina asociada con el campo de la salud, sumado a que estos espacios habitualmente reciben residentes y practicantes de diferentes carreras, hace que mi presencia no sea extraña en estos lugares.

Las salas de salud comunitaria son espacios de unos cuatro metros por cinco, contiguos al hall principal de sala de espera, identificados con un cartel en la puerta que dice “Salud comunitaria”. Este es el lugar habitual en el que se encuentran las trabajadoras comunitarias cuando están en el CAPS. Ambos espacios cuentan con mesas en el centro, rodeadas de sillas, una computadora de escritorio y algunos muebles, en los que guardan, papeles de trabajo y alimentos. Aquí siempre hay música o una radio de fondo, mates, té y comida durante la mañana. En las paredes hay mapas de las zonas del barrio que visitan y pequeñas pizarras de corcho en el que pegan papeles con recordatorios y almanaques.

Como comentamos previamente, en ambos CAPS, la sala de salud comunitaria suele ser un espacio de socialización entre trabajadoras comunitarias y a veces con otros trabajadores del centro, que cuando tienen algún tiempo libre pasan a charlar, a tomar mates o a gestionar algún pedido. Asimismo, en algunos casos acuden a la sala personas que ellas visitan que, a diferencia de los trabajadores del CAPS, son las únicas que golpean la puerta. Mientras las trabajadoras realizan alguna tarea administrativa suelen hablar sobre trabajos pendientes, temas de la vida laboral o personal, dinámica a la que me habitué rápidamente, tomando el rol de “cebador” de mates. Con el transcurso del tiempo mi presencia en estos espacios comenzó a tornarse familiar, lo que me permitió adentrarme en la cotidianidad de la vida institucional y construir vínculos de confianza con algunas trabajadoras comunitarias. Ellas están vestidas siempre con casacas “ambos”, características de personal de salud y, en general, calzado deportivo.

3.2.1 El equipo de salud comunitaria en el 30 de Octubre

El equipo de salud comunitaria del CAPS 30 de Octubre está compuesto por cuatro trabajadoras: Carolina, Eva, Juana y la supervisora, Sonia. En uno de los primeros encuentros en la sala de salud comunitaria, cuando les pregunto en qué consiste su trabajo Eva define al rol de trabajadoras comunitarias como el nexo entre los centros de salud y la población. Hace referencia a que cada una tiene “familias a cargo” a quienes van haciendo seguimiento de indicadores de salud. Carolina también refiere a las “actividades comunitarias” como parte importante de su tarea. Estas son actividades que en general hacen en articulación con diferentes instituciones del barrio, como el Centro de Promoción Barrial Municipal, la unión vecinal, la policía comunitaria, la iglesia y algunas escuelas. Suelen festejarse algunas fechas especiales como el día del niño, de la mujer, de la sanidad, entre otras actividades destinadas a trabajar determinadas problemáticas en particular, como prevención de algunas enfermedades promoción de la salud o salud ambiental. Una de las particularidades de este equipo es que producen un programa semanal de radio sobre salud en una radio comunitaria del barrio, lo cual comentan con orgullo. Una experiencia que comenzó con una columna, un bloque de 15 minutos, y en 2016 se convirtió en un programa de una hora semanal.

Eva tiene 38 años, es de la ciudad de Rawson y migró a Comodoro para estudiar trabajo social, carrera que dejó de cursar quedándole solo algunas materias por los trabajos que tomó. Además del CAPS, trabaja en “Fundación Nuevo Comodoro”, como promotora de salud con “jóvenes en conflicto con la ley”. En el año 2018 concursó el cargo para supervisora de un equipo de trabajadoras comunitarias.

Carolina es una persona extrovertida y apasionada por lo que hace. Es nacida en la ciudad, tiene 41 años, es de contextura delgada y tez blanca. Siempre está vestida con ambos y ropa de diferentes colores estilo “hippie” y la caracteriza una cabellera castaña, corta y enrulada. Siempre está de buen humor y con energía. En general, lidera las actividades comunitarias, grupales y la caracteriza su compromiso con la gente con la que trabaja. Desde el año 2017 estudia Licenciatura en trabajo social.

Juana es trabajadora comunitaria del CAPS 30 de Octubre. Es nacida en la ciudad, tiene 42 años, es alta y de contextura robusta. Ingresó al sistema de salud a

través del curso anual de trabajadoras comunitarias por motivación de su madre, enfermera retirada. Juana tiene una relación de amistad con Carolina y Eva.

Sonia es la supervisora del equipo del CAPS 30 de Octubre. Tiene aproximadamente 40 años. Es delgada, de estatura baja, tez trigueña y pelo largo. Su actitud es tranquila y la caracteriza una forma pausada de hablar. Solo en algunas ocasiones acompaña a las trabajadoras comunitarias a las visitas domiciliarias. Su rol es de control y seguimiento de la tarea de las efectoras de salud, en relación directa con Viviana.

3.2.2 El equipo de salud comunitaria en el San Cayetano

El equipo de salud comunitaria del CAPS San Cayetano está compuesto por cinco trabajadoras comunitarias, Diana, Susana, Graciela, Danila y Natalia, la supervisora. En el primer encuentro en la sala de salud comunitaria con Diana, Susana y Graciela, esta última define su rol por las salidas a terreno. Explica:

Nosotras salimos a la calle y detectamos familias que sean vulnerables, que tengan algún factor de riesgo. Entonces lo que hacemos es llenar una planillita con los datos, de las personas que viven, de donde son, la fecha de nacimiento. Más que nada nos fijamos en los nenos que son menores de cinco años, que tengan los controles sanos al día y las vacunas completas. Después está el tema del agua, de la vivienda, si tiene alguna adicción, si tienen alguna enfermedad prevalente como hipertensión o diabetes y el tema de salud sexual y reproductiva... (Entrevista con equipo de salud comunitaria, 2016).

Diana agrega que su rol es ser el nexo, “tratando de detectar a las familias más vulnerables, que tienen menos recursos, que vemos que tienen estos factores”. Me muestran un carpeta estilo bibliorato llena de planillas, explicándome que todas esas son familias a las que han “detectado” y que tienen “a cargo”. También hacen referencia a talleres con la comunidad, donde se trabajan diferentes temáticas sobre promoción de la salud: “vamos puerta por puerta invitando”, agrega Diana.

Diana se muestra amable y siempre con una sonrisa. Su lenguaje es afectivo, de cercanía para con la gente (“mamita”, “gordito”), mostrándose involucrada con su trabajo. Tiene aproximadamente 35 años, es de contextura robusta y estatura media/alta. Es de tez trigueña, cabello negro, largo, siempre atado en rodete. En una de las caminatas al barrio con Diana hablando sobre la profesión, me comenta que ella estudiaba para ser maestra de primaria, pero que nunca le gustó del todo, por lo que cuando quedó embarazada dejó la carrera, faltándole un año. Luego de esto hizo el

curso de trabajador comunitario en 2006 y posteriormente la tecnicatura. Me comenta que siempre que se hacía los *tests* vocacionales le decían que debía estudiar trabajo social, pero a ella no le gustaba. Dice que siempre le gustó “lo humanitario”, pero veía a la figura de trabajador social como alejada de la gente, por lo cual se vio llamada por el trabajo comunitario.

Graciela tiene 30 años, se muestra efusiva, abierta y extrovertida. Es nacida en Comodoro y luego de terminar la escuela secundaria una tía que trabajaba en el hospital le comentó acerca del curso anual para ser trabajadora comunitaria. Allí, ingresó a trabajar a través de una beca de formación, durante el cual hizo el curso. Casi siempre está cebando mates en la sala de trabajadoras comunitarias, es de tez blanca, cabello castaño y estatura media. Tiene buena relación con las mujeres, aunque generalmente su tarea se limita a recoger información a través de preguntas para completar las planillas.

Susana es una de las más grandes del grupo de trabajadoras comunitarias. Tiene aproximadamente 50 años. Se muestra seria y reservada, es de estatura baja (aproximadamente 1,55 m), tez morena, usa el cabello corto (carré) y teñido con mechas claras. Siempre usa lentes posados en la mitad de la nariz, lo que le da un aspecto de mayor edad.

Danila tiene 34 años y es nacida en Rawson. Antes de hacer el curso, había ingresado a la escuela de suboficiales, pero comenta que fue algo que no le gustó. Como estaba buscando trabajo, una tía le comentó sobre el curso de trabajadora comunitaria y que este poseía posibilidades de trabajo. Allí fue que hizo el curso, comenzó a trabajar y se mudaron con su marido, policía, a Comodoro Rivadavia.

Natalia es la supervisora del equipo de salud comunitaria del CAPS San Cayetano. Al igual que Sonia, su rol es de control y seguimiento de la tarea de las efectoras de salud, en relación con Viviana. Tiene aproximadamente 40 años, es nacida en la ciudad, de tez trigueña y pelo negro largo.

3.3 Caminar el territorio, salvar las distancias

Como venimos observando, las trabajadoras comunitarias se presentan como aquellas que “salvan las distancias” o “las barreras” entre el sistema público de salud y la población, identificando particularmente “población vulnerable” para trabajar con ella. Para esto destacan particularmente la importancia de “salir a terreno” y “trabajar con la comunidad”. Así, su tarea se desarrolla principalmente a través del relevamiento periódico, estadístico, por georreferencias y el vínculo con las “familias a cargo”. Otra de las tareas centrales son las “actividades comunitarias” a través de las cuales, como veremos, buscan la promoción de la salud y prevención de enfermedades.

En una de las caminatas en el barrio San Cayetano, en la que acompañé a Diana y Susana, me preguntan sobre cómo me estaba yendo con el otro grupo de trabajadoras comunitarias. Les comento que bien, que ayer fuimos a dos de las extensiones barriales. A lo que Susana responde algo descontenta y en tono de sarcasmo: “pero van en auto...”. Le digo que sí, que a veces van en auto a la extensión por una cuestión de seguridad, según me dijeron. Susana se muestra descontenta. Me dice que ella cuando estaba en ese CAPS caminaba y no las dejaban usar auto. Me comenta que incluso luego de haber sufrido un robo seguían yendo a la extensión caminado. Siento que lo dice con orgullo y algo de enojo por las trabajadoras que se mueven en automóvil hasta la extensión. Percibiendo esto, le pregunto si ella es de las que defiende que hay que ir caminado. Me dice “sí, ese es nuestro trabajo. Hay que caminar el territorio”. A partir de estos relatos, iría comprendiendo la centralidad que adquiere para este grupo de trabajadoras “el territorio”, “salir a la calle”, como un espacio en el que deben trabajar, en el que habita la población vulnerable y que ellas deben conocer.

3.3.1 Planillas y mapas

Ingreso a la sala de salud comunitaria, Carolina y Juana estaban concentradas en los biblioratos. Me explican que están “a full con cierre de ronda” y que Sonia se fue al hospital, está de reunión con Viviana, la supervisora general. “Parece que vamos a tener control”, dice Juana mientras se ríe. Se las ve apuradas. Me ofrezco a renovar el mate que se veía estacionado en el medio de la mesa. Pasan a una hoja los nombres de sus familias a cargo con los códigos de las categorías de riesgo. Esto lo hacen para su organización y fácil identificación cuando otra persona evalúa o pide datos de su trabajo. Además, cambian en el mapa las geolocalizaciones —alfileres con pequeños papeles— de las familias a cargo, donde también escriben en letra chica el número de

categorías de riesgos que identifiquen en cada familia (Nota de campo, 6 de julio de 2017).

El cierre de rondas es en general una semana de trabajo administrativo al interior de cada equipo de salud comunitaria, en el que producen un informe estadístico individual por cada trabajadora y otro del equipo. Aquí se extraen cada tres meses los datos de cada una de las “planillas de familia” de las personas que visitan las trabajadoras y se actualizan los mapas en los que geolocalizan las familias visitadas. El informe unificado de cada equipo de salud comunitaria es entregado a la supervisora de área programática quien los eleva a la supervisora provincial y al jefe del Área Externa.

Las planillas de familia son fichas a través de las cuales las trabajadoras comunitarias registran los indicadores de salud, llevando una planilla por cada vivienda. Allí, recopilan a través de las visitas datos sociodemográficos y el de una serie de categorías que evalúan el riesgo. Estas están vinculadas con las vacunaciones; el control de niños de 0 a 5 años; el control de embarazos, partos, Papanicolaou al día (hecho al menos dentro de los últimos dos años); “procreación responsable” (seguimiento acerca de la utilización de métodos anticonceptivos); salud ambiental; tuberculosis, hipertensión y diabetes; lesiones violentas; consumo de sustancias, y discapacidades. El hecho de considerar a un grupo familiar en “riesgo socio-sanitario” implica que no cumpla con tres o más de estos indicadores esperables o que sea considerado con “necesidades básicas insatisfechas”³⁰.

³⁰ Según INDEC (Instituto Nacional de Estadísticas y Censos) el concepto de Necesidades Básicas Insatisfechas (NBI) permite la delimitación de grupos de pobreza estructural según indicadores materiales.

PLANILLA DE FAMILIA MINISTERIO DE SALUD PROVINCIA DEL CHUBUT		AÑO 20												AÑO 20												AÑO 20											
		1° TRIM			2° TRIM			3° TRIM			4° TRIM			1° TRIM			2° TRIM			3° TRIM			4° TRIM			1° TRIM			2° TRIM			3° TRIM			4° TRIM		
		E F M A M J J A S O N D E F M A M J J A S O N D E F M A M J J A S O N D E F M A M J J A S O N D																																			
AGENTE RESPONSABLE:		HOSPITAL:		ZONAS:		UBICACION:		CATEGORIA:		NOMBRE:		DIRECCION:		CATEGORIA:		NOMBRE:		DIRECCION:		CATEGORIA:		NOMBRE:		DIRECCION:		CATEGORIA:		NOMBRE:		DIRECCION:		CATEGORIA:					
DEPARTAMENTO:		CENTRO DE SALUD:		UBICACION:		CATEGORIA:		NOMBRE:		DIRECCION:		CATEGORIA:		NOMBRE:		DIRECCION:		CATEGORIA:		NOMBRE:		DIRECCION:		CATEGORIA:		NOMBRE:		DIRECCION:		CATEGORIA:		NOMBRE:		DIRECCION:		CATEGORIA:	
BARRIO O PARAJE:		PUERTO SANITARIO:		UBICACION:		CATEGORIA:		NOMBRE:		DIRECCION:		CATEGORIA:		NOMBRE:		DIRECCION:		CATEGORIA:		NOMBRE:		DIRECCION:		CATEGORIA:		NOMBRE:		DIRECCION:		CATEGORIA:		NOMBRE:		DIRECCION:		CATEGORIA:	
DOMICILIO:		AREA PROGRAMATICA:		UBICACION:		CATEGORIA:		NOMBRE:		DIRECCION:		CATEGORIA:		NOMBRE:		DIRECCION:		CATEGORIA:		NOMBRE:		DIRECCION:		CATEGORIA:		NOMBRE:		DIRECCION:		CATEGORIA:		NOMBRE:		DIRECCION:		CATEGORIA:	
DISTANCIA AL CENTRO:		SECTOR OPERATIVO:		UBICACION:		CATEGORIA:		NOMBRE:		DIRECCION:		CATEGORIA:		NOMBRE:		DIRECCION:		CATEGORIA:		NOMBRE:		DIRECCION:		CATEGORIA:		NOMBRE:		DIRECCION:		CATEGORIA:		NOMBRE:		DIRECCION:		CATEGORIA:	

Ilustración 12 - Fotografía de planilla de familia de trabajadoras comunitarias de salud en terreno - Anverso (2017).

SALUD AMBIENTAL												EXCRETAS												CONSERVACION DE ALIMENTOS												TUBERCULOSIS												HIDATIDOSIS												HIPERTENSION																																															
FUENTE												ALMACENAMIENTO												HELADERIA												Simp.												D												No T																																															
AGUA												ACARREO												ANALISIS												DESINFECCION												VIVIENDA												ACCIDENTE												CENSO CANINO												FERTILIDAD												DESPARASITACION											
MANTENIMIENTO												DESINFECCION												VIVIENDA												ACCIDENTE												CENSO CANINO												FERTILIDAD												DESPARASITACION																																			
OBSERVACIONES:												OBSERVACIONES:												OBSERVACIONES:												OBSERVACIONES:												OBSERVACIONES:												OBSERVACIONES:												OBSERVACIONES:																																			

Ilustración 13 - Fotografía de planilla de familia de trabajadoras comunitarias de salud en terreno - Reverso (2017).

En uno de los programas de radio “Frecuencia saludable” del equipo de salud 30 de Octubre en el que tuve la oportunidad de acompañar a Carolina, Juana y Sonia, ellas

dedican un bloque del programa a explicar su función a través de las visitas domiciliarias, haciendo referencia a que estuvieron haciendo un cierre de ronda. Le hablan a la comunidad y buscan informar sobre las visitas domiciliarias y por qué recopilan la información que piden a cada grupo familiar. Sonia explica en relación con el cierre de ronda: “Es todo un trabajo, ver planilla por planilla, sacar los datos... Pero esto tiene todo un por qué, eso nos permite hacer un análisis. Por ejemplo, si tenemos tantos chicos sin controles, por qué y pensar estrategias. Eso después lo compartimos con el resto del equipo de salud y vemos cómo podemos mejorar esos números”. Juana agrega: “Se buscan estrategias para ver qué podemos hacer para mejorar esos números. Nosotros siempre hablamos con las familias que nosotros hacemos un acompañamiento, no los vamos a vigilar, no los vamos a obligar... lo que nosotros queremos es que pasen una vida saludable y acompañarlos desde nuestro trabajo y desde el centro de salud”. “Por eso es importante abrirse con confianza, que no pasa nada, que es información que nos sirve para trabajar a futuro”, comenta Carolina.

Juana continúa:

Las actividades que hacemos en el centro de salud parten muchas veces de nuestras planillas y las necesidades que vemos. En este caso, en el cierre anterior de ronda nosotros veíamos que teníamos muy bajo alcance en mujeres cubiertas por el PAP. Entonces bueno desde ahí surgió que podíamos hacer actividades para que estas mujeres se acerquen al centro y actualicen sus exámenes de PAP. Hicimos tres jornadas de PAP. Y ahí hemos aumentado un 12 por ciento el número de mujeres con PAPs hechos.

Carolina agrega: “No es solamente que se vengán a hacer el PAP es tener una vida saludable, prevenir. Y en estos talleres no solo hablamos del PAP, buscamos que se genere un espacio de sensibilización es construir juntas conocimientos y poder llevar una mejor información”. “Exactamente”, dice Juana, “esto del cuidado del cuerpo, de las enfermedades y de nuestra sexualidad. Cómo vivimos nuestras sexualidades, ¿verdad? Hacemos actividades en la que participan quienes están en sala de espera, donde podemos charlar acerca de nuestra sexualidad y cómo la vivimos”. Comentan que una de las barreras que identificaron fue el hecho de que el médico ginecólogo sea un varón, lo cual generaba pudor en muchas mujeres y el tema de los horarios y turnos, ya que muchas no pueden acercarse a sacar turnos, por lo que realizaron estas actividades y generaron un sistema de “turnos protegidos”, que son turnos de PAP reservados para determinadas mujeres que las trabajadoras visitan. Carolina cierra el bloque hablándole a una oyente imaginaria: “Así que bueno, oportunidades hay varias. Y esto es gracias a

toda la información que vos nos brindás cuando nos abrí las puertas de tu casa. ¿Viste que bueno que está el trabajo comunitario, la tarea en común?” (julio de 2018).

En una de las visitas en el CAPS San Cayetano, me encuentro con Susana, que estaba sola en la sala de salud comunitaria, debido a que Natalia, la supervisora, está en una reunión, Danila entra más tarde y el resto está de licencia. Entre mates, Susana me dice, algo molesta, que tiene que volver a visitar algunas familias, ya que Natalia le corrigió algunas planillas, donde faltan datos. Me cuenta que no se lleva muy bien con ella y que le molesta que le marque todo, todo el tiempo. Me dice que Natalia se olvida que fue trabajadora y compañera de ellas, y que cuando ella era trabajadora había cosas que no las hacía. Me comenta que ella ya hace mucho que es trabajadora comunitaria y no necesita que estén encima de ella “como a los chicos” (Nota de campo, febrero de 2017). Estos controles aleatorios sobre las planillas por parte de supervisoras buscan constatar que las fichas se encuentren completas en todos sus campos, que cumplan con los códigos de referencia estandarizados con los que deben completar cada casilla y que las letras sean legibles. Esto muchas veces genera conflictos en las relaciones laborales por el control estricto a veces acentuando malestares previos en los vínculos de trabajo, como en este caso.

Los datos de cierre de rondas suelen verse reflejados también en carteleras que hacen las trabajadoras comunitarias y se disponen en las salas de espera. En enero de 2018, en el CAPS San Cayetano pude observar sobre una de las paredes, hacia la que miran casi todos los bancos de la sala, un mural hecho de afiches de colores, donde se distingue la imagen (caricatura) de una niña (de un metro y medio de alto más o menos) blanca, de pelo marrón, con zapatillas rosadas que sostiene un cartel que le tapa desde el cuello a los tobillos. En este cartel se lee “Cierre de ronda - TCST”. La niña sostiene unos 7 globos de colores (también de afiches). Cada uno de estos tiene un título como “Población visitada”, “Vacunación”, “Embarazadas” y dentro de cada uno de estos hay detalles numéricos de cada categoría.



Ilustración 14 - Fotografía de mapas I con georreferencias de viviendas visitadas por trabajadoras comunitarias de salud en terreno (CAPS 30 de Octubre, 2017).

Las viviendas que visitan las trabajadoras comunitarias también están referenciadas en mapas que se encuentran ubicados en las paredes de las salas de salud comunitaria. Por un lado, hay algunos confeccionados por el área de catastro municipal, en los que se ubican las viviendas reconocidas legalmente por la administración. Por otro, hay mapas elaborados por las propias trabajadoras comunitarias, ya que son zonas de “toma de tierras” —cuyas dinámicas detallaremos en el próximo capítulo— que no son mapeados por la gestión municipal donde vive mucha de la población de riesgo. Carolina dice que estos son “mapas a ojo”, ya que ni si quiera en *Google Maps* se referencian estas zonas.

En estos mapas, las trabajadoras identifican con alfileres el lugar donde se ubican las viviendas visitadas con el número de referencia y los códigos de riesgos asignados a cada una, lo cual va siendo modificado cada trimestre. Asimismo, se identifica cada alfiler con un color que referencia a cada trabajadora que tiene a cargo el grupo familiar.

La práctica de georreferenciación y el seguimiento de indicadores provienen de la tarea de agentes sanitarios. En sus crónicas del año 1968 en Comodoro Rivadavia, el

médico Alberto Dal Bó comenta: “cada agente sanitario había confeccionado un catastro del área asignada, identificando cada vivienda y sus habitantes, a quienes visitaban periódicamente” (Dal Bó, 2008: 87).

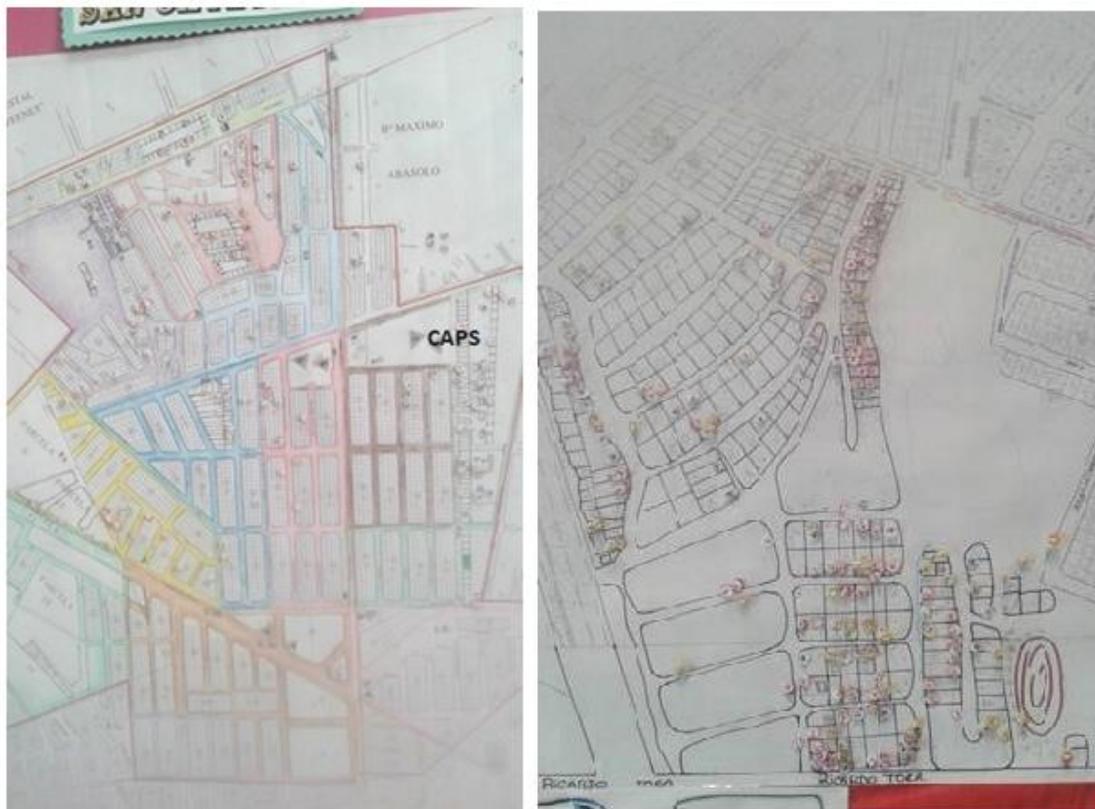


Ilustración 15 - Fotografía de mapas II con georreferencias de viviendas visitadas por trabajadoras comunitarias de salud en terreno (CAPS San Cayetano, 2017).

Como afirma Sara (2018), siempre se trabajó con algún tipo de planilla, que se ha ido modificando con el tiempo y con la profesionalización de rol se organizó la recolección de esta información y la posterior sistematización cada tres meses. Argañaraz (2017), en su trabajo con agentes sanitarios de Jujuy, explica que a través de estas prácticas se desarrolla un mecanismo conocido como la *biometría*, que data del siglo XIX, vinculada con la construcción de formularios con el fin de identificar y clasificar a cada uno de los sujetos, con lo que se conoce como “grilla sanitaria”. La autora explica que este poder estatal, a través de la biomedicina, se ha ido naturalizando y ha ido interviniendo en las viviendas, regulando los modos del comer, del dormir, del uso del tiempo libre, del trabajo, la vida sexual y hasta el modo de morir.

A través de las planillas y los mapas, los equipos de salud comunitaria buscan relevar periódicamente, en términos estadísticos y de georreferencia, aquellas familias

que se consideran de riesgo sociosanitario. En este sentido, se conjugan en estas tareas lo que Foucault (1977) ha denominado como las disciplinas del cuerpo y las regulaciones de la población a través de estrategias fundadas en el saber de la medicina moderna. Como veremos en el siguiente capítulo, esto toma modalidades particulares en este contexto, donde se llevan adelante dispositivos de seguimiento y control, sobre aquello considerado de riesgo.

3.3.2 Actividades comunitarias

En una de las primeras visitas al CAPS 30 de Octubre, durante julio de 2016, el equipo de trabajadoras comunitarias me invita a participar de una “actividad comunitaria”, un taller en el barrio Las Américas, actividad que venían preparando hace varias semanas y con la que estaban muy entusiasmadas. En ella colaboran la policía comunitaria, una pequeña compañía de teatro y una iglesia pentecostal del barrio que dispuso el espacio para la jornada. La policía comunitaria³¹ en general acompaña a las trabajadoras en este tipo de actividades, ya que como veremos en el capítulo siguiente se presenta como un espacio urbano estigmatizado por la “inseguridad”. Este evento tenía como objetivo trabajar sobre la salud ambiental, “para generar conciencia sobre el cuidado del medio ambiente” me explica Carolina. Esta actividad está dirigida particularmente a niños y niñas, y surge teniendo en cuenta la problemática del barrio que identifican las trabajadoras para el tratamiento de residuos. Me explican que al no haber servicio de recolección de residuos, en general las familias queman la basura o la tiran en algún descampado.

Previamente al evento, las trabajadoras comunitarias habían realizado las invitaciones para los niños y niñas de las familias que visitan. En este evento participan dos enfermeras del CAPS, con quienes colaboramos inflando globos y cargando materiales hasta la pequeña iglesia. Cuando llegamos al espacio Carolina y Eva salen a avisar a algunas viviendas vecinas que va a comenzar el taller, mientras Juana y las enfermeras preparan en colaboración con uno de los policías una olla de unos 10 litros de leche chocolatada. Las trabajadoras comunitarias colocan en el alambrado-portón de

³¹ La policía comunitaria es una división dentro de las fuerzas policiales de la provincia de Chubut, cuya función según reglamentaciones es la de prevención de conflictos y delitos. Trabaja particularmente en articulación con redes barriales, centros vecinales, escuelas e iglesias. Es la “encargada mediar en conflictos mediante la escucha, el diálogo y la atención y así llegar con mayor proximidad a los problemas de la comunidad” (Ley Provincial XIX – N° 5).

la iglesia una bandera que ellas confeccionaron y que utilizan para estas ocasiones. Al espacio se acercan unos 20 niños y niñas y algunas mujeres que acompañan. El taller comienza a media mañana con Carolina explicando su pertenencia institucional y la finalidad de este encuentro, “pensar en el cuidado del medio ambiente”. Seguido a ello la compañía de teatro y recreación, compuesta por tres mujeres jóvenes, comienza con la presentación de un breve cuento que una de ellas lee y las otras escenifican interpretando el personaje de una bruja y un hada. En la interpretación queda en claro el lugar de la contaminación ambiental a través de la basura que se desecha indiscriminadamente y la importancia de reciclar. Seguido a esto, la narradora invita a niños y niñas a participar de una actividad lúdica para luego invitarnos a confeccionar bonetes y gorros con papel de diario.



Ilustración 16 - Fotografías de encuentro de “actividad comunitaria” en barrio Las Américas. Equipo de trabajadoras comunitarias (julio de 2016).

Los niños y niñas se muestran atentos y predispuestos al juego, mientras que algunas madres que acompañan permanecen sentadas en silencio y en algunos casos con bebés en brazos. Luego de la actividad algunas mujeres se acercan a las trabajadoras comunitarias para solicitar turnos o consultar por la atención en el CAPS. La presencia de los dos policías personalmente me impacta, aunque parece ser habitual en este tipo de actividades. Se muestran amables y atentos a colaborar. Posteriormente Carolina me explica que ellos son “diferentes a los policías comunes” y que en general colaboran en

las actividades. El encuentro se cierra con el desayuno que Juana y las enfermeras habían estado preparando. Repartimos galletas y vasos de chocolatada.

Como se expuso, las actividades comunitarias son parte de la tarea de las trabajadoras. Estas pueden ser charlas, talleres, actividades lúdicas o jornadas en las salas de espera o en otros espacios públicos del barrio. En estos eventos, en general teniendo como referencia una efeméride, se trabaja sobre la prevención y promoción de la salud de algún tema en particular, como puede ser el cuidado del medio ambiente, alimentación saludable, salud gineco-obstétrica, salud bucal, entre otros temas vinculados con la salud.

Durante marzo de 2017 en ambos CAPS se trabaja en una campaña para paliar el escaso número de controles ginecológicos y “Papanicolaou al día” por parte de las mujeres que visitan. Según el informe de cierre de ronda del último trimestre de 2016, en el barrio San Cayetano, de un total de 299 mujeres de entre 25 a 64 años visitadas, 90 tienen el PAP realizado dentro de los últimos dos años, solo un 30 %. Es por esto que deciden hacer jornadas de realización de PAP, en el que las mujeres pueden acceder sin turnos previos. Particularmente en el CAPS 30 de Octubre esta acción se acompaña de una jornada con diferentes actividades, el “día rosa”.

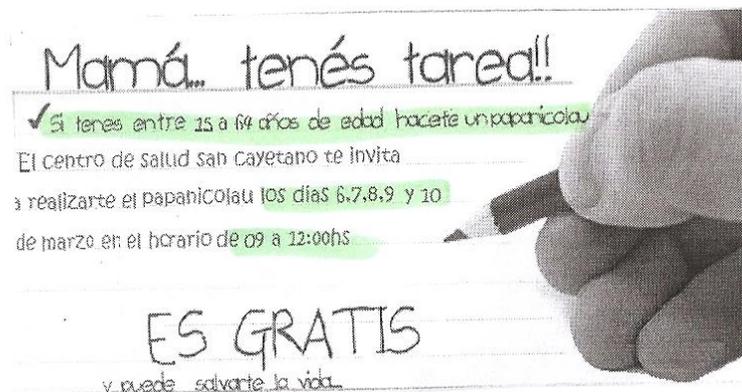


Ilustración 17 – Fotografía de folleto I de promoción de actividad “día de la mujer” (CAPS de San Cayetano, marzo de 2017).

Las trabajadoras comunitarias realizan folletos al estilo invitaciones para publicitar las actividades que realizan y días previos al evento reparten en los domicilios de quienes visitan. Estos folletos son realizados en computadora con programas sencillos de edición y fotocopiados para su difusión. Luego de la impresión, las

efectoras resaltan con fibras de color algunas frases en todas las copias. En el folleto realizado por el equipo del CAPS San Cayetano se puede observar una frase a modo de título y en letra grande que dice “Mamá... tenés tarea!!” y la imagen de unos dedos que sostienen un lápiz arriba de una hoja con renglones, sobre la que se encuentra el texto del folleto. Se puede pensar que esta invitación está dirigida a mujeres madres, que son interpeladas a través de una metáfora escolar, el “tener tarea” y la imagen que también remite al ámbito escolar. De este modo, habría un sentido de obligatoriedad sobre lo que el folleto propone. El tono de obligatoriedad se refuerza y queda claro en la primera frase, a la que se le da énfasis con el resaltado de color verde. Esta frase manifiesta de modo imperativo la realización del Papanicolaou a las madres del rango etario que se detalla. En lo que sigue del texto, aparece el centro de salud como sujeto que invita a la receptora del mensaje, especificando días y horarios, que también están resaltados con fibra. Finalmente, en la parte inferior se puede leer “Es gratis” y debajo, en letras minúscula y pequeña, “y puede salvarte la vida...”; allí se puede ver una intencionalidad de jerarquizar la idea de que este procedimiento, al que se invita, es gratuito y a modo de posdata un texto que fundamenta la importancia de su realización, poniendo como argumento la posibilidad de perder la vida. Estas invitaciones se entregan pactando un día y horario, entre los cuales se realiza la actividad, en el que las mujeres se comprometen a hacerse el PAP. Las trabajadoras comunitarias agregan con lapicera al reverso del papel el día pautado como recordatorio.

En el folleto producido por el equipo del 30 de octubre se puede observar un texto con diferentes tipografías acompañado de una figura, en el extremo superior derecho, de la caricatura de dos corazones y en el extremo inferior izquierdo la caricatura de una mujer de cuerpo pequeño, delgado, con cabello largo, cabeza y ojos grandes, que con una de sus manos en alto presenta el texto. En este folleto utilizan fibra de color rosado para colorear los corazones y una frase. El encabezado, “Querida mujer”, da cuenta del destinatario de este e intenta generar un vínculo de cercanía con quien lo lee. A esto le sigue la invitación, enunciada desde la primera persona del plural, a “un día diferente”, el “día rosa”, jerarquizado con letra mayúscula, signos de exclamación y resaltado con color rosado. La elección de este color para resaltar, colorear y como nombre para el evento, podría pensarse, no es casual y está ligado a la

división sexual de los colores, en la que el rosado estaría ligado a lo femenino y el celeste a lo masculino.

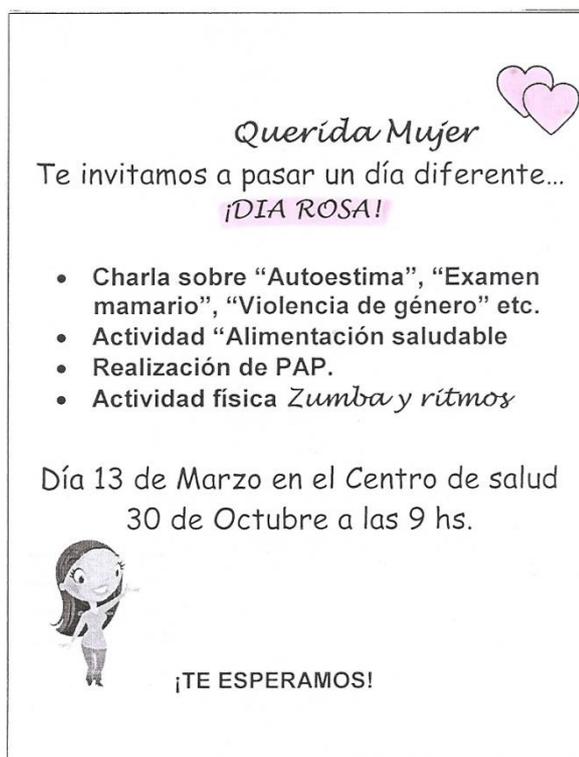


Ilustración 18 – Fotografía de folleto II de promoción de actividad “Día de la mujer” (CAPS 30 de octubre, marzo de 2017).

Debajo del encabezado se enumeran las actividades a realizarse en este “día rosa”. Por un lado, una serie de charlas sobre “autoestima”, “violencia de género”, “examen mamario” y “alimentación saludable”. Por otro, la realización del PAP y una actividad física grupal, que el equipo de salud pensó como importante para esta jornada, algo que podría interesarles particularmente a las mujeres del barrio.

Estas actividades son parte de la tarea de trabajadoras comunitarias en el marco de la promoción de la salud y el trabajo con la comunidad, a través de las que buscan un lugar protagónico de la población. Sin embargo, muchas veces las trabajadoras manifiestan su malestar por el escaso reconocimiento por parte del equipo de salud o las propias supervisoras y personal superior en sistema de salud. Eva me explica que se supone que todo el equipo del CAPS tiene que participar de las actividades

comunitarias, pero que no hay compromiso por su parte, ni se les exige que se sumen en estas tareas. En otro encuentro con Susana, mientras caminamos al barrio desde el CAPS San Cayetano, me comenta que ella hace algunos años trabajó en otro CAPS, donde había “un lindo equipo de trabajo”, en el que las médicas y enfermeras salían a terreno con ellas y se sumaban a las actividades comunitarias. En cambio, me explica que en este CAPS es diferente, ya que “no se prenden mucho a las actividades”. El médico pediatra que trabaja con ellas le dijo una vez, mientras organizaban una charla, que hablarle a la gente en la sala de espera no tenía sentido, porque “la gente no entiende, no le entra”; Susana me cuenta esto un tanto indignada. Le digo que eso va totalmente en contra de la idea de APS, lo que Susana responde con una expresión de resignación: “y bueno...”.

3.4 Tensiones entre perspectivas de salud comunitaria y las exigencias estadístico-administrativas

En su estudio, junto a agentes sanitarios del noreste de Salta, Argentina, Lorenzetti (2016) ha dado cuenta del carácter abnegado de la figura del agente sanitario, quien debe guiar, aconsejar y conocer las necesidades de cada familia para “ayudarlas a mejorar su vida” con una idea de misión, “proeza y salvataje”. Esto suele replicarse en este contexto con las ideas sobre caminar el territorio, el tener vocación y compromiso para ayudar a la gente, aunque las trabajadoras comunitarias suelen distanciarse de la figura de agentes sanitarios, a quienes identifican como asistencialistas. En una charla con Carolina y Eva, me cuentan que para “estar en terreno” es necesario tener vocación, que es una elección estar en el lugar en que ellas están. Dicen que cobran igual que una administrativa, para referir a un trabajo poco reconocido monetariamente, pero que es algo que eligen. Estar en terreno implica salir de manera cotidiana y realizar visitas domiciliarias, construyendo vínculos con las familias a cargo en barrios periféricos de la ciudad, como veremos en el siguiente capítulo.

La trayectoria de cada una de las trabajadoras comunitarias es diferente en cuanto a su formación y compromiso con la tarea. Todas son mujeres nacidas en la

provincia, provenientes de sectores de clase media y sectores populares que viven en diferentes barrios de la ciudad, en algunos casos con sus parejas, hijos, hijas, padres y madres. Algunas de las trabajadoras han realizado el curso de formación anual y otras, además, han realizado la tecnicatura superior en salud comunitaria. Esta labor, al interior del sistema público de salud, se presenta como una “profesión feminizada”, en tanto se compone en su totalidad de personas identificadas como mujeres y asociadas a valores considerados femeninos, vinculados históricamente a las tareas de cuidado y “ayuda social” (Lorente Molina, 2004). En algunos casos, las trabajadoras dan cuenta de una elección para el trabajo en el sector, lo cual identifican como el “trabajo con la comunidad”, “el trabajo en terreno” o “lo humanitario”. Asimismo, algunas dan cuenta de trayectorias diversas, en las que el trabajo comunitario aparece como una salida laboral luego de alguna otra apuesta laboral o de estudio trunca, donde el ingreso al sector público de salud es visto como un ascenso económico y la posibilidad de una estabilidad laboral. Sin embargo, reconocen el escaso reconocimiento económico en comparación con otras personas que trabajan en salud. A pesar de esto, todas reconocen la importancia del trabajo con la comunidad y manifiestan su malestar por las exigencias burocráticas al interior de la estructura organizacional.

Por momentos, las trabajadoras sienten que trabajan con diferentes concepciones de salud desde la jefatura y desde su rol. Desde la supervisión se les exige a las trabajadoras comunitarias tener a cargo 120 familias y relevar periódicamente sus indicadores estadísticos, lo que para ellas es un número elevado que va en desmedro de las actividades comunitarias o espacios de encuentro y “mayor calidad” en las visitas, lo cual implica más que completar formularios para llegar al objetivo de casas visitadas (enero 2017, 30 de Octubre). Así, se contraponen un trabajo “comprometido con la comunidad” a las exigencias estadístico-administrativas o un trabajo que califican como asistencialista. En términos ideales y siguiendo su formación en salud colectiva, las trabajadoras comunitarias, si bien reconocen la figura de “agentes sanitarios” como un antecedente importante, tienden a distanciarse de esta figura, a quien reconocen como “asistencialista”, como alguien que acudiría solo por la demanda y no estarían avocadas a construir salud desde una perspectiva comunitaria.

En palabras de Muñoz (2013), la salud comunitaria/colectiva tiene como núcleo central la comprensión del proceso salud-enfermedad-cuidado en relación a sus

determinantes sociales, históricos, económicos, culturales, además de los biológicos. Esta perspectiva se contrapone al modelo asistencialista, definido por su perspectiva biomédica y paternalista, basado en la atención de la enfermedad y la identificación precoz de factores de riesgo (Muñoz, 2013). La salud colectiva como propuesta teórica parte de diferentes corrientes de pensamiento latinoamericana sobre la salud pública y la medicina social desde la década de 1970, que propone ampliar la perspectiva sobre los procesos de salud-enfermedad-cuidado, en su realidad histórica, matrices contextuales, concibiendo la salud no solo como ausencia de la enfermedad (Granda, 2004). De este modo, se presenta como un campo interdisciplinario que propone comprender el proceso salud-enfermedad en tanto social. Almeida Filho y Paim (1999) afirman que la salud colectiva como campo de conocimientos se presenta como un nuevo paradigma en salud que busca comprender las formas con que la sociedad identifica sus necesidades y problemas de salud, busca su explicación y se organiza para enfrentarlos. Para ello se basa en la epidemiología, la planificación/administración de salud y las ciencias sociales en salud.

Sara contrapone el trabajo en salud colectiva, en equipo y centrado en las necesidades de la comunidad a “la política de las efemérides”, haciendo referencia a las actividades o carteleras que se hacen solo por la fecha en que se conmemora o visibiliza determinada problemática. Sara explica: “¿Viste esta cosa del primero de diciembre, salimos todos con el lacito rojo? Está buenísimo, pero si venís trabajando todo el año sí, te lo admito. Pero si es lo único que vas a hacer en todo el año, no”. En este sentido, critica el trabajo aislado y descontextualizado de las necesidades de la población.

Las exigencias de resultados numéricos las obliga a realizar muchas visitas en poco tiempo, lo que repercute en la “calidad del trabajo” por “cumplir con los números”. Esto se contrapone, según las propias trabajadoras, a su formación como técnicas en salud comunitaria, vinculada a la promoción de la salud con base comunitaria, un enfoque integral del proceso salud-enfermedad-cuidado, de epidemiología comunitaria y en oposición a prácticas asistencialistas. Como explica Sara, este tipo de problemas desgasta a las trabajadoras “a partir de que se pone tanto la mirada y la cuestión más normativa de las planillitas y los numeritos”. Algunas trabajadoras comunitarias que iniciaron su trabajo luego de la formación como técnicas renunciaron, alegando a las presiones sobre los números de visitas a realizar. “Las

presiones no tenían que ver con la calidad de su trabajo, sino solo con la cantidad de visitas y de papelitos” comenta Sara, algo que va en desmedro del trabajo de calidad y el vínculo que se puede construir con las familias.

Las tareas propias de las trabajadoras comunitarias vinculadas, por un lado, con las actividades comunitarias, la prevención y la promoción de la salud y, por otro lado, con el relevamiento estadístico y periódico de indicadores de salud se presenta en tensión. Como observamos, las exigencias hacia las trabajadoras comunitarias por parte de personal superior en el sistema de salud, sobre el número de familias a cargo y número de visitas a realizarse por rondas, presentan en varios casos disputas en las relaciones laborales, así como malestar en algunas trabajadoras.

Las trabajadoras comunitarias identifican diferentes problemáticas para el desarrollo de su labor como promotoras de salud comunitaria, en relación con las exigencias de rendimiento por parte de superiores y la falta de compromiso y trabajo en equipo por parte del personal de los CAPS. En este sentido, iremos viendo que la tarea de las trabajadoras oscila entre perspectivas de la salud en términos asistenciales y otras vinculadas con la salud colectiva, lo que también dependerá de las motivaciones personales de cada una con su tarea. Así, en los próximos capítulos se da cuenta de las particularidades que adquiere el quehacer de las trabajadoras comunitarias en sus espacios cotidianos, donde toma forma el seguimiento y control sobre los modos de cuidado de la salud de las mujeres migrantes provenientes de Bolivia.

CAPÍTULO IV

“Salir a terreno”. Las extensiones barriales y los procesos migratorios

En este capítulo describo la tarea cotidiana de trabajadoras comunitarias de salud en terreno en las denominadas extensiones barriales, donde habita la población migrante que visitan. A partir de las “salidas a terreno” las trabajadoras comunitarias visitan periódicamente diferentes viviendas en las denominadas extensiones barriales, a través de las cuales relevan una serie de indicadores sociodemográficos y de salud que buscan ser mejorados. Así, caracterizo la problemática habitacional en la ciudad y las particularidades que adquieren las “tomas de tierras” en dos sectores de Comodoro Rivadavia. Seguido a ello, presento una contextualización de los procesos migratorios en la ciudad y las características territoriales que adquieren particularmente algunos grupos migrantes provenientes de zonas rurales de Bolivia, sobre quienes recaen las categorías de riesgo del sistema público de salud.

Desde una perspectiva transnacional de las migraciones y aportes que permiten pensar los procesos de territorialización migrante, se propone una descripción del modo en que estos grupos construyen espacios en las denominadas tomas de tierra. Así, me propongo responder a las siguientes preguntas: ¿A quiénes visitan las trabajadoras comunitarias? ¿Quiénes son “las bolivianas”? ¿Qué características adquiere la construcción de territorios en este contexto? Precisamente, el grupo de mujeres a quienes se identifica por su adscripción nacional como aquellas que “no se cuidan” adquiere características particulares, vinculadas con su procedencia rural y con la construcción de vínculos en la ciudad y translocales de grupos quechua hablantes. Estos grupos se caracterizan por la construcción de una red migratoria y vínculos de paisanaje que se materializan a través de la cohabitación en un espacio que permite sostener en algunos casos prácticas que rememoran y resignifican aquellas de origen.

4.1 Salir a terreno

La tarea de las trabajadoras comunitarias se constituye fundamentalmente por las “salidas a terreno”, caminata hacia las zonas del barrio donde realizan las visitas a cada “familia a cargo”, generalmente a las extensiones barriales donde vive la población considerada de riesgo, en su mayoría población migrante. En estas visitas establecen vínculo generalmente con las mujeres, ya que son las que están en la vivienda durante el día, a quienes se busca como referentes de los grupos familiares y sobre quienes recae la responsabilidad de los cuidados en salud.

Las trabajadoras comunitarias pueden tomar familias a cargo a través de censos espontáneos, el señalamiento de algún otro profesional que conoce algún grupo familiar con factores de riesgo o a través del libro de partos del hospital, a través del que buscan captar familias con niños/niñas o recién nacidos/as. En una de las salidas a terreno con Susana a la extensión del San Cayetano, mientras caminamos hacia la zona desde el CAPS, me explica: “Nosotras vemos un bebé y ahí nos vamos, tratamos de captarlos” (2017), haciendo referencia a la necesidad de tomar a cargo a grupos familiares con niños y niñas. El tener a cargo implica para las trabajadoras comunitarias visitar periódicamente a un grupo familiar realizando el seguimiento de los indicadores de salud.

Cada trabajadora comunitaria tiene a cargo aproximadamente 120 familias, las que pueden “darse de baja”, dejar de visitarlas, por ser consideradas fuera de riesgo o por traslado del grupo familiar a otro barrio o fuera de la ciudad. En cada casa visitada, ellas realizan el control de libretas sanitarias y a través de algunas preguntas recogen esta información, relevamiento sociodemográficos, datos sobre algunas enfermedades, vacunaciones, salud sexual y reproductiva. Asimismo, en cada caso, según crea pertinente la trabajadora comunitaria se brinda información sobre prevención de algunas enfermedades y cuidados.

Las salidas cotidianas a terreno se inician alrededor de las 9:00 o 10:00 de la mañana y caminamos hasta la zona en la que las trabajadoras comunitarias deben visitar familias. En general, cada trabajadora se encarga de un sector del barrio para facilitar su tarea y no tener que desplazarse por grandes distancias. Las viviendas visitadas se

encuentran alejadas de los edificios de ambos CAPS. Caminamos a paso lento entre 10 y 20 minutos para llegar a las “extensiones barriales”. En el caso del CAPS San Cayetano atravesamos el barrio, ya que la extensión del San Cayetano, a donde vamos, está en el límite con otro barrio vecino, Moure. Pasamos por la avenida principal, la zona de planes de vivienda y nos adentramos en un espacio menos urbanizado y con calles de tierra. A medida que nos adentramos en la zona, comenzamos a ver casas de chapas, portones de alambrado y basura en las calles. Los perros son una compañía cotidiana para las trabajadoras comunitarias. En una de las caminatas, Diana comenta que a ella le encantan los perros, pero acá hay que cuidarse porque hay algunos que son buenos, pero otros “te quieren comer”. A esta hora es común ver mujeres que van o vienen con niños.



Ilustración 19 - Fotografía sobre una de las calles de la Extensión del barrio San Cayetano (2017).

El CAPS 30 de Octubre, como observamos previamente, cubre una gran área de la zona sur de la ciudad, compuesta por diferentes barrios. Sin embargo, la mayoría de las familias que visitan las trabajadoras comunitarias se encuentran en el barrio Las Américas, también conocido como extensión del 30 de Octubre, y la extensión del Abel Amaya. Estos barrios se ubican en la ladera de un pequeño cerro que se encuentra contiguo a la urbanización del barrio 30 de Octubre, que debemos atravesar a pie para llegar a la zona. Una vez que llegamos al lugar donde cada trabajadora debe realizar sus

visitas, el grupo se separa. En algunos casos, las trabajadoras se acompañan a visitar familias, yendo de a dos a cada vivienda. Como veremos en el siguiente capítulo, las visitas pueden variar según el tipo de vínculo que se haya construido con la mujer visitada y el tiempo que se disponga. En general, luego de visitar entre 4 y 8 viviendas regresamos cerca del mediodía al edificio del CAPS.



Ilustración 20 - Fotografía sobre una de las calles del Barrio Las Américas (2017).

Según datos de informes sociodemográficos elaborados por las trabajadoras comunitarias, en base a toda la población visitada durante el año 2016, en el área programática del CAPS San Cayetano, de un total de 370 viviendas visitadas (1642 personas), el 30 % vive en situación de hacinamiento (3 o más personas por habitación), el 28 % no cuenta con ventilación adecuada, solo el 20 % utiliza gas natural para calefacción y solo un 25,9 % cuenta con red cloacal. En el área programática del CAPS 30 de Octubre, de un total de 357 viviendas (1558 personas), el 14,6 % vive en situación de hacinamiento, el 22 % no cuenta con ventilación adecuada, solo el 23,8 % utiliza gas natural para calefacción y solo un 27 % cuenta con red cloacal (Informe anual sociodemográfico, Ministerio de Salud de Chubut, 2017).

Particularmente, las “extensiones barriales”, conocidas localmente de ese modo por las ampliaciones de barrios establecidos, son zonas de viviendas constituidas a

través de “tomas de tierra”. Como se expuso, las trabajadoras comunitarias identifican estos espacios como lugares de mayor riesgo sociosanitario por las condiciones en las que viven las personas. Estas zonas de la ciudad se identifican fácilmente por el contraste con la urbanización de Comodoro Rivadavia. Las calles son de tierra, sin cordón cuneta, predominan las construcciones de chapa y en algunos casos de ladrillos a la vista. La provisión de luz y agua se realiza por conexiones autogestionadas y muchas viviendas se calefaccionan con garrafas de gas o leña.

Diferentes investigadoras locales han trabajado la problemática habitacional de la ciudad. En su estudio, vinculado a las extensiones barriales, Chanampa (2014) expone que estos son espacios urbanos caracterizados por la instalación organizada de personas que siguen y buscan una lógica de orden con respecto a barrios linderos y las conexiones “clandestinas” a redes de servicios públicos, con el fin de solucionar el desabastecimiento de agua potable y electricidad. La noción de “extensión barrial” connota la idea de un espacio urbano que se extiende de otro, manteniendo cierta asociación y relación, principalmente, desde su dependencia en el suministro informal de servicios públicos (Chanampa, 2014). Al no encontrar respuestas por parte del Estado y del mercado formal constructor e inmobiliario, las personas apelan a la toma de tierras y a la autopromoción de la vivienda como un medio de satisfacer sus necesidades habitacionales, donde la política pública indiferente a esta problemática constituye a estos barrios como periféricos (Bachiller et al., 2015).

Para comprender estas dinámicas de urbanización, es necesario dar cuenta del contexto de producción petrolera que ha marcado históricamente el ritmo del crecimiento poblacional y urbano. Algunos investigadores comprenden a las tomas de tierras como síntoma de un modelo de desarrollo, generador de desigualdades, que tiene a la extracción de petróleo como criterio monopólico, donde la administración municipal y escasos esfuerzos de planificación urbana se ven desbordados (Bachiller et al., 2015). Usach y Freddo (2016) exponen que el crecimiento de la ciudad se expresó a partir de la conformación de nuevos asentamientos no reconocidos legalmente en espacios periurbanos inhabitados o en espacios donde el suelo carece de condiciones adecuadas de habitabilidad —las laderas de los cerros en la zona suroeste o espacios próximos al basural municipal—.

Particularmente, desde la administración estatal, a través de la normativa vigente de entrega de tierras, se brinda prioridad a los “nacidos en la ciudad” ante los “extranjeros” (Ordenanza Municipal N° 10.417/12; Baeza, 2014). Esto, sumado a las situaciones de informalidad y precariedad laboral de muchos migrantes, ha llevado a estos grupos a la toma de tierras para la construcción de viviendas, colocándolos en una situación de exclusión en la ciudad, que se proyecta en una marginalidad de tipo espacial, mediante la ocupación de terrenos y la invisibilización de estos barrios, que se encuentran “en los bordes” de la ciudad (Baeza, 2008). Como explica Vazquez (2020), las políticas terminan configurando sujetos de derecho, expulsando a gran parte de la población, esto se combina con la desregulación del mercado y con el impacto de la actividad petrolera, configurando una ciudad excluyente, en la que las formas de exclusión son variadas, a lo que debe sumarse la estigmatización territorial.

En ambos CAPS, las trabajadoras comunitarias comentan que en las primeras visitas que realizaban a la zona, en las que debían “captar familias”, generalmente las mujeres se mostraban desconfiadas o no querían brindar información que ellas necesitaban para realizar el censo, ya que creían que les iban a cobrar por las prestaciones de salud. En una de las caminatas en el barrio charlando con Susana, ella explica que quizás las mujeres creían que pertenecían a alguna entidad que iba a reclamar por los “terrenos usurpados”. A través de la explicación de su trabajo y el reconocimiento por parte de otras vecinas o familiares, a quienes también visitaban, es que lograron generar vínculos con algunas mujeres.

Si bien estos CAPS se ubican en barrios en los que habita mucha población migrante, en las salidas a terreno acompañando a las trabajadoras comunitarias fui dando cuenta de que predominaban visitas particularmente a mujeres migrantes provenientes de zonas rurales de Bolivia. El grupo de mujeres a quienes se identifica en las instituciones sanitarias por su adscripción nacional, aquellas que “no se cuidan”, adquieren características particulares relacionadas con su procedencia rural y con la construcción de vínculos en la ciudad y translocales de grupos quechuahablantes.

Las trabajadoras comunitarias siempre usan el típico de personal sanitario y zapatillas deportivas cómodas para caminar. De este modo, las mujeres las reconocen como parte del hospital o el centro de salud, como ellas se presentan. Yo acompaño a las trabajadoras comunitarias sin uniforme. Ellas me presentan como psicólogo, parte de

la universidad o en algunos casos les explican que estoy haciendo un trabajo de investigación. En estos encuentros, cuando las trabajadoras comunitarias disponían de tiempo, a partir de mi interés por conocer las experiencias de las mujeres, iniciábamos algunos diálogos. Es así que comenzaron a cobrar relevancia, para mí y las trabajadoras comunitarias, las zonas de procedencia dentro de Bolivia de las familias, en las que las características regionales o el modo de hablar quechua tienen sus particularidades. De este modo, fui comprendiendo que el significante de “lo boliviano” en este contexto se complejiza y diluye en tanto solo es válido ante algunos actores sociales, como lo eran las efectoras del centro de salud, ante quienes se identifican como bolivianas a los fines de la recolección de información administrativa. Asimismo, a partir de las sucesivas visitas domiciliarias en estas zonas de los barrios, acompañando a las efectoras, pude dar cuenta que la distribución espacial de las viviendas: en la mayoría de los casos, se da siguiendo un patrón que tiene que ver con las regiones de proveniencia dentro de Bolivia, a través del cual se agrupan familias migrantes como veremos en los siguientes apartados.

4.2 Procesos migratorios en Comodoro Rivadavia

La ciudad de Comodoro Rivadavia, se ha constituido desde su fundación como receptora de grupos migrantes por la actividad de explotación petrolera, lo cual ha configurado históricamente su matriz social. Entre los años 2004 y 2014 se desarrolla el último gran crecimiento de la industria petrolera, que produjo una mayor llegada de migrantes provenientes de Bolivia. Los datos del Censo Nacional de Población del año 2010 arrojaron un total de 180.000 habitantes en la ciudad, de los cuales 14.544 son migrantes de países limítrofes, 10.682 son migrantes chilenos, seguidos por los migrantes bolivianos con un total de 2421, de los cuales 1303 son varones y 1118 son mujeres (Dirección General de Estadísticas y Censos, 2015; Baeza, 2013).

Si bien el número de migrantes de Bolivia en la ciudad no es elevado en comparación con otros grupos migrantes u otras zonas del país, su presencia adquiere marcada visibilidad por ser una migración reciente y por la presencia, sobre todo, de mujeres, quienes circulan en los espacios públicos o se insertan en el comercio

formalizado e informalizado, donde cobra relevancia su modo de vestir y rasgos fenotípicos indígenas. En este sentido, Baeza (2013) denota que, en la ciudad, predomina la hostilidad y escasa aceptación hacia estos migrantes que han optado por residir en la ciudad en los últimos años.

La migración chilena en la ciudad se registra desde los inicios de su poblamiento, proveniente de diversas regiones del sur de Chile, acrecentándose particularmente con la instalación de la gobernación militar (1944-1955) que otorgó a la ciudad el estatus de capital, con la que se generó una ampliación de la demanda laboral. El otro periodo de crecimiento de la migración chilena corresponde al denominado primer Boom Petrolero (1958-1963), con la aprobación de la ley de Hidrocarburos y un nuevo Estatuto Orgánico de Yacimientos Petrolíferos Fiscales (YPF) que favorecía la instalación de empresas extranjeras. Durante esta etapa, se expandió la contratación de trabajadores chilenos por su carácter de “ilegales”, porque de esta forma las empresas abarataban los costos en mano de obra (Baeza et al., 2016).

La migración chilena desde las décadas de 1960 y 1970 era identificada para los sectores medios como “grupos sociales anómicos, molestos y al margen de la ley”, asentados en tomas de tierras en las periferias de la ciudad (Baeza et al., 2016). Budiño (1971) caracterizaba a los migrantes chilenos como un “grupo-problema” asociado con la criminalidad, la marginalidad, la desorganización familiar, con valores tradicionales que no les permiten vislumbrar las posibilidades de cambio social. Como expone Baeza (2016), la situación de conflictividad social que provocaba la inserción de los distintos grupos de migrantes chilenos en la sociedad comodorenses se asemeja en algunos aspectos a la situación en torno a la llegada de los grupos de “nuevos migrantes”. Ser “recién llegado” y no pertenecer a los grupos de inmigrantes, sobre todo, de origen europeo que conforman el grupo fundacional de la ciudad, ubica a los migrantes limítrofes y particularmente aquellos provenientes de Bolivia como *outsiders*. En este sentido, Williams (2010) y Latorre (2010) dan cuenta de la construcción hegemónica del significado de “inmigrante” en la ciudad, correspondiente al estereotipo del inmigrante europeo de los primeros años, el “pionero”, al que se le debe agradecimiento por poblar la región y engrandecer la patria, excluyendo así al migrante interno y al proveniente de países limítrofes.

Argentina es uno de los principales países receptores de migrantes que provienen de Bolivia, flujo migratorio que se concentró históricamente en las grandes ciudades del país y zonas de frontera. Esta corriente migratoria ha sido tradicionalmente de carácter laboral, impulsado por las crisis sociales, políticas y económicas que sufrió Bolivia a lo largo de su historia (Magliano, 2009). Durante la primera mitad del siglo XX, la mayor parte de la migración boliviana se trasladaba de manera temporal o permanente a las provincias limítrofes del noroeste argentino por la demanda en actividades agropecuarias. A partir de la década del '70, estos grupos comenzaron a dirigirse hacia las grandes ciudades del centro argentino, como Buenos Aires, Córdoba y Rosario. Es así que el asentamiento permanente de los migrantes bolivianos comenzó a crecer en la década del '80, hacia la primera década del siglo XXI, diversificándose hacia otras zonas geográficas (Pizarro, 2009; Cassanello, 2014).

Particularmente, a partir del año 2004, se produjo una mayor llegada de migrantes bolivianos a la ciudad de Comodoro Rivadavia por el crecimiento de la explotación petrolera en el denominado segundo Boom Petrolero (Baeza, 2014; Barrionuevo, 2019). Esto trae aparejado una demanda en las actividades laborales de la industria petrolera y otras labores asociadas. Estos desplazamientos se realizan generalmente desde zonas rurales de Bolivia o desde otras ciudades de Argentina, que se constituyen como ciudades de paso. Según nuestras observaciones, la mayoría de los migrantes en la ciudad provienen del departamento de Cochabamba, particularmente de Punata y Cuchupunata, quechuahablantes, que en muchos casos han migrado hacia zonas urbanas dentro de Bolivia y luego se han desplazado hacia ciudades argentinas. En algunos procesos migratorios más recientes hacia la ciudad, se identifica una movilidad directa del campo a la ciudad de Comodoro Rivadavia, facilitado por vínculos familiares.

Esta migración, que se caracteriza por ser de tipo “rural-urbana”, se ha desarrollado de manera creciente desde la consolidación de los estados nacionales en Latinoamérica, ligada a la urbanización de la población como parte del proyecto de modernización. De este manera, la expansión industrial, la demanda de mano de obra en las ciudades y la expulsión de población campesino-indígena empobrecida incrementó estos procesos de movilidad (Calderón, 2000; Maidana, 2013). La Patagonia y, particularmente, Comodoro Rivadavia se presentan así como un espacio con mayores

posibilidades económicas y de menor conflicto, menor fricción (Tsing, 2005), como la que se puede presentar en las grandes ciudades con mayores heterogeneidades.

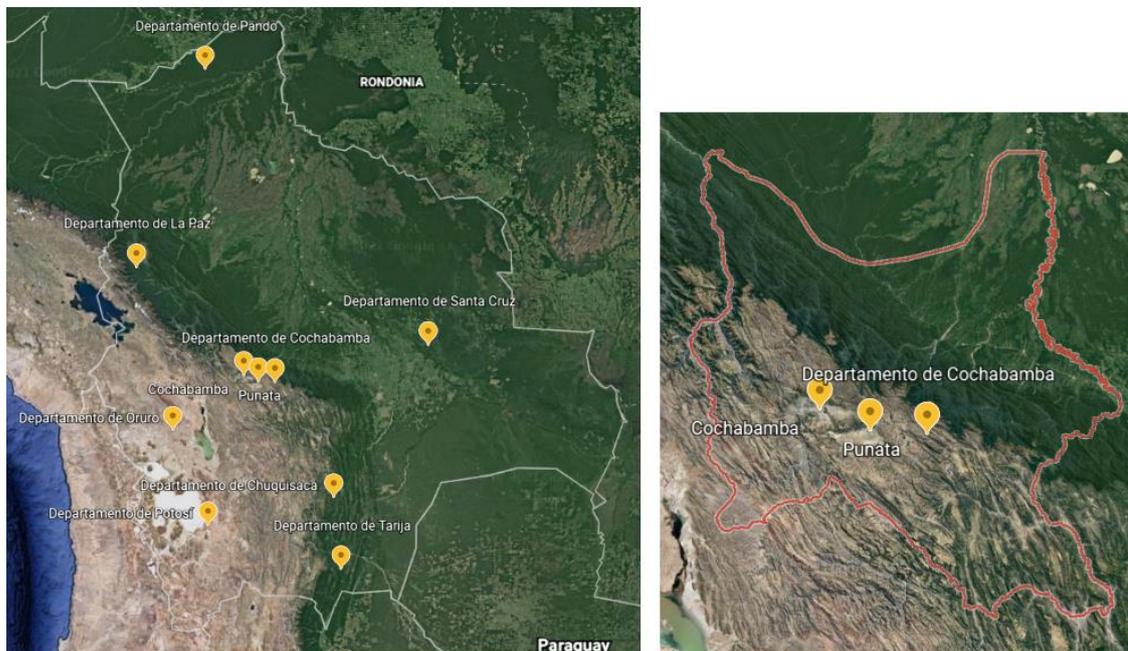


Ilustración 21 - Imagen satelital del territorio del Estado Plurinacional de Bolivia y sus departamentos. Departamento de Cochabamba, ciudad de Cochabamba y Punata. Imágenes tomadas de Google Earth (De izquierda a derecha: Escala 1:500 km y 1:100 km). Elaboración propia (2021).

4.3 Procesos de territorialización migrante: “Acá somos todos de Bolivia”

En ambos barrios existen procesos de territorialización de los grupos migrantes en las extensiones barriales, a través de los cuales construyen espacios en la consolidación de redes de familiaridad que se refuerzan o construyen en los procesos migratorios. La mayoría de los núcleos familiares que visitan las trabajadoras comunitarias en estos barrios están constituidos por parejas heterosexuales, de entre 20 y 50 años de edad, con hijos/hijas. Los varones, en general, se insertan en el mercado de trabajo de la construcción y, en menor medida, en servicios petroleros y pesqueras. Las mujeres se dedican al trabajo doméstico, al comercio ambulante y en algunos casos se emplean en pequeños comercios y en empresas pesqueras. Las trabajadoras visitan a las familias durante la mañana, cuando generalmente las mujeres se encuentran en sus

viviendas y los varones en las jornadas de trabajo. Esto parece marcar el ritmo de estos lugares, pudiendo encontrar más espacios de sociabilidad “entre mujeres”, con trabajadoras comunitarias y conmigo, durante la mañana y la tarde, reservándose a los espacios domésticos luego de las 17:00 con el retorno de los varones.

4.3.1 El Zanjón y la Extensión del San Cayetano

En una de las primeras salidas a terreno con Diana a la extensión del barrio San Cayetano, sobre un agrupamiento de viviendas extenso, en comparación a las otras manzanas que siguen la continuidad de las calles del barrio en cuadrícula, me comenta: “En esta manzana [sobre calle código 787] viven todos bolivianos y los tengo a todos yo” mientras se ríe, haciendo referencia a que son familias que ella visita. Las trabajadoras denominan a esta zona del barrio como “zona de códigos”, por las calles numeradas en códigos por la gestión municipal para su identificación de terrenos no mensurados en las “tomas de tierras”.

La “zona de códigos” en la extensión del barrio San Cayetano está compuesta por varias manzanas, donde viven migrantes provenientes de diferentes regiones de Bolivia. Una de las referentes de la organización de la zona es María, proveniente de Santa Cruz de la Sierra, quien vive aquí desde el 2008. María tiene 42 años, es de contextura robusta y estatura media. Es de tez trigueña, pelo negro teñido con mechas rubias que usa siempre atado. Ella se encarga de la gestión para el acceso a servicios y regularización de la situación de los terrenos ante la municipalidad y el presidente de la comisión de la unión vecinal del barrio vecino, San Cayetano. Además de ser referente en la organización administrativa de la “zona de códigos”, se dedica a la venta callejera de productos de limpieza en el mercado local: “la saladita”. Vive con su pareja, quien trabaja en la construcción, y con sus dos hijos de 10 y 12 años. En el terreno contiguo al suyo vive su hijo mayor con su pareja e hijos.

A María la conocí en una de las visitas en las que acompañaba a Susana. En este encuentro, ella le pide a la trabajadora comunitaria el número telefónico del presidente de la unión vecinal del barrio San Cayetano por un problema que tienen por la recolección de basura. Luego, Susana me cuenta que ella había ayudado en la gestión de las bateas de basura, ya que a la “zona de códigos” no llega el servicio urbano de recolección de residuos. Me comenta que la relación con la unión vecinal no es buena,

ya que no los consideran parte del barrio, no se les destina recursos y tampoco se aboga por la urbanización de la zona. María es una de las pocas mujeres que habla español sin dificultad, en comparación con otras mujeres migrantes quechua hablantes del barrio. La lengua en la que ha sido socializado es el castellano, por lo cual es de referencia para las gestiones en lo que respecta a la organización del espacio en la interacción con referentes municipales y de otras organizaciones. En este sentido, su procedencia y su modo de hablar la tornan más proclive a efectivizar las mediaciones necesarias para la organización del barrio. En otro encuentro, ella comenta que acá hay muchos “paisanos cochalas”, término con el cual se refiere a los oriundos de Cochabamba.

La toma de tierras en la “zona de códigos” se dio entre los años 2008 y 2010, por iniciativa de un grupo de migrantes que “lotearon” un terreno baldío, dándole continuidad a las calles del barrio San Cayetano. En una visita a María (2017), nos cuenta: “Cuando yo llegué, ya hacía dos días que se había medido, a ojo no más, trazando la misma calle [...]. Esto era un basural donde venían los camiones a tirar basura, era un basural feísimo, feísimo... Todo esto era oscurísimo”. De este modo, la organización del espacio y los servicios se fueron gestionando a través de redes comunitarias y familiares, apropiándose de la denominación que se ha dado a esta zona desde la administración municipal para identificar las calles de terrenos no mensurados.

La mayor llegada de migrantes provenientes de Bolivia a la zona se vio facilitada por el vínculo preexistente, en muchos casos, entre los ya asentados y otros que vivían en diferentes barrios de la ciudad. Basilia, proveniente de Punata, Cochabamba, que vive aquí junto su pareja y tres hijos, y a quien conocí en una de las visitas que realizaba junto a Diana, nos cuenta que ella alquilaba en el barrio de al lado y unos parientes le avisaron que había un lote vacío, por lo que decidieron instalarse allí (julio de 2017). Así, la instalación en la zona se vio facilitada por la relación entre los que ya vivían en la ciudad y los que deciden migrar desde otras ciudades. A través de estos lazos, se comparten recursos en relación con la inserción laboral, la educación de niños, la salud y la vivienda. El poder llegar a la casa de familiares, donde vivir por un tiempo hasta conseguir armar una casa y traer a la familia que quedó en Punata, en este caso, facilita la construcción y fortalece vínculos de mutua ayuda.

La construcción de viviendas en la zona de códigos se fue dando según algunas pautas urbanas, como nos comentaba María. Sin embargo, en la zona de “el zanjón”³² (calle código 787), denominado así por quienes viven en el barrio y efectoras de salud, adquirió otras características con la llegada de punateños que fueron construyendo en cercanía de “paisanos” de la zona. Es así que “el zanjón” es un conglomerado de viviendas que toma la forma de una manzana alargada e irregular. La vista desde la calle es de un gran paredón uniforme, de retazos de chapas y portones de metal. Tiene un pasaje sin salida y varios pasajes angostos por donde solo se puede pasar caminando de un lado al otro de esta gran extensión de uno 150 metros.



Ilustración 22 - Fotografía de uno de los pasajes de la Extensión del San Cayetano “zona de códigos” (2017).

En el Zanjón las referencias espaciales, usualmente, están íntimamente ligadas a las relaciones sociales. Lidia, de 39 años, quien vive aquí hace 10 años junto a su pareja y 6 hijos, nos dice “en esta cuadra todos, todos somos de Punata, hasta donde vive Miguel”. Cuando le preguntamos donde está la casa de Miguel, nos comenta: “ahísito, aquí. Después de doña Flora, la Juana, mi tía Sabina, José, Fausto, la Gloria, doña Olga” (marzo de 2017). En este sentido, podría afirmarse que las relaciones sociales inciden en el ordenamiento material y simbólico del espacio, haciendo de este un territorio a través

³² Zona del barrio denominada así por las características topográficas del lugar, lindero a un cauce de agua que forma un pozo en el terreno.

de la copresencia de un grupo. Tal como afirma Tarrus (2000), la construcción de un territorio está ligada a una suma de personas que pueda emplear un “nosotros” que los identifica en la marcación espacial. A Lidia la visita asiduamente Diana, con quien tiene un vínculo de confianza y a quien llama “Doctora Diana” o “doctorcita”. Su lengua es el quechua, por lo que habla español con dificultad. Es de contextura robusta, de baja estatura, de tés morena, ojos rasgados y pómulos prominentes. En su sonrisa se pueden ver dos dientes dorados, lo que presumo es oro. A partir de la relación con ella y otras mujeres, más allá del encuentro con las trabajadoras comunitarias, pude comenzar a conocer otras dimensiones de la vida en la extensión.



Ilustración 23 - Imagen satelital de Google Earth (Escala 1:500 m). Georreferencia del CAPS San Cayetano, Barrio San Cayetano, Extensión del San Cayetano y El Zanjón. Elaboración propia (2019).

Muchas de las casas del zanjón se caracterizan por tener patios amplios semi-techados, importantes para realizar reuniones o celebraciones de festividades, como casamientos, bautizos o quince años. En estos eventos, la comunidad cobra relevancia

especial mediante relaciones de reciprocidad y colaboración con la familia agasajada. En muchos casos se movilizan recursos y familiares desde otras localidades de Patagonia, como Caleta Olivia, Puerto Madryn, o de lugares aún más alejados como Córdoba o Buenos Aires, así como de Punata o Cochabamba. En estos eventos es importante contar con la presencia de familiares que quedaron en la zona de procedencia o que se asentaron en otra localidad. Asimismo, en muchos casos se viaja o se mandan a buscar telas o vestidos para estos eventos, que no se consiguen en la ciudad, o se contratan grupos musicales que viajan exclusivamente para el evento.

Las fiestas en este contexto adquieren características especiales y diferentes a las realizadas en Punata. Lidia nos comenta esto en un encuentro en el patio de su casa, refiriendo que en Punata no se festejaba de esta manera, “no se festejaba así porque no había tanta plata, se ha puesto de moda acá” (enero de 2017). El nuevo territorio y sus condiciones materiales facilitan la concreción de estos eventos que refuerzan valores sociales de reciprocidad, lazos comunitarios translocales y transnacionales, que permiten la identificación con el lugar que se dejó. De este modo, se refuerzan prácticas características en un contexto en el que adquiere contraste notable con la sociedad comodoreña.

Algunas familias los fines de semana abren los portones de su casa y venden comidas que las mujeres cocinan, como sopa de maní, picante de pollo, pan “cochabambino” relleno de queso, empanadas y cerveza. Este se constituye como un espacio de encuentro y distensión luego de la jornada laboral de los varones, donde generalmente se puede escuchar cumbia estilo saya/caporal. Asimismo, es común ver en los patios o la vereda, durante los días de semana, mujeres charlando mientras niñas/niños juegan. En este espacio siempre se escucha hablar quechua. En un encuentro con dos vecinas jóvenes de “el zanjón”, nos cuentan que al español lo aprenden en la escuela, pero en la familia siempre se habla quechua y nos dicen: “Si ustedes no estuvieran aquí, hablaríamos quechua” (enero de 2017). Así, el hablar quechua se presenta como un clivaje diferencial que delimita un “nosotros” al interior del grupo.

Los espacios amplios en las casas también permiten a cochabambinos, en algunos casos, sostener prácticas ligadas con la vida rural, que tienen que ver con la cría de animales y la horticultura. En algunas viviendas se crían cerdos, cabras, conejos,

gallinas, patos y sobre todo cuys (cobayos), animales que son faenados en los espacios domésticos para su consumo o venta a “paisanos”. Asimismo, en algunas viviendas se cultivan algunas frutas y verduras que se utilizan para la alimentación o hierbas, que no se consiguen en el mercado local, para condimentar alimentos o realizar infusiones que se comparten o venden entre miembros de la comunidad. En muchos casos, se traen especies vegetales que aquí no se encuentran, especialmente desde Cochabamba.

Mercedes, a quien visita Diana, tiene 44 años, vive con su marido, trabajador de la construcción, en uno de los terrenos que tiene ingreso por dos calles en el Zanjón, una de ellas pasaje, y tiene 3 hijos adultos. En uno de los encuentros, a partir de nuestro interés por conocer su historia de vida, por fuera del encuentro con Diana, Mercedes relata que llegó al código hace unos nueve años. Comenta que en los primeros tiempos extrañaba mucho Punata, su lugar de origen. Cuando hablamos sobre el asentamiento en el barrio nos dice: “De a poquito fui cercando, sembrando, me compre las chivitas, poco a poco... Después me olvidé de llorar” (marzo de 2017). Este olvido al que hace referencia Mercedes está ligado a la recuperación de una memoria que se materializa en el espacio, acortando las distancias temporales y espaciales que la alejaban del espacio imaginado, Punata. En la huerta también se pueden ver algunas vasijas traídas del campo, así como guirnaldas que cuelgan de uno de los árboles, rastros de una celebración reciente. Esto, ligado a la recuperación de vínculos con sus hijos y familiares que posteriormente fueron migrando a la zona, hizo que la añoranza de Mercedes quede en el olvido. Como afirma Sayad (1996), la conciencia de los vínculos entre el lugar y el entorno, lo próximo y lo lejano, el pasado y el presente, determinan el grado de inquietud y melancolía propia de la nostalgia, donde se representa la búsqueda de la imposible ubicuidad de estar aquí y allá. Mercedes es hablante quechua, de estatura baja, morena y de contextura delgada a quien Diana recuerda siempre por sus cabras, algo atípico en la ciudad de Comodoro.

Mercedes hace alusión al “desacostumbramiento del cuerpo” en su proceso migratorio, relatando que desde que vive en “el zanjón” solo una vez regresó a Punata, pero toda la comida de allá le provocó malestar estomacal que no cesó hasta cruzar nuevamente la frontera por Villazón. Los alimentos y condimentos que se pueden conseguir y cosechar en el zanjón no son los mismos que se consiguen en la zona rural, aunque se realicen las mismas preparaciones, lo cual generó desacostumbramiento con

respecto a los alimentos y preparaciones de Punata. En un encuentro con otro grupo de mujeres del zanjón surge el tema de la alimentación, ya que una de ellas, Gloria de 28 años, está preocupada por bajar de peso. Comentan que aquí consumen más carne, grasa y aceite en comparación al campo, donde se come api³³, maíz y mote³⁴, lo que “da fuerzas para trabajar”. Al mismo tiempo, resaltan que allá no se engorda, debido a que se trabaja todo el día en el campo. Una de las mujeres más grandes, Rosa de 64 años, comenta en quechua que ahora ya no siembran en Punata: “vamos a levantar, no más”, dice mientras todas se ríen de esto que luego nos traducen (marzo de 2018). Mercedes también recuerda el esfuerzo físico que requiere la vida en el campo, el cargar bultos pesados y caminatas diarias de varias horas de duración, algo que tampoco pudo volver a realizar luego de varios años viviendo en Comodoro aludiendo que aquí camina poco ya que todo está más cerca. “Si me voy a ir, no sé cómo voy a trabajar allá...”, se lamenta mientras nos comenta los dolores que tuvo luego de volver a realizar algunas tareas de fuerza (marzo de 2017). De este modo, en el contexto migratorio se generan otras disposiciones y condicionamientos del cuerpo en relación con el trabajo y la alimentación, que por lo menos para Mercedes hacen incierto un posible retorno a vivir en Punata.

El “desacostumbramiento” al que hace referencia Mercedes y otras mujeres nos lleva a pensar en la noción de “habitus desgarrados” (Bourdieu, 1999: 89-210), que da cuenta de estas socializaciones contradictorias y heterogéneas. Es a través de las experiencias corporizadas que emergen los relatos que dan cuenta de la construcción del espacio en tensión con un “allá”. En el estudio del desarraigo de los campesinos argelinos, Bourdieu y Sayad (1965) dan cuenta de la ruptura de la dialéctica hábitat-habitus de estos “campesinos descampesinados”, donde aparecen ambigüedades y contradicciones en las experiencias que coexisten. En este caso podemos pensar en la idea del “(des)acostumbramiento” como un doble proceso, central en la experiencia migratoria, particularmente, de territorialización de prácticas que generan comunidad en el nuevo espacio. Las modificaciones del cuerpo y su actividad, que refieren en estos casos, rememoran experiencias ligadas siempre con el territorio, lo cual es vivenciado con nostalgia o sufrimiento por lo que ya no está o alegría por las nuevas condiciones.

³³ El api es una bebida que se elabora con granos de maíz molidos (en Cochabamba con maíz negro).

³⁴ Preparación con grano de maíz seco y hervido en agua.

4.3.2 Las Américas y la Extensión del Abel Amaya

En lo que respecta a la extensión del Abel Amaya y el barrio Las Américas que visitan trabajadoras comunitarias del CAPS 30 de Octubre, estos barrios presentan características más heterogéneas que la extensión del San Cayetano en cuanto a quienes las habitan. Aquí viven familias provenientes de Bolivia, oriundas de Comodoro, de otras provincias de Argentina, de Paraguay y en menor medida de Perú y Chile.

El barrio 30 de Octubre, también conocido como “las 1008 viviendas”, es un complejo habitacional de edificios de 3 pisos, creado en la década de 1980 por el Instituto Provincial de la Vivienda (IPV). La denominada extensión del 30 de Octubre o barrio Las Américas se ubica en la ladera del cerro aledaño al complejo de viviendas que da nombre al barrio. Por su parte, la extensión del Abel Amaya se compone de dos sectores. Por un lado, constituido en la zona sur, lindero a Las Américas, sobre una ladera y el otro sector limita con el denominado Cordón Forestal de la ciudad, en la zona suroeste.

Estas extensiones barriales se constituyen como asentamientos a partir de radicación en cercanía a barrios constituidos por planes de viviendas estatales como lo es el barrio Abel Amaya y el 30 de Octubre. Como afirma Vazquez (2020) en su trabajo sobre políticas urbanas y asentamientos informales en la ciudad, en el año 2006 comenzaron a ubicarse algunas viviendas en tierras fiscales detrás del barrio 30 de Octubre, donde no se identifica una planificación de la toma de tierras, sino que se trató de una “toma por goteo”, donde el asentamiento fue creciendo lentamente por vínculos entre quienes allí se radicaban.

Las Américas es un nombre que le han dado los propios habitantes del barrio. En una charla con Sonia, coordinadora de trabajadoras comunitarias del 30 de Octubre, en 2016 explica: “Es todo un problema el lugar al que pertenecen”, ya que hace un tiempo la municipalidad asignó esa extensión al barrio Abel Amaya, por lo que ingresó el vecinalista de ese barrio. “La gente de la extensión quiere ser reconocida como un barrio —Las Américas—, pero la municipalidad dice que no cuentan con la cantidad de viviendas suficientes para serlo”, comenta. El barrio Las Américas tiene su propia organización y un referente barrial.



Ilustración 24 - Imagen satelital de Google Earth (Escala 1:400 m). Georreferencia del CAPS 30 de Octubre, Barrio 30 de Octubre, Las Américas, Abel Amaya y Extensión del Abel Amaya. Elaboración propia (2019).

En algunas de las visitas a Las Américas, las trabajadoras comunitarias se movilizan desde el CAPS en el automóvil de alguna de ellas, lo cual justifican por la distancia y por cuestiones de seguridad. Para llegar a esta zona del barrio, las trabajadoras deben atravesar las “1008 viviendas”, una zona caracterizada localmente por su conflictividad social vinculada a robos y otros delitos, discurso que los medios de comunicación tienden a reproducir³⁵. Las efectoras de salud comentan algunas situaciones de robos de celulares que vivieron en la zona, lo que hace varios años hizo que dejaran de visitar la zona y tomaran la decisión de ir siempre en grupo. Sonia comenta que a las 1008 no van más “por problemas de seguridad”. Recuerda que hace

³⁵ <https://elcomodorene.net/la-policia-hallo-un-bunker-de-delincuentes-en-las-1008-viviendas/>
<https://www.elpatagonico.com/complejos-habitacionales-que-no-trajeron-la-solucion-que-proyectaban-n667706>
<https://www.infobae.com/sociedad/2017/04/01/con-el-agua-a-la-cintura-saquearon-comercios-en-comodoro-rivadavia-en-medio-de-las-inundaciones/>
<https://www.elpatagonico.com/los-sospechosos-asaltar-una-familia-aseguran-que-fueron-comprar-droga-n1563503>
<https://www.elpatagonico.com/secuestran-tumberas-y-chalecos-policiales-las-1008-viviendas-n1545298>

unos años también habían dejado de ir a la extensión del 30 de Octubre, pero que cuando ingresaron nuevas trabajadoras comunitarias tomaron la decisión de retomar esa zona, pero yendo siempre en grupo, a diferencia de otros sectores, donde cada una tiene delimitado su barrio y puede ir sola.

Las trabajadoras comunitarias estacionan el automóvil en el almacén de Rodríguez y desde allí salen a hacer las visitas en Las Américas. Rodríguez es nacido en la ciudad, tiene aproximadamente 60 años, atiende un pequeño almacén de alimentos, en su casa de ladrillos a la vista, y es el referente de la organización vecinal de la toma de tierras. Antes de salir a realizar las visitas, las trabajadoras pasan por el almacén a avisarle a Rodríguez que dejan el auto afuera y a veces hablan sobre las novedades del barrio, sobre algunas familias en particular y en general sobre los avances de la gestión de los servicios urbanos o las obras a realizarse en el barrio. Las trabajadoras, particularmente Carolina, tienen una relación de confianza con Rodríguez, quien se muestra comprometido con la labor por la urbanización del barrio. En una de las visitas a la zona en marzo de 2018, nos cuenta que están sin agua por los cortes y que la otra semana tiene una reunión con gente de la municipalidad por el tema de las bateas que se las sacaron. “Ahora la gente tiene que llevar la basura hasta las 1008, ya que el camión de basura no sube hasta acá”, comenta lamentándose. Estas problemáticas suelen reiterarse en estos barrios en los que los servicios urbanos de recolección de residuos, provisión de luz, gas y obras cloacales no se encuentran disponibles.

En otro de los encuentros con Rodríguez, nos comenta que ahora están haciendo los trámites para poder mensurar, ya que la municipalidad les pide eso para hacer las cloacas y colocar agua. Me cuenta que van a contratar a alguien que haga las mensuras y que cada vecino se haga cargo de ese costo, porque si esperan a que lo haga la municipalidad va a tardar mucho. En paralelo, Carolina le dice que tiene “mucha mugre” atrás en el patio. “Ya hablamos de eso...”, dice Carolina en tono de advertencia. Rodríguez mientras se ríe le explica que estuvo limpiando y la invita a ver adentro del negocio. Ella ingresa detrás del mostrador y mira, comentando: “Mmm... está bien”. Luego Carolina me comenta que habían hablado previamente sobre las condiciones de higiene para el negocio y la limpieza de “chatarras” que tiene en el patio, lo cual es necesario para evitar la propagación de mosquitos. Carolina le dice a Rodríguez: “Nos vamos a dar una vuelta al barrio”. Luego de esto y despidiéndonos, él le pregunta si hay

algún caso problemático en el barrio. Carolina duda y le dice que depende a qué le llame problemático, mientras nos reímos. Le dice: “Acá la mayoría son casos complicados”.

Lorena es una vecina que trabaja con Rodríguez por las gestiones de servicios por el barrio. En uno de los encuentros en el local de él, comenta en relación con la urbanización del barrio, un tanto resignada: “Ya hace años que estoy así, esperar unos años más para mí no es problema”. Ella explica que hace varios años vienen haciendo notas a la municipalidad, pero no hay respuestas. Comentan que en el barrio hay vecinos de Paraguay, Bolivia y algunos peruanos. Es nacida en la ciudad y desde hace un año trabaja en un supermercado local. Previamente, trabajó dando apoyo escolar en la biblioteca del barrio, que se estableció como un espacio comunitario.

Esta toma de tierras adquiere características diferentes a las de El Zanjón. Si bien existe una red migratoria y vínculos de “paisanaje”, la construcción de las viviendas de las familias migrantes se presentan dispersas, en diferentes manzanas del barrio. En un encuentro con Julia en marzo de 2017, a quien conocí en las visitas que realiza Carolina, comenta que vive en Las Américas desde el año 2007. Julia tiene 38 años, es de Potosí y quechua hablante por lo que habla español con dificultad. Es de estatura baja y tez morena. Julia recuerda que al comienzo tuvo su casa de chapa “de chapita no más” y hace un tiempo logró, junto a su marido y sus hijos, construir la casa “de material”, mampostería. Dice que fueron de a poco contrayendo de material — ladrillo y cemento—. El hecho de pasar de una casa de chapa a una casa de material es visto como un logro ligado al ascenso económico.

Julia comenta que cuando se enteraron que en Comodoro, donde vivían unos tíos de ella, había trabajo decidieron migrar de la zona del campo de Potosí a Comodoro. Vive junto a sus seis hijos y marido que trabaja en la construcción. Julia identifica en el barrio a familiares y paisanos de Potosí, con quienes se reúnen los domingos. Explica que se vinieron todos los familiares de ella y de su marido. Frente a su casa vive Emilia, una prima que hace poco trajo a su madre, Juana, una señora que había quedado sola en el campo. Comenta que Juana, su tía, solo habla quechua y se aburre acá. Emilia vino a Comodoro hace 4 años, ya que previamente vivió con su familia en Buenos Aires.

La hija mayor de Julia de 19 años vive en Las Heras, donde tiene una verdulería con su marido. También cuenta que en Buenos Aires tiene algunos familiares. Julia comenta que ella ahora solo está trabajando por horas, en limpieza de casas, cuando salen sus hijos más grandes de la escuela y pueden cuidar a su hija de 2 años. Recuerda el trabajo forzado en el campo, donde debían despertarse muy temprano y trabajar todo el día con los animales. Ahora dice que solo plantó una parra, que nos muestra en el patio de su casa.

Julia nos cuenta que forma parte de un grupo de “zapateo potosino”, con el que bailan salay³⁶. Junto a sus paisanos hace tres años formaron el grupo denominado Calcheños. Ensayan en el patio de su casa y bailan en carnavales y fiestas de la Virgen. Mientras nos muestra una fotografía de su grupo de baile, comenta que en 2016 viajaron a Bolivia para bailar en carnavales, donde se presentaron junto a otros grupos. Explica que viajaron en auto hasta Potosí con varios integrantes del grupo. En Bolivia también encargaron sus trajes, que en Comodoro no se consiguen. Nos muestra con orgullo su traje traído de Potosí.



³⁶ Salay es un tipo de baile considerado folclórico, típico de Bolivia. La palabra Salay no tiene significado en el vocabulario Quechua ni en el Aimara, y se traduciría como un “piropo”. Los grupos que se definen a sí mismos como “Salay” realizan un zapateo que recopila los bailes de las fiestas de ciertas comunidades de los valles de Bolivia, como los de Potosí, Chuquisaca y Cochabamba (Mallimaci Barral, 2016).

Ilustración 25 - Fotografía. Grupo de baile de salay en la fiesta de la Virgen de Copacabana. Zona sur de Comodoro Rivadavia (Septiembre de 2019).

En la zona sur de Comodoro Rivadavia, en una de las canchas de fútbol ubicadas en el barrio, Abel Amaya se realizan en agosto y septiembre las celebraciones de la Virgen de Copacabana y la Virgen de Urkupiña. En estos eventos que fueron creciendo en participación de personas en los últimos años, se presentan las diferentes agrupaciones de baile, “fraternidades”, de la ciudad y otras visitantes de diferentes ciudades de Argentina. Estas agrupaciones también se presentan en los carnavales de febrero, viajan a otras ciudades o también se presentan en el evento organizado por la municipalidad de Comodoro Rivadavia. En estos eventos son distintivas las adscripciones identitarias al interior de Bolivia. Como ha estudiado Gavazzo (2019), estas prácticas vinculadas con la música y la danza se presentan como “marcas diferenciales” en relación con modos de identificación en el proceso migratorio con sentidos que pueden ser diversos.

Si bien estas prácticas artísticas-culturales se presentan como unificadoras para la identificación con lo nacional-boliviano en el espacio público, también se hacen visibles los diferentes tipos de adscripciones según tipo de danza, vestimenta y lugares de origen. Como nos explica Julia, el modo de hablar quechua varía según las regiones de proveniencia. Comenta que para ella los cochabambinos hablan muy rápido y pronuncian diferente algunas palabras, aunque puede entenderse y dialogar con ellos.

4.4 Espacios en disputa

Al recorrer la extensión del San Cayetano ingresando por una de las calles, que en general presenta barro y es de difícil transitabilidad cuando llueve, se puede observar en un paredón de ladrillos la caricatura de un corazón, pintada en aerosol, que en su interior dice “Bolivia y Argentina”. Por otra calle, que también nos dirige la zona, en el portón de un vecino, hecho de chapa reciclada de barril de petróleo, se observa una leyenda escrita con aerosol: “Bolivianos negros de mierda”. Estos signos dan cuenta de que estamos ingresando a un espacio en disputa que, al menos desde lo visual, nos alerta de una relación ambivalente entre dos grupos: “lo boliviano” —como “no nacional”— y

“lo argentino”, donde la migración y la apropiación de espacios interpelan el “orden nacional” (Sayad, 2008) y lo boliviano, en algunos casos es acompañado de adjetivos peyorativos y racistas.

En el campo simbólico, la presencia de migrantes provenientes de Bolivia en ambos barrios se torna conflictiva. El acceso a las viviendas, los servicios urbanos, la educación, la salud y el trabajo se presentan cuestionados en el discurso público. En una de las salidas a terreno en marzo de 2017 junto a Carolina, visitamos a Mirel, una joven de 27 años nacida en la ciudad que vive en Las Américas, en una pequeña casa junto a su hermana, su pareja y tres hijos. Carolina le dice que tiene que realizar el control pediátrico a su hijo de 6 años. Ella nos comenta que su hermana había ido al Centro de salud a sacar un turno para “control sano” y no pudo, porque estaba lleno de gente. “No es por discriminar, pero está lleno de extranjeros... Parece que le dan prioridad a los bolivianos”, comenta irónicamente. Carolina tiene una relación de confianza con Mirel, a quien conoce hace más de un año. La joven dice que ellas nacieron y vivieron acá siempre y no puede ser que no tengan lugar. También refiere que no está pudiendo inscribir a su hijo más chico en la escuela. Dice que sus hijos mayores van a la escuela 165, donde quiso inscribir a su hijo, pero le dijeron que no había lugar. Explica que los extranjeros ocupan todos los lugares. “A esa escuela van puros bolivianos”, agrega de modo despectivo. Mirel dice que los extranjeros vienen a sacar todo, sobre todo el trabajo, “se regalan por dos mangos y le quitan el trabajo a los argentinos... Me dan una bronca... Yo los odio... los quemaría a todos...”. Ella continúa diciendo con seguridad y un tanto enojada que “el presidente Macri dijo que los iba a sacar a todos, pero no hizo nada”. Siento que en su relato busca nuestra complicidad. Me dejan atónito sus comentarios, ante los cuales no puedo emitir palabra. Carolina, intentando calmarla, le dice que un poco es responsabilidad de todos, porque los argentinos también “nos aprovechamos de su trabajo”, y apela a la importancia de reconocer que también tienen derechos como todos.

Este tipo de discursos de odio se inscriben y toman forma a través de discursos mediáticos y de funcionarios públicos, donde “lo extranjero” se presenta como una competencia, como un grupo que no sería merecedor de derechos. Particularmente, para Mirel la población migrante se presenta disputando el acceso a derechos en sectores subalternizados de la ciudad, donde se observan diferentes formas de desigualdad

económica. Como explica Grimson (2006), este tipo de relatos se vinculan con la búsqueda de un “chivo expiatorio” de la crisis social y económica, particularmente desde la década de los ‘90. Ante la escasez de recursos por parte del Estado, la población migrante se presenta visibilizada como culpable de la falta de turnos en el sistema de salud, la falta de cupos en la escuela y la falta de trabajo. Estos discursos ponen en discusión la condición de ciudadanía de migrantes en Argentina y están vinculados con un ideario securitario sobre las migraciones que impera en el país desde la asunción de la Alianza Cambiemos a fines del año 2015³⁷ (Canelo et al., 2018; Penchaszadeh y García, 2018).

En lo que respecta a las celebraciones en El Zanjón, algunas de ellas se modifican en el proceso migratorio. La celebración de carnavales se reconfigura con relación a la visibilidad en el espacio público. Mercedes nos cuenta que en Punata su suegro todos los años hace ofrendas a la Pachamama para tener el don de curar, “mata a un animal, se da alimento y bebida a la Pachamama”. Aquí esta práctica se sostiene, pero en espacios privados, donde cada núcleo familiar realiza las ofrendas (enero de 2017). Estos regímenes de visibilidad/invisibilidad, de lo público/privado se establecen en la relación con “los otros” en la ciudad que van configurando lo que puede ser mostrado y dónde. Este aprendizaje en el espacio y la interpretación de las personas que le dan sentido en la interacción, actúan como reguladores de estas dialécticas (Valera, 1999).

El modo de vestir de las mujeres también adquiere particularidades en lo que respecta a la visibilidad en el espacio público de la ciudad. Lidia comenta que dejó de “vestirse de cholita³⁸” con polleras y comenzó a usar pantalón, lo que explica por “la mirada de los argentinos”. Julia también dejó de usar polleras cuando migró de Potosí a Comodoro. “Acá usamos pantalón —explica— por el viento”. Así se va delimitando un nuevo modo de vestir, diferente al de la ruralidad, justificado por la necesidad de no llamar la atención en el espacio urbano, por las condiciones climáticas del nuevo

³⁷ Particularmente, el Decreto Nacional de Necesidad y Urgencia (DNU 70/2017) modificó aspectos sustanciales de la Ley Nacional de Migraciones N° 25.871 y de la Ley de Nacionalidad y Ciudadanía N° 346, restringiendo derechos a migrantes, facilitando la expulsión del país (Canelo et al., 2018).

³⁸ Chola es el modo en que se reconoce en Bolivia a una mujer mestiza que utiliza ropa española del siglo XVIII, pollera, trenzas y un sombrero borsalino y por tanto se diferencia de la mujer mestiza y criolla que utiliza ropa occidental. Al mismo tiempo chola suele ser utilizado de modo despectivo (Soruco Sologuren, 2017).

entorno y en algunos casos ante exigencias de la propia familia, que ven en este tipo de vestimentas como un atraso. El pasaje de la ruralidad a la urbanidad impone un modo de desidentificación con aquellos modos de vestir que se presentan distintivos y puede ser producto de estigmatizaciones en una ciudad industrializada. Estos procesos son reconocidos en la cultura popular de Bolivia, donde a través de la nominación despectiva de “birlocha” se identifica a la “exchola”, como la mujer que habiendo sido “de pollera” se pone vestido e intenta borrar el estigma indígena asociado con la vestimenta de la chola (Soruco Sologuren, 2006). En el contexto migratorio se hace notable el cambio de vestimenta, donde las mujeres incorporan pantalones de jogging, calzas, remeras y, en el caso de las más jóvenes, pantalones de jean. No obstante, podemos observar la utilización de elementos, como awayos y gorros de lana, por parte de las mujeres mayores y de mediana edad. Siguiendo a Bourdieu y Sayad (1965), podríamos decir que estos elementos forman parte de prácticas en la ruptura de la dialéctica hábitat-habitus, donde persisten prácticas en un contexto que las desalienta o las torna conflictiva.

Por su parte, el uso del awayo se ve desalentado fuera del espacio doméstico por parte de miembros de la familia. Lidia nos explica que a su hermano no le gusta que lo use en la calle, ya que “estamos en Argentina”. En una de las visitas al CAPS, pudimos observar una mujer que, en la esquina de la institución, baja al niño que llevaba cargado en el awayo, guarda la prenda en una bolsa, carga al niño en brazos e ingresa al centro de salud (marzo de 2018). Esta situación también puede inscribirse en estas lógicas de lo que puede o no ser mostrado, en este caso en CAPS, donde el acceso visual, así como la exposición a lo visual, se encuentra regulado a través del espacio construido. De este modo, a través de las experiencias en los espacios, así como por el entorno familiar que desalienta o promueve ciertas prácticas se van configurando modos de habitar los espacios.

Por otro lado, las situaciones de robo en El Zanjón rememoran en algunos “paisanos” las prácticas de la comunidad de procedencia que tienen que ver con la aplicación de castigos llevados adelante por la propia comunidad. En este sentido, recuerdan que existe el linchamiento público a las personas que roban o incumplen algunas normas con la finalidad de “hacer experiencia”, en algunos casos con la muerte de la persona que delinque. María comenta en relación con esta práctica: “Allá se

aplican la ley del silencio, lo queman al chorro y nadie dijo ese fue, nadie vio”. Lidia nos dice: “Eso queríamos hacer, pero no, por ahí iba a ser más venganza”. De este modo, la comunidad punateña se organiza armando una red de cuidado ante el posible ingreso de “chorros” a las viviendas mediante la colaboración de vecinos que miran la casa de quien sale del barrio.

En la “zona de códigos”, ante los sucesivos robos que sufrían, se instaló un sistema de alarmas comunitarias que suenan cuando efectivamente ingresan a robar en alguna vivienda de la zona. La alarma que maneja María desde su casa, también sirve para avisar sobre reuniones donde se organizan acerca del acceso a servicios, como la luz y el agua. María nos dice “para que haya una organización, como quien dice clandestina, de nosotros no más”. De este modo, los vecinos identifican dos tipos de sonidos de la alarma, por un lado una repetitiva y constante que avisa sobre robos y otra serena para las reuniones en un punto de encuentro acordado. Esta modalidad tiene que ver no solo con la defensa y la comunicación, sino que resignifica la presencia y el entrelazamiento que poseen al interior del grupo como veremos en el capítulo seis.

Tal como afirma De Certeau (1996), la espacialidad organiza las fronteras en la “operación de deslinde” a través de la que se fundan y articulan espacios en las acciones y los discursos. Es así que a través de sus experiencias en la ciudad, este grupo de migrantes, y particularmente las mujeres, van adquiriendo modos de interacción y formas de habitar, que van demarcando lo que puede ser mostrado en cada espacio según categorías de nacionalidad, de género y/o étnicas. Asimismo, fueron conformando algunos modos de organización y cuidado comunal ante hechos delictivos. Estas disputas son centrales en las formas particulares que este grupo de quechuahablantes dan sentido a su espacio y las prácticas en este, dando cuenta de límites físicos y simbólicos que constituyen el proceso de territorialización.

En estos espacios cobra relevancia la recuperación de una memoria individual y colectiva, que según Trigo (2011) se construye a través de la experiencia, la vida cotidiana y las prácticas intersubjetivas. De este modo, la subjetividad de los migrantes “se constituye en la intersección del tiempo y el espacio, no en tanto categorías abstractas, sino como materialización de la praxis social aquí-ahora y el ejercicio de la memoria sobre el entonces-allá” (Trigo, 2011: 26). Es así que la memoria se materializa

en el espacio vivido con otros y al mismo tiempo se reactualiza, reconfigurando nuevos modos de ser y estar, produciendo territorialidad (Lindón, 2006).

4.5 Del CAPS a las extensiones: ¿quiénes son las bolivianas?

La tarea de las trabajadoras comunitarias en ambos barrios se focaliza a través de las visitas domiciliarias sobre aquellas familias consideradas de riesgo socio-sanitario, particularizando una perspectiva que concibe a la población migrante como aquella con mayores problemas por las condiciones habitacionales en las extensiones barriales. En este sentido, se constituyen en un lugar privilegiado para su labor en una ciudad caracterizada por las inequidades en el acceso formalizado a tierras. Así, los “nuevos migrantes” provenientes de Bolivia ocupan espacios subalternizados en la sociedad comodorense. Particularmente, el grupo de mujeres a quienes se identifica por su adscripción nacional como aquellas que “no se cuidan” adquiere características particulares, vinculadas con su procedencia rural y a la construcción de vínculos en la ciudad y translocales de grupos quechuahablantes.

En las extensiones barriales, los grupos migrantes quechua hablantes provenientes de Bolivia se caracterizan por la construcción de una red migratoria y vínculos de paisanaje que se materializan a través de la cohabitación en un espacio que permite sostener en algunos casos prácticas que rememoran y resignifican las prácticas de origen. En este contexto, la memoria social se construye como modo de experimentar el entorno que a través de la delimitación de un “nosotros” y la marcación espacial construyen territorio. La cría de animales, la cosecha, las celebraciones de eventos sociales y de aquellos ligados al mundo andino fortalecen vínculos en un territorio que siempre está en relación con la tierra que se dejó. Asimismo, la cercanía espacial en algunos casos permite crear estrategias de cuidado y mutua ayuda en un contexto que por momentos se presenta hostil. En el capítulo 6 recuperamos algunas particularidades sobre los modos de construir comunidad y cuidados en este contexto.

Lo transnacional, como campo social construido más allá de las fronteras geográficas (Glick Schiller et al., 1992), se constituye en este espacio a través de la

relación con el lugar que se dejó y con el cual estos grupos migrantes presentan diferentes modos de vincularse. En algunos casos a través de la memoria, la nostalgia, pero también del intercambio, viajes y redes de paisanazgo y parentesco que mantienen a estas personas en relación al campo en Punata o Potosí. Así se constituyen modos de territorializar del espacio, en tanto formas de darle sentido y habitarlo (Lindón, 2006) característicos de estos grupos, que van conformándose a través del vínculo entre diferentes grupos sociales que hacen parte de las extensiones barriales.

Siguiendo los aportes clásicos de Gluckman (1956) podemos decir que dada la situación social en la que se encuentran los sujetos y con qué actores sostengan intercambios, el modo en que se identifican y las adscripciones a determinados grupos puede variar. De este modo, podemos observar el modo en que se identifican algunas mujeres, ante trabajadoras comunitarias, como bolivianas. Pero al interior de “lo boliviano”, pueden observarse las particularidades que adquiere la procedencia rural y las regiones, donde los modos de hablar quechua y el tipo de vínculos con el grupo social varían. Así, observamos un modo organizacional de grupos migrantes en el proceso migratorio con una identidad contrastante, en la afirmación de un “nosotros” punateño o potosino, como fronteras distinguibles entre grupos étnicos (Barth, 1976). Al decir de Grimson (2011), estas categorías identitarias son construidas socialmente en tramas simbólicas y relaciones de poder que son históricas y situadas con consecuencias concretas en la vida de las personas.

Las migrantes relatan algunas diferencias con la comunidad de origen y algunos conflictos que presentan su visibilidad y prácticas en el espacio público. De este modo, se potencian algunas prácticas y vínculos por las posibilidades que ofrece el nuevo contexto y otras se modifican a través de la interacción con otros y otras. En este sentido, recuperar la noción de “(des)acostumbramiento” nos permite pensar el doble proceso, que tiene que ver con el adquirir hábitos en el nuevo espacio y dejar, perder o resignificar otros, lo cual es relatado por las mujeres a través de la interpretación de sus experiencias, donde el territorio se hace presente a través del cuerpo en el tiempo, donde emerge la memoria individual y colectiva. Asimismo, las particularidades que adquieren las relaciones con diferentes objetos no-humanos dan cuenta de la modalidad particular que adquiere la memoria de la vida rural en el nuevo contexto.

Por momentos, la espacialidad se presenta disputada en las interacciones, entre varones, mujeres de la comunidad y “argentinos”, a través de las cuales se definen modos de habitar. Es así que en el espacio vivido con otros se reconfiguran nuevos modos de ser y estar, produciendo territorio. En este contexto, son particularmente las mujeres quienes en este proceso van negociando las prácticas que configuran el lugar, tendiendo puentes y comparaciones con la vida rural.

De este modo, se observa un proceso de translocalización de relaciones de un grupo étnico a través de la migración y la reconfiguración de vínculos con otros y con el espacio. Las personas que habitan estos territorios se encuentran tensionadas de manera constante por diversas espacialidades materiales y simbólicas que lindan entre un aquí y un allá, el campo y la ciudad, la lengua quechua y española, la legalidad y la clandestinidad. La emocionalidad ligada al espacio, la nostalgia, la construcción de un nosotros y la materialidad de un espacio determinan ciertas prácticas que van contrayendo territorio en el proceso migratorio.

CAPÍTULO V

“Mamá, tenés tarea”. Políticas focalizadas, seguimiento, intervención y control

En este capítulo propongo la existencia de políticas focalizadas no explicitadas sobre las mujeres migrantes provenientes de zonas rurales de Bolivia. A partir de la identificación de los factores de riesgo ligados al no cuidado en los equipos de salud, se instrumentan lógicas de control, seguimiento e intervención sobre las prácticas consideradas de riesgo. Así, describo una serie de relaciones y encuentros entre mujeres migrantes y trabajadoras comunitarias que se dan a través de las visitas periódicas domiciliarias, donde se evidencian algunas tensiones sobre las prácticas de salud. Las interpretaciones acerca del riesgo sobre las prácticas de mujeres migrantes velan una lectura generizada, de clase social, etnicizada y generacional, donde se tiende a apelar a la cultura de las migrantes, particularmente mujeres en “edad reproductiva” y madres, sobre quienes recaen las responsabilidades de cuidado.

La política sanitaria toma forma a través de la codificación, por parte de efectoras de salud, de lógicas de la salud pública que exceden este espacio en un contexto atravesado por diferentes formas de desigualdad. En algunos casos, las concepciones de riesgo emergen como una categoría dadora de derechos, en la que se evalúan prioridades para el acceso a la atención sanitaria según interpretación del riesgo que realizan efectoras de salud. De este modo, se analizan las estrategias de trabajadoras comunitarias en estos encuentros y en sus relaciones laborales, donde deben responder con resultados evidenciables estadísticamente. El hecho de “tener a cargo” a una familia implica para las trabajadoras comunitarias una responsabilidad con el personal superior en la jerarquía del sistema de salud y con las mujeres a quienes visitan. En este sentido existen diferentes modos en que las trabajadoras comunitarias y las mujeres migrantes agencian modos de construir salud desde sus posiciones en contextos de precaridad.

5.1 Visitas domiciliarias. Seguimiento, intervención y control

El tipo de visita domiciliaria que realizan las trabajadoras comunitarias varía siempre, dependiendo del vínculo que hayan establecido las trabajadoras comunitarias con miembros de las familias, el estilo personal de trabajo y las características de quienes las reciban. Generalmente, son mujeres quienes sostienen el vínculo con las trabajadoras, ya que son las que están en las viviendas durante el día y a quienes buscan como referentes del grupo familiar, sobre quienes recae la responsabilidad de los cuidados en salud. Cada encuentro puede darse en el espacio público, un patio o dentro de una casa, así como puede variar entre una visita más administrativa, donde la trabajadora pide libretas sanitarias y recoge datos en su planilla a través de preguntas concretas o puede darse a través de un diálogo más distendido, donde hablan de diferentes temas. En todos los casos, cobran fundamental relevancia los seguimientos y la insistencia, hacia las mujeres migrantes provenientes de zonas rurales de Bolivia, sobre los controles ginecológicos, controles de embarazos, niños, niñas y la utilización de métodos anticonceptivos. Estas prácticas, como se expuso en capítulos anteriores, se fundamentan desde una perspectiva de efectores y efectoras de salud sobre el “no cuidado” de estas mujeres, que se construyen en el seno de programas de la política sanitaria a nivel nacional y local, que toman forma en la interacción cotidiana entre mujeres migrantes y trabajadoras comunitarias. Es a través de las visitas domiciliarias a las “familias a cargo” que se instrumentan seguimientos, controles e intervenciones sobre aquellas pautas consideradas de riesgo.

5.1.1 Cuidados gineco-obstétricos

En una de las salidas a terreno con Susana, en la extensión del San Cayetano, al llegar al Zanjón, ella aplaude en un portón de chapa y grita el nombre de Eladia. Esta se asoma al portón de su casa y nos saluda. La trabajadora le pregunta cómo anda y rápidamente le consulta si se había hecho el PAP (examen citológico de cuello uterino). Ella mirando hacia abajo dice que no con la cabeza. La trabajadora le dice enfáticamente que tiene que ir, que es importante que se haga el PAP. Eladia asienta con la cabeza y Susana le pregunta qué día puede acercarse al CAPS, acordando una visita para la semana próxima. Eladia tiene 44 años y es quechua hablante, por lo que habla

pero que ya le toca el PAP. Le pregunta si se acuerda cómo es, “que te introducen un especulo... ¿te acordás?”. Florentina asienta y Carolina le pregunta cuándo podría ir al centro de salud, afirmando que es importante que le diga cuándo podría, así ella le arregla un turno. Florentina le dice que esta semana no, porque está cuidando un bebé, pero la semana que viene seguro que sí. “Bárbaro, entonces paso nuevamente la semana que viene para acordar un día”, dice Carolina.

Como se expuso en el primer capítulo, en ambos CAPS efectores y efectoras de salud identifican particularmente la falta de cuidado de las mujeres migrantes vinculada a la escasez de controles médicos gineco-obstétricos y realización de Papanicolaou. Ante esto, las trabajadoras comunitarias diseñan algunas estrategias para motivar las consultas ginecológicas con “actividades comunitarias”, como el “día rosa” referido en el capítulo tres. Particularmente, a través de las visitas domiciliarias realizan un seguimiento personalizado sobre los controles ginecológicos de las mujeres migrantes incitándolas a concurrir al centro de salud. En algunos casos, surgen tensiones por otras prácticas vinculadas al cuidado de la salud que no son consideradas o proscritas por las efectoras de salud.

En una de las rondas en el Zanjón, acompañando a Danila en febrero de 2017, visitamos a Elva de 23 años, quien vive con su pareja y la familia de su hermana. Ellos llegaron hace unos meses a la ciudad, por lo cual Danila realiza todas las preguntas para el primer “censo sociodemográfico” completando una de las planillas (ver ilustración 12) para “tomarla a cargo”. Elva se muestra predispuesta al intercambio con Danila, quien le explica brevemente su función a través de las visitas en el barrio y el centro de salud. Nos encontramos afuera de la casa de chapa donde viven, hablando a través del alambrado que separa el terreno de la calle. Elva habla español con dificultad, ya que su lengua es el quechua, por lo que Danila modula claramente cada frase. La trabajadora de salud le hace varias preguntas sobre la casa y sus características, consignando que tiene piso de cemento, sin ventanas, provisión de gas envasado, con baño afuera y quema de residuo. Ante la pregunta acerca de la utilización de métodos anticonceptivos, Elva comenta que no usa, porque habían estado buscando un bebé, pero no puede quedar embarazada. Enseguida nos cuenta que anda con mucho dolor en la panza y que le pusieron una venda, mostrándonos una venda de gasa ancha que le cubre la parte inferior del vientre, porque le dijeron que tenía “la matriz lastimada”. Intervengo y le

pregunto, interesado por su afección, si había ido al centro de salud de acá. Elva responde que no, “a lo de una paisana [...] que también cura el susto”. Danila rápidamente y con un volumen elevado de voz y en tono de advertencia le dice que es importante que vaya a hacerse el PAP, que vea a un ginecólogo, para saber si tiene alguna infección y para descartar cualquier enfermedad, dándole las indicaciones para sacar un turno en el centro de salud. Asegurándose previamente de que Elva sepa leer, Danila también le entrega el folleto de la semana del día de la mujer, con la invitación a realizarse el PAP sin turno previo. Aquella invitación interpela a una mujer en tanto madre, con la consigna “mamá tenés tarea”.

La realización del Papanicolau como una de las preocupaciones por parte de las trabajadoras comunitarias se inscribe en los lineamientos del Programa de Salud Sexual y Reproductiva y el Programa Sumar que toma forma a través de los equipos del CAPS y particularmente en la tarea de los equipos de salud comunitaria. Uno de los principales objetivos de estos programas nacionales y provinciales es reducir el cáncer de útero, buscando detectar precozmente su presencia a través de estas técnicas biomédicas.

5.1.2 Métodos anticonceptivos y control de embarazos

Otra de las preocupaciones de efectoras de salud es la utilización de métodos anticonceptivos por parte de las mujeres migrantes. A través de las visitas domiciliarias, las trabajadoras promueven la utilización de pastillas anticonceptivas, DIU (dispositivos intrauterinos), inyectables anticonceptivos y en algunos casos “ligadura de trompas”³⁹. Estos son dispositivos hormonales y quirúrgicos que en el cuerpo de las mujeres buscan evitar embarazos no planificados. En un encuentro con Danila y Diana, en la sala de trabajadoras, ellas hacen referencia a que su utilización depende mucho de la proveniencia de las mujeres. Comentan que generalmente las que vienen de la ciudad hablan español y han ido a la escuela conocen los métodos anticonceptivos. En cambio, las mujeres de proveniencia rural “no se cuidan”, la mayoría no conoce los métodos anticonceptivos. En la planilla de familia cada trabajadora debe consignar en el apartado de “procreación responsable” si las mujeres solicitan o no información sobre métodos anticonceptivos y si se les brinda o no información sobre ellos. También, en los casos que correspondan, deben dejar registro del tipo de método que utilizan.

³⁹ También conocida como “esterilización tubárica”, es un anticonceptivo permanente y quirúrgico, donde las trompas de Falopio se cortan, ligan o bloquean para evitar embarazos.

Danila y Diana recuerdan el caso de Rosa, una mujer boliviana de treinta años que visitaba Danila, de la cual se enteraron por una vecina de ésta que había tenido un hijo y se lo estaba escondiendo. Entre risas y asombro por lo sucedido, la efectora de salud comenta: “Me dice ‘no te dije porque sabía que me ibas a retar’, por el tema de la anticoncepción que yo le hablaba siempre, viste... Yo le digo ‘pero yo estoy para ayudarte...’”. Danila cierra la anécdota con una actitud de resignación, explicando que las bolivianas no se cuidan (2016). Las visitas domiciliarias en algunos casos se convierten en un mecanismo de control, persecutorio para Rosa, que la lleva a tomar una decisión para evitar el reto que supondría no comportarse como es esperado por las efectoras de salud. Así, las trabajadoras toman un posicionamiento activo en la promoción de la utilización de anticonceptivos, por momentos desconociendo el deseo u otras motivaciones de las mujeres.

En una de las salidas acompañando a Carolina en Las Américas, visitamos a Anabela. Golpeamos las manos afuera de su casa, de material con dos ventanas grandes que dan a un patio. Se acerca al portón de alambre y le dice a Carolina que hace mucho que no la viene a visitar y que el otro día dijo que iba a pasar y no pasó. Carolina se ríe y me dice: “¿Viste cómo me tiene si no la paso ver?”. Carolina le dice que nos abra el portón. Nos hace pasar al patio y ella me presenta, le dice que soy psicólogo y que estoy haciendo un trabajo de investigación con la gente del barrio. “Para mí que estoy loca”, dice Anabela. Nos reímos. Le pregunto de dónde es. Me cuenta que es de Cochabamba, que a los 13 años se mudó a Buenos Aires con los papás y que no volvió más. Ahí conoció a su pareja y hace 7 años viven en Comodoro. Dice que supuestamente venían por un tiempo y se terminaron quedando a vivir. Le pregunto si le gusta. Me da un sí dudoso, “uno se acostumbra” comenta. Me cuenta que cuando se fue de Bolivia los padres también le dijeron que volvería, “y aquí estoy”, dice mientras se ríe. Carolina le pregunta cómo anda. Ella le dice que bien y la trabajadora enseguida le pregunta si se está cuidando. Anabela dice que se puso el inyectable, pero que ahora no había más en “la salita”. Carolina le comenta que en el CAPS ya hay inyectables, que se puede acercar cuanto antes, porque ya está sin cobertura. Luego, me comenta que a veces hay faltantes y no llegan los inyectables. Carolina también le pregunta a Anabela por su hija más grande, de 12 años, consultando si estaba menstruando. Anabela explica que ya le vino pero que hace unos días está con dolores de la panza, aunque todavía no le tiene

que venir. Ante esto, Carolina comenta que si sigue así por varios días que le avise y acuerdan turno con ginecología para un control.

En lo que respecta a los controles obstétricos, las trabajadoras comunitarias visitan periódicamente a mujeres en situación de riesgo, particularmente en procesos de embarazos, lo cual se fundamenta en los escasos controles y las tensiones que se dan en la interacción con efectores de salud. A pesar de esta percepción por parte de efectores de salud, las experiencias de mujeres durante los embarazos y partos son diversas, en muchos casos dependiendo de su edad, proveniencia y relación con agentes de salud.

Durante julio de 2016 conocí a Yeni, una joven proveniente de Cochabamba de 23 años que vive hace 5 años en Comodoro con su pareja y dos hijos. A ella la visita Danila, con quien tiene buena relación, de confianza. Danila sabía que Yeni había tenido un hijo, por lo cual pasamos por su casa, ya que debía realizar el seguimiento del niño y además quería conocerlo. Nos recibe desde el portón y la trabajadora le pide pasar para conocer al bebé. Vive en una habitación de material, conectada a un baño, en la que hay una cama de dos plazas, un ropero, una heladera y un horno; ella estaba haciendo comida en una olla. El bebé estaba en la cama y circulando en la casa estaba su otro hijo de 3 años. Danila alza al bebé y Yeni nos cuenta que el niño tiene un “chinchón” en la cabeza, pero que la doctora le dijo que ya se le iba a ir, que fue por el parto. A Danila le parece raro, por lo que le pregunta nuevamente si sabe qué le pasó. Yeni nos cuenta entre risas y algo avergonzada que lo tuvo en el baño del hospital porque no quería que los médicos la toquen. Dice que los médicos le iban a querer hacer cesárea y ella no quería. Le pregunto por qué no quería la operación y comenta: “Por el dolor... Porque es más complicado... Después la tienen que estar cuidando a una”. Danila la escucha con asombro, diciéndole que los médicos están para ayudarla, que no tenía que tener miedo. Entre risas nos cuenta que la ayudó su amiga, una vecina del barrio, que le tenía el suero cuando fue al baño. Dice que quería hacer pis y de pronto salió. Ella cerró las piernas, pero lo tuvo en la puerta del baño. Comenta que pesó 4,200 kilos y que se desgarró al tenerlo. En consecuencia, dice que los médicos la retaron cuando la vieron y posteriormente le hicieron firmar unos papeles, por haber tenido al bebé en el baño. Con Danila intuimos que fue un consentimiento informado para librarse de cualquier complicación producto del parto. Este tipo de prácticas —como

veremos en el siguiente capítulo— son parte de las tensiones en el sistema público de salud, particularmente vinculadas con el parto.

Estas son algunas estrategias de las mujeres ante la medicalización de algunos procesos reproductivos o las formas de cuidado de la salud que, como ya veremos, son saberes y prácticas que entran en disputa en los procesos migratorios. Yeni busca evitar la intervención médica del parto, ante una operación que considera complicada y la posicionaría en dependencia de cuidado de otras personas. Ante esto, la trabajadora comunitaria intenta explicarle la motivación de los médicos, que buscan lo mejor para ella, sin profundizar en el cuestionamiento y los intereses de Yeni en este caso.

Durante marzo de 2017, visitamos la casa de Camila, en el barrio Las Américas. Ella tiene 32 años, es de tez morena, delgada y contextura pequeña. Vive con su pareja y 4 hijos, con quienes migró desde Colomi, Cochabamba, hace un año, a Comodoro. Carolina me dice que tiene que pasar a controlar el tema del embarazo. Grita el nombre de Camila desde el portón y ella sale de su casa con dos niños. Se acerca al portón y nos saluda. Tiene un sombrero grande que la protege del sol. Carolina le dice que nos abra el portón así nos saludamos. Camila tiene una risa automática cuando uno le habla. Se acerca a una punta del portón ancho de alambrado y lo abre. Nos saludamos con un beso en la mejilla. Carolina le pregunta si estaban comiendo. Ella dice que sí, le estaba dando de comer a los chicos. Carolina le pregunta si fue a control del embarazo. Dice que no pudo ir porque tenía que cocinar a su marido. Carolina le dice en tono de advertencia que es importante que se realice los controles. Le pregunta si tiene el carnet de embarazo. Camila va hasta su casa, lo trae y se lo entrega.

El Carnet Perinatal es una planilla donde se consigna la “historial clínico perinatal”. Es un documento que llevan las mujeres embarazadas a cada control médico, donde efectores de salud completan con información biomédica sobre el progreso del embarazo, antecedentes de eventos obstétricos y enfermedades, así como información del parto o aborto, recién nacido, hasta el egreso hospitalario. Como explica un documento de la Organización Panamericana de la salud (CLAP/SMR 2011: 6), este es un instrumento “diseñado para ayudar en las decisiones relacionadas con el manejo clínico individual de la mujer embarazada durante el control prenatal, el parto y el puerperio y del neonato y/o en el ingreso por aborto, incluyendo el período pos-aborto hasta el alta”. Este carnet es parte del Sistema Informático Perinatal (SIP) constituido

por un grupo de instrumentos diseñados para uso en los servicios de gineco-obstetricia y de neonatología. Este sistema permite la construcción de una base de datos por parte del personal del hospital de referencia. Este carnet tiene una serie de categorías en color amarillo con la aclaración: “Este color significa ALERTA (no indica necesariamente riesgo ni prácticas inadecuadas)”. Las categorías consideradas como signos de “alerta” son: no haberse realizado ningún estudio en el embarazo, vivir sola o tener estado civil soltera, no saber leer ni escribir, tener enfermedades preexistentes, entre otras variables ante las cuales se hace necesario un seguimiento particularizado. Luego, Carolina me explica que cuando hay muchos casilleros marcados en amarillo ellas tratan de contactarse con el médico o la médica que está haciendo el seguimiento y acompañar a la mujer para tener los controles al día.

Ilustración 27 – Carnet Perinatal del Sistema Informático Perinatal (2017).

Mientras Carolina mira el carnet perinatal, le pregunto a Camila nuevamente por qué no pudo ir al control, “¿Tu marido se iba al trabajo?”. Me dice que se quedó sin gas y tuvo que ir a llenar la garrafa. Le preguntamos cómo va a buscarla. “Caminando”, nos

dice. Le pregunto si ella carga la garrafa de gas. Me dice que sí: “la pongo en el awayo y la llevo”. Le pregunto cómo es la garrafa, si es grande haciéndole señas con la mano. “Es así me dice ella”, con la mano a medio metro del suelo. “Es la mediana —dice Carolina—, la de 10 litros”. Le digo que es grande. Le pregunto hasta donde va con la garrafa; me dice que a “Sur gas”, por la ruta y señala la ruta 3. No puedo disimular mi asombro. Desde su casa hacia la ruta hay un camino largo y empinado. Carolina le pregunta si no tiene a nadie que la ayude o la posibilidad de buscarla en auto. Ella piensa unos segundos y dice que no. Carolina le dice que no puede hacer tanta fuerza con la panza. Le pregunto si no puede ir su marido. Camila me dice que él trabaja desde la mañana hasta la noche, que entra a las 8:00 y vuelve a eso de las 20:00 o 21:00. Carolina le pregunta cuándo tiene turno para la ecografía y ella le dice que el 24. Le decimos que es pasado mañana. Carolina le dice que no se vaya a olvidar. Le pregunto en qué va hasta el hospital y me dice que en colectivo. Carolina le pregunta si se va con alguno de los nenes. Ella dice que no, se quedan. “¿Los cuida ella?”, dice Carolina, señalando a la niña mayor, de 7 años, que se había acercado a la puerta, a lo que Camila asienta.

Carolina le dice que no se vaya a olvidar el turno, mientras saca una lapicera de su carpeta y se lo anota en un papel. Camila refiere que le duelen los dientes también, que por la noche le duelen mucho, al igual que sus piernas por las varices. Carolina le dice que sería bueno que vea a un dentista, que el viernes después de hacerse la ecografía pase por el centro de salud y la busque a ella para ver si pueden hacer un turno con la especialista. Le da el papel escrito en imprenta mayúscula y le dice: “a ver si entendés mi letra”, y le hace leer la nota. Camila lee lento, en voz baja y con ayuda de Carolina: “Turno para ecografía Hospital Regional 24 de febrero 8:30 h. Después pasar por el centro de salud del barrio – Odontología”. Carolina mira al niño menor que tiene en la cara un sarpullido. Le pregunta a Camila qué es lo que tiene. Ella dice: “Le picaron unos mosquitos, parece”. Carolina le pregunta si tiene bichos en las camas, explicándole que por ahí hay bichitos que se meten en los colchones. Le dice que es importante limpiarlos y ventilarlos. Le dice que se fije y si hay bichos que le avise, que por ahí se puede fumigar. Camila asienta y Carolina le dice que vamos a seguir camino. Le vuelve a decir que no se olvide el turno y después pase por el centro de salud y pregunte por ella.

Con Carolina nos vamos hablando sobre la situación de alta vulnerabilidad en la que se encuentra Camila. Tener que cargar en su espalda una garrafa enorme, atravesando el barrio, con el dolor que refiere en sus piernas, su boca, un embarazo en curso y 5 niños pequeños que la esperan en su casa. No conocemos cómo es la relación con su marido. Según nos cuenta, trabaja desde la mañana a la noche. Carolina me dice que es complicado trabajar con ella, porque tiene muchas dificultades y está sola. En este caso, además del control sobre las consultas médicas de seguimiento de embarazo, Carolina se preocupa y comprende las situaciones que atraviesa Camila, intentando algunas estrategias para el acercamiento al sistema de salud.

Cada vez que nos vemos, Carolina me va comentando sobre la situación de Camila y los “logros” que van teniendo sobre el cuidado de su salud. Me comenta que tuvo a su hijo en el hospital, logró que se vacunaran todos los niños y gestionó lugar para ellos en un espacio de apoyo escolar en el Centro de Promoción Barrial del 30 de Octubre, ya que uno de los niños tenía problemas en la escuela. En una de las visitas al CAPS, durante marzo de 2018, Carolina me pide que la acompañe a trasladar una donación que había conseguido para Camila. Como ella sabía que los niños dormían todos en una sola cama, consiguió una cama y un placar de otra vecina del barrio Abel Amaya. En esta ocasión, nos acompaña la odontóloga, a quien Carolina le había pedido ayuda para poder trasladar los muebles en su camioneta. Camila estaba con su madre, una señora mayor quechuahablante, que había venido a visitarlos en verano. Se muestra agradecida y contenta por los muebles, que Carolina le había anticipado que llevaría. La trabajadora aprovecha a realizar el seguimiento de controles con su planilla de familia. Controla las libretas y vacunaciones de los niños y le consulta por el anticonceptivo inyectable que debía aplicarse. Camila comenta que la última vez que fue al CAPS le colocaron la inyección, pero que no recuerda cuando se la tiene que colocar de nuevo. Carolina le dice que se acerque al centro de salud, porque seguro está sin cobertura y puede quedar embarazada.

5.1.3 Controles pediátricos y vacunaciones

Como venimos observando en las visitas domiciliarias, además del seguimiento sobre los controles gineco-obstétricos y la utilización de métodos anticonceptivos sobre las mujeres migrantes, también existe un control sobre las vacunaciones y cuidados pediátricos. Como comentaba Susana, cada vez que ven niños tratan de captarlos y

“tener a cargo” a la familia. En cada visita domiciliaria es habitual el control de libretas sanitarias, donde se consignan las vacunaciones, controles pediátricos de “niño sano” y eventualmente patologías.

Los controles de “niños sanos” son consultas médicas periódicas donde se realiza un seguimiento del crecimiento de niños y niñas. En estas consultas se mide y se pesa a los niños, para evaluar el adecuado desarrollo físico, posibles enfermedades y acompañar a madres y padres en el cuidado y la alimentación. Asimismo, en estas instancias se realizan las vacunaciones correspondientes por calendario del Ministerio Nacional de Salud⁴⁰, contando con 17 vacunas para el primer año de vida y 13 vacunas desde el año a los 11 años. Los controles de “niño sano” deben realizarse en niños recién nacidos hasta los 12 meses, de manera mensual; de 1 a 2 años, cada 3 meses; de 2 a 3 años, cada 6 meses, y de 3 años hasta los 14 años, una vez por año. A pesar de que esta es la normativa, Carolina me comenta que en las planillas, se lleva el registro exclusivo de niños de hasta 5 años, que son quienes se priorizan para los controles pediátricos. Allí deben consignar la existencia o no del control sano (CS) correspondiente, de lactancia materna (LM), así como el estado nutricional (EN) según corresponda y sea constatado en el control sano, pudiendo ser: normal (N), riesgo de bajo peso (RBP), bajo peso (BP), sobrepeso (S) u obesidad (O). También debe completarse si el desarrollo es normal (N) según lo considere el pediatra en la libreta sanitaria consideración de los parámetro de la edad.

⁴⁰Calendario nacional de vacunación. Disponible en: http://www.msal.gob.ar/images/stories/ryc/graficos/0000001013cnt-2017-01-01_calendario-vacunacion.pdf

CONTROL DE NIÑO SANO (0 a 5 años)												
EDAD	Nro.:				Nro.:				Nro.:			
	CS	LM	EN	DESA RROLLO	CS	LM	EN	DESA RROLLO	CS	LM	EN	DESA RROLLO
15 días												
1 mes												
2 meses												
3 meses												
4 meses												
5 meses												
6 meses												
7 meses												
8 meses												
9 meses												
10 meses												
11 meses												
12 meses												
15 meses												
18 meses												
21 meses												
24 meses												
30 meses												
36 meses												
42 meses												
48 meses												
54 meses												
60 meses												

Ilustración 28 - Fotografía del sector “control de niño sano” de la Planilla de familia (2017).

Durante marzo de 2017, con Diana visitamos a Patricia. Golpeamos las manos. Un portón de alambre nos separa de un patio de tierra de unos 7 metros por 4 y al fondo una casa chica de madera. Patricia se acerca hasta el portón y nos saluda. Diana se presenta, le dice que es del centro de salud y que ya se habían visto antes. Patricia asienta. Diana le pregunta cómo anda y si llevó al niño a control sano. Se hace muy difícil comunicarse. Evidentemente Patricia entiende y habla poco español. Diana le pide la libreta sanitaria. Patricia le pregunta sin entender: “¿La libreta?”, y Diana le vuelve a repetir, hace señas como si hojeara un libro, le dice: “Donde están las vacunas y los controles”. Patricia comprende el pedido y va a su casa a buscarla. Cuando vuelve sale el niño de 5 años llorando detrás de ella. Ella le dice algo en quechua y el niño llora. Diana le pregunta qué le pasa y ella nos explica que piensa que le van a poner vacunas. Diana es referente del centro de salud y su uniforme probablemente remite al personal de enfermería que coloca las vacunas. Lo llamamos para que no tenga miedo, pero está paralizado y no para de llorar. Diana revisa la libreta y le dice a Patricia que lo tiene que llevar a hacerse un control sano antes de que entre al jardín. Le habla fuerte y modulando cada palabra. Patricia asienta con la cabeza. Diana le pregunta cuando va a ir,

que trate de ir estos días, que vaya al centro de salud y pida turno para control de niño sano. Patricia dice que lo va a llevar. Nos despedimos y Diana le dice que va a pasar a visitarla más adelante para el control. Cuando nos retiramos, la trabajadora me cuenta que hay una vecina que habla quechua, que a veces la ayuda a comunicarse con ella, ya que es muy difícil porque habla poco español. Patricia tiene 35 años, proviene de una región campesina de Cochabamba y vive hace un año en Comodoro, junto a su pareja y su hijo.

Durante febrero de 2018, en una de las visitas al CAPS 30 de Octubre, me encuentro con Carolina, Eva y Sonia en la sala de Salud Comunitaria. Llego a la sala cerca de las 9:00 y ellas llenan unas planillas con cierta premura. Me cuentan que hoy va una auditoría de provincia por un programa, el IRAB (Programa de Infecciones Respiratorias Agudas Bajas). Van a controlar las fichas del programa e historias clínicas. Les pregunto cómo funciona y Sonia, la supervisora, me cuenta que es un programa que surgió de las trabajadoras comunitarias, a partir de un brote de enfermedades respiratorias que hubo hace unos años en la ciudad. Tiene como objetivo realizar un seguimiento mensual de indicadores de riesgo y de protección de familias que ellas visitan. Me comenta que se los sigue a los niños hasta el año, si no tienen complicaciones, y hasta los dos años si tienen alguna problema respiratorio. Le pido una ficha del programa a Eva para verlo. Es una tarjeta que en su dorso tiene cuadro a completar por las trabajadoras, donde se consigna mes a mes la lactancia, los controles pediátricos, vacunación, la situación de hacinamiento, ventilación, calefacción y fumadores en la vivienda.

	Lactancia materna	Controles de salud	Hacinamiento	Vacunas al día	Ventilación	Calefacción	Fumadores
Enero	Sí/No	Sí/No	Sí/No	Sí/No	Sí/No	Sí/No	Sí/No
Febrero	Sí/No	Sí/No	Sí/No	Sí/No	Sí/No	Sí/No	Sí/No
...							

Ilustración 29 - Cuadro del Programa de Infecciones Respiratorias Agudas Bajas. Elaboración propia.

Esta tarjeta de seguimiento por cada niño también tiene un espacio para observaciones, donde se puede completar si la madre fumó durante el embarazo, si recibió información sobre enfermedades respiratorias y si tuvo alguna otra enfermedad. Sonia me cuenta que cada tanto van al hospital y consultan el libro de partos para ver

qué niños nuevos y mujeres puérperas hay en el barrio y captarlos —captar puérperas y recién nacidos—. Mientras preparo mates, ellas llenan planillas atrasadas con historias clínicas y planillas de visitas. Me dicen que “se colgaron”⁴¹ desde el año pasado en llenar las planillas de IRAB, mientras se ríen. Estas fichas son completadas sobre la base de la información que consignan en sus planillas en cada visita domiciliaria, así como a través del conocimiento que tienen de cada familia. Este programa así como los controles de niños sanos y vacunaciones son relavados estadísticamente de modo periódico, como expusimos previamente, donde se elaboran informes trimestrales desde los diferentes equipos de salud comunitaria, e informes anuales desde el Ministerio provincial de salud. Estos datos numéricos buscan ser mejorados a través de la tarea de los equipos de salud y particularmente de trabajadoras comunitarias.

CNS	Norte	Trelew	Esquel	C.Rivadavia	TOTAL
0-1	283	822	376	230	1711
%	82,27	94,30	97,00	77,18	89,77
1-2	246	755	443	311	1755
%	75	85,60	94,06	86,63	86,03
2-5	742	1251	1261	798	4052
%	66,73	54,99	76,94	56,40	62,91

Ilustración 30 – Cuadro “Control de Niños Sanos de 0 a 5 años”. Anuario estadístico de salud del Ministerio de salud de la provincia de Chubut del año 2015.

En los diferentes encuentros entre trabajadoras comunitarias y mujeres migrantes se visibilizan diferentes dificultades vinculadas con la comunicación, la comprensión de los requerimientos de parte de las trabajadoras de salud, así como indicios de otros modos de concebir los cuidados de la salud, que no son tenidos en cuenta por parte del personal sanitario. Asimismo, existen situaciones de vulnerabilidad en las que se encuentran mujeres migrantes, ya que la escasez de recursos económicos y la falta de redes de apoyo dificultan el cuidado de la salud, esperable para el sistema sanitario, así como situaciones de padecimiento que refieren las propias migrantes. Como veremos en el capítulo próximo, existen redes de sostenimiento de la vida y reconstrucción de memorias que posibilitan formas diferenciales de cuidado que muchas veces entran en tensión con el sistema de salud.

⁴¹ “Colgar” puede ser utilizado como sinónimo de olvidar, retrasar, demorar.

5.2 Turnos especiales. La evaluación del riesgo y la garantía de derechos

La concepción sobre el no cuidado por parte de las mujeres migrantes, particularmente provenientes de zonas rurales de Bolivia, funciona como un “dador de derechos”, en tanto garantiza el acceso a turnos de controles gineco-obstétricos y pediátricos en un sistema de salud que por momentos se presenta restrictivo o con dificultades para satisfacer la demanda poblacional. Las categorías de riesgo sociosanitario justifican un seguimiento personalizado hacia las mujeres migrantes por el cuidado de su salud y la de sus hijos, generando estrategias para el acceso a dispositivos, a prácticas médicas y la “toma de conciencia” de las mujeres sobre estas formas de cuidar la salud.

La escasez de turnos médicos en los centros de salud es habitual dada la demanda poblacional, lo cual genera algunos conflictos, particularmente con migrantes como por ejemplo observamos en el relato de Mirel en el capítulo previo. En una de las visitas durante marzo de 2018 al CAPS 30 de Octubre, Carolina me comenta que el día previo hubo una situación en la sala de espera “entre argentinas y bolivianas”. Me relata que ese día solo daban 18 turnos para control de niños sanos. Había una cola larga y comenzaban a dar turnos a las 10:00 de la mañana. Y en uno de los primeros puestos de la fila había una mujer boliviana, que al parecer le guardaba lugar a varias mujeres que llegaron posteriormente, por lo cual se produjo el conflicto. Algunas decían que se habían colado y que estaban guardando lugar. Varias mujeres argentinas que estaban en la cola comenzaron a exigir hablar con el coordinador del CAPS. Una de las mujeres decía que hagan una cola para bolivianos y otra para argentinos. Eva me dice que cuando las argentinas, las del Abel Amaya, hacen lo mismo nadie dice nada, se quedan todos callados por miedo. Me dicen que hay como una idea de que los bolivianos sacan todos los turnos. Carolina comenta descontenta que Miguel, el coordinador, salió del consultorio y les dijo que es un tema en el que ellos no se pueden meter, que debían solucionarlo entre los usuarios del sistema.

Cuando nos preparamos para salir a terreno, pasamos por enfermería, donde estaba el medico coordinador, Miguel. Me saluda y me comenta nuevamente lo

sucedido: “A vos te va interesar... ¿Te contaron las chicas lo que pasó ayer?”, dice mientras sonrío. “Sí —le digo—, ¿qué te dijeron las que fueron a hablar con vos?”. Explica que fueron a decirle que se habían colado y que deberían hacer una cola para bolivianos y otra para argentinos, mientras se ríe. Comenta que les dijo que no se podían hacer responsables de ese problema y que eso deberían solucionarlo entre ellas como usuarias. Carolina le pregunta si el jefe del área externa, que había estado visitando el CAPS, se enteró o le contó la situación. Miguel dice que no, que le va a decir, aunque es algo que ya lo saben y que la situación es así y no va a cambiar. Carolina le dice que por ahí pueden poner más pediatras. Miguel le contesta que por más personal que pongan la demanda va a seguir siendo superadora. Una de las enfermeras dice que en el Quirno Costa, otro barrio, tienen dos pediatras y residentes. Miguel dice que le interesa pensar el tema de los turnos, para que no suceda nuevamente lo del otro día. Expresa que lo va a plantear en la reunión de equipo. Una de las enfermeras dice que hay que volver a dar los turnos a las 8:00, como se daban antes. Miguel dice que la gente siempre viene antes de la hora estipulada y que eso es un problema, ya que si abren a las 8, la gente hacía cola desde las 5 o 6 de la mañana en la puerta con niños y el frío que hace a esa hora. Por ese motivo, ahora dan los turnos a las 10:00, pero sigue sucediendo lo mismo, la gente viene antes. Viviana, de maestría, que estaba en la sala limpiando el piso, dice que es como en el hospital: “tienen que esperar”, naturalizando la situación. Eva expone que otra opción es explicarle a la gente el número de turnos que se van a dar para el día o dejar un cartel, como para que la gente cuente el número de personas que hay y vea si espera o no. Carolina dice, algo molesta, que es importante evitar esas situaciones de tensión e incertidumbre de hacer colas durante mucho tiempo y no saber si los van a atender o no. Miguel explica que tampoco se puede estar moviendo los horarios, que una vez que se pone uno la gente se tiene que acostumbrar. En ese momento, Carolina se levanta y nos dice que vamos a ir yendo a terreno, porque ya se nos hace tarde. Evidentemente, la escasez de turnos y el manejo de la logística es un tema que produce confrontaciones y Carolina muestra su descontento.

Este intercambio en el interior del grupo de trabajo da cuenta de un problema del sistema de salud donde, si bien busca llegar a la mayor cantidad de personas posible, el personal de salud es escaso para la demanda poblacional. En este contexto, las trabajadoras comunitarias desarrollan algunas estrategias que buscan garantizar el

acceso diferencial a las consultas por parte de la población considerada de riesgo sociosanitario. En este sentido existe la previsión de “turnos especiales” que administran las trabajadoras comunitarias y, en algunos casos, la mediación personal con médicos especialistas.

Nos encontramos con Diana y Natalia en la sala de salud comunitaria del San Cayetano, cuando golpean la puerta. Una mujer morena de mediana edad busca a Diana, quien sale a hablar con ella. A los minutos vuelve y busca un test rápido de embarazo (EvaTest) en uno de los armarios, comentando que una de las que tiene a cargo parece que está embarazada. Natalia le pregunta entre risas: “¿No se estaba cuidando esa mujer?”. Diana dice que estaba con los inyectables, mientras sale nuevamente. Al regresar comenta que se hizo el test en el baño y que le dio negativo, pero que va a darle un turno para que se controle por las dudas. “Un turno de los míos”, dice Diana. Allí me explican que tienen algunos “turnos protegidos” por mes para darles a sus familias. Natalia comenta: “Vemos por ahí quien tiene más dificultades y se los entregamos”. En ambos CAPS existen los denominados “turnos protegidos” o “especiales”, que son entre 5 y 10 consultas médicas ginecológicas y pediátricas mensuales que cada trabajadora comunitaria tiene a disposición para entregar a las mujeres que visitan. Estos turnos, a través de un acuerdo interno en los equipos de trabajo, deben ser entregados según la consideración del riesgo o la necesidad de las mujeres. Son entregados en casos especiales, cuando a una mujer se le dificulta acercarse al centro de salud a sacar turnos o necesita un turno con urgencia. En muchos casos estos turnos son entregados bajo la condición de asistencia al centro de salud, resaltando su costo e importancia.

En una salida a terreno con Carolina, pasamos a visitar a Francisca, una mujer de 30 años proveniente de Bolivia, que debía realizar el control de sus dos hijos, de un año y tres años. Carolina me comenta que la semana pasada tenía control y no fue. Cuando llegamos a la casa, Francisca nos nos recibe en el portón y comenta que estaba preparando la comida para sus hijos. Habla español con dificultad. Carolina enseguida le pregunta por qué no fue al turno con el pediatra, a lo que ella responde mirando hacia abajo, en voz baja y lentamente que había perdido el papel del turno y se había olvidado. Carolina le dice que le va a dar otro turno, un “turno especial”, para que lleve a los nenes, ya que les falta el control. Le dice enfáticamente que no falte, que la otra vez la pediatra la estuvo esperando y ella no fue, acentuando lo importante que son los

turnos y explicándole que hay gente que hace cola desde muy temprano para obtener una consulta. Carolina le habla en volumen alto y modulando acentuadamente cada palabra como si hiciera un esfuerzo para hacerse entender. Francisca asienta con la cabeza, sonríe y recibe el papel que le da Carolina. Esta le hace leer el papel, asegurándose que interprete el día y hora del turno para la semana próxima. Le dice que pegue el papel en la heladera o lo guarde bien, repitiéndole que es muy importante el control: “Por la salud de tus hijitos”.

En algunos casos, las mujeres, conociendo el funcionamiento de los turnos protegidos, los demandan apelando a la consideración especial por parte de las trabajadoras comunitarias. En una de las rondas en la extensión del San Cayetano acompañando a Danila, nos dirigíamos de regreso al centro de salud cuando nos llama desde la puerta de su casa Yeni, a quien había conocido el año pasado y recordaba por haber tenido a su hijo en el baño del hospital. Se acerca a la vereda con cara de dormida, como quien se despereza. Diana se ríe y le pregunta si estaba durmiendo. Le dice que sí, que los nenes todavía siguen en la cama. Detrás de ella sale su hijo mayor. Yeni le dice a Diana que quería un turno, porque lo tenía que llevar el mes pasado a control al más chico que ya cumplió el año. Diana le pregunta porque no fue al centro de salud. Ella le explica: “Porque hay que ir muy temprano, y siempre se llena de gente”, riéndose y sacando la lengua, con expresión de picardía. Diana exclama: “Ay Dios... esta mujer” mientras se ríe. Diana le pide las libretas de los nenes y le entrega uno de los turnos que ella tiene reservados para el mes. Yeni sabe de los “turnos especiales” y se los pide a Diana, con quien tiene una relación de confianza.

En otras instancias, las trabajadoras comunitarias median con médicos especialistas del sistema de salud para garantizar el acceso a la consulta de mujeres que ellas visitan. Así, dependiendo de los vínculos que las trabajadoras comunitarias establezcan con diferentes efectores de salud pueden gestionar turnos para las mujeres que tienen a cargo, evitando lo engorroso que puede resultar el hecho de conseguir un turno para alguna especialidad médica por la administración de los centros de salud o el hospital. En una de las caminatas por el barrio, Carolina me comenta que con el equipo de trabajadoras comunitarias apuestan al trabajo en red, por contactos con otros profesionales del sector público. Por ejemplo, tienen un contacto en laboratorio del hospital y cuando hay personas que ellas saben que necesitan hacerse un análisis se

contactan para agilizar el trámite o para no hacer ir a las personas tantas veces hasta al hospital. Asimismo, como se observa en el vínculo de Camila y Carolina, esta última gestiona diferentes contactos, de vecinos, profesionales y otras instituciones, como el Centro Municipal de Promoción Barrial, para ayudar a Camila y su familia en diferentes dimensiones que no solo tienen que ver con la atención biomédica.

El hecho de “tener a cargo” a una familia implica para las trabajadoras comunitarias una responsabilidad con sus supervisoras en el sistema de salud y con las mujeres a quienes visitan. Deben responder ante el sistema de salud con mejoras que se visibilicen en los relevamientos estadísticos. El objetivo de estas es mejorar los indicadores de salud, y resulta esperable que luego de tres años, como máximo, se deje de realizar el seguimiento de una familia por considerarse fuera de riesgo sociosanitario. De este modo, cada familia, y en particular cada mujer, es una “carga” de responsabilidad para las efectoras, por las cuales deben responder y hacer todo lo posible para lograr las pautas de cuidado esperables para ellas y sus hijos e hijas, de quienes son responsables. Asimismo, las mujeres migrantes en algunos casos demandan la atención de las trabajadoras y negocian su posición través de lo que estas pueden ofrecerles.

Este contexto restrictivo para el acceso a los beneficios que puede proveer el sistema de salud coexiste con la hipervisibilización de mujeres migrantes, particularmente provenientes de zonas rurales de Bolivia, donde se pone en juego la garantía de derechos. En un contexto donde predomina la escasez de recursos en el sistema sanitario, que por momentos se presenta excluyente para las mujeres migrantes, también podemos observar la visibilización de este grupo, que en su condición de grupo en riesgo socio-sanitario, es objeto de diferentes estrategias para lograr el cuidado de la salud esperable para el sistema sanitario.

5.3 Políticas focalizadas

En este contexto, se evidencia una política sanitaria focalizada y tutelar sobre las mujeres migrantes provenientes de zonas rurales de Bolivia. Esta política no es

explicitada como tal, sino que se visibiliza en la práctica cotidiana de trabajadoras comunitarias según evaluación de riesgos sociosanitarios. Así, se buscan encausar las prácticas de cuidado de la salud de estas mujeres al modelo biomédico, a partir de una estructura sanitaria que se focaliza particularmente sobre los controles gineco-obstétricos y pediátricos. En este sentido, las migrantes aparecen como aquellas con quienes se debe trabajar, particularmente por su falta de cuidado. Allí las trabajadoras comunitarias cumplen un rol fundamental en tanto realizan el seguimiento y control de indicadores de salud y la intervención sobre aquellas prácticas que buscan promoverse.

En estas prácticas, como se evidenció en el capítulo tres, vuelve a emerger la tensión entre perspectivas de salud comunitaria y aquellas vinculadas con lecturas biomédicas o asistencialistas sobre los padecimientos o problemas sanitarios. Las trabajadoras comunitarias en muchos casos se dirimen entre un trabajo atento a las complejidades de los determinantes sociales de la salud y aquellas exigencias dentro del sistema de salud. Las supervisiones de los equipos de salud comunitaria al interior de cada CAPS, en el área programática de Comodoro Rivadavia y en la provincia de Chubut, exigen resultados que deben evidenciarse estadísticamente. Estas deben sostener un número de 120 familias a cargo, visitadas por lo menos una vez por mes y demostrar mejoras estadísticas en cada cierre de ronda, en los informes elaborados cada tres meses. En estos informes deben darse cuenta del número de mujeres visitadas con PAP al día, controles de “niños sanos”, vacunaciones, controles de embarazos y mujeres con métodos anticonceptivos.

Entendemos por política focalizada no explicitada a aquella serie de acciones sistemáticas por parte de la organización estatal sobre un grupo social determinado o una problemática que no se define de modo explícito. En contraposición a la noción sobre política pública, según la cual el Estado asume un rol activo y explícito (Tobar, 2012), en este contexto se observan una serie de acciones que toman forma a partir de las interpretaciones de efectores y efectoras de salud que velan una lectura generizada, de clase social, etnicizada y generacional. En este sentido, siguiendo a Shore (2010), planteamos que las políticas públicas de salud toman forma a través de la codificación de lógicas de la salud pública que exceden este espacio en un contexto atravesado por diferentes formas de desigualdad. En ese marco, se evidencia en la gestión cotidiana de la labor de trabajadoras comunitarias una política focalizada en lo que respecta a la

salud de las mujeres migrantes provenientes de zonas rurales de Bolivia, en edad reproductiva y madres, especialmente en aquellas consideradas con riesgos sociosanitarios, interpelando sus prácticas de cuidado gineco-obstétricas y pediátricas, para con sus hijas e hijos.

Recuperando aportes clásicos de Foucault (2003) sobre las técnicas disciplinarias, el control de los cuerpos y su función coercitiva, podemos decir que estas históricamente han tenido como modelo por excelencia al ejército, la cárcel, la escuela y el hospital. En este caso observamos como la lógica hospitalaria y de control biomédico se expanden en un campo de acciones y lógicas que se visibilizan en la tarea de trabajadoras comunitarias en la relación con mujeres migrantes. La vigilancia, el seguimiento, la intervención y el control sobre los cuerpos y los modos de cuidarlo, en este caso se expanden en el territorio urbano, en las extensiones barriales e ingresa a los espacios domésticos de las mujeres migrantes. A partir del vínculo con estas, las trabajadoras buscan la “toma de conciencia”, la “responsabilización sobre el cuidado”, que hace parte de un proceso de subjetivación, en el que se busca comprometer a las mujeres en su cuidado.

El no cuidado, como planteamos desde el primer capítulo, funciona como una condición para la intervención de trabajadoras comunitarias. Estas interpretaciones sobre el riesgo velan una lectura generizada, de clase social, etnicizada y generacional. Se tiende a apelar a la cultura de las migrantes, particularmente mujeres en “edad reproductiva” y madres, sobre quienes recaen las responsabilidades de cuidado. Estas percepciones también se encuentran permeadas por la letra de programas de políticas públicas en salud, como el programa Sumar y el de Salud Sexual y Procreación Responsable, que toman forma a través de los equipos de atención primaria de salud y salud comunitaria.

La noción de riesgo aplicada particularmente a “las bolivianas” justifica un rol de tutela y de protección para con estas mujeres, que busca encausar sus prácticas a un modelo de cuidados prefijado, responsabilizando en muchos casos a las propias mujeres de las causas de sus problemas de salud. Aquí se observa una interpretación del riesgo que tiene en consideración las condiciones habitacionales, la falta de recursos urbanísticos y de servicios básicos. Sin embargo, el accionar de la política pública a través de la tarea de trabajadoras comunitarias está centrado particularmente en los

cuidados gineco-obstétricos, la utilización de métodos anticonceptivos y el control de niños, niñas y su vacunación, naturalizando en muchos casos las condiciones de precarización de la vida.

El riesgo ligado al no cuidado —como observamos en el capítulo uno— se establece en la distinción de comportamientos inadecuados buscando modificarlos, según normas y valores de comportamientos, en este caso esperables para la política sanitaria. Las condiciones socioeconómicas en las que habitan las mujeres migrantes son parte de lo que constituye el riesgo en tanto “necesidades básicas insatisfechas”, pero no hacen parte del objeto de la política en salud.

El riesgo es una categoría propia de la epidemiología, en este caso cuantificable en términos poblacionales y observables en los casos individuales a través del relevamiento por planillas de trabajadoras comunitarias. En palabras de Suarez et al. (2006), el riesgo en salud pública permite determinar qué aspectos del ambiente o del estilo de vida de los individuos o de un grupo deben ser transformados o controlados para disminuir los riesgos presentes. Así, el riesgo es comprendido como un factor que aumenta la probabilidad de que ocurra un acontecimiento con un impacto negativo, buscando evitar enfermedades. La Organización Panamericana de la Salud (OPS, 2003: 59) establece al factor de riesgo como “característica o circunstancia detectable en individuos o grupos, asociada con una probabilidad incrementada de experimentar un daño o efecto adverso a la salud. En general, un factor de riesgo es un atributo o exposición que incrementa la probabilidad de ocurrencia de una enfermedad u otro daño a la salud”.

Así el riesgo se presenta como una propiedad de las personas que se encuentra en asociación causal con un daño, efecto adverso o enfermedad. Para el caso en estudio, focalizado particularmente en la falta de controles ginecológicos, obstétricos, pediátricos y de uso de métodos anticonceptivos, buscando la responsabilización por parte de las mujeres migrantes. Aquí otras condiciones de desigualdad, como la socioeconómica, si bien son relevadas no son tenidas en cuenta. En consecuencia queda en la sensibilidad y voluntad de cada trabajadora comunitaria el modo en que puede gestionar recursos y medios para mejorar condiciones de vida en los parámetros de las propias mujeres. Esto también sucede con la escucha y el diálogo sobre otras formas de cuidar la salud que, como vemos en algunos casos, son proscriptas o desatendidas.

En su trabajo etnográfico en la ciudad de Potosí, Ramírez Hita (2010) expone que los saberes populares, para el sector biomédico, aparecen como “desconocimiento” para conseguir una buena salud. En este sentido, las estrategias de prevención y resolución de problemas que se proponen suelen estar centradas en el individuo y no en el sujeto colectivo. Así el “desconocimiento de los riesgos” se construye en el eje de la práctica sanitaria, conducente a proponer acciones verticales de prevención, donde el problema queda planteado en términos de responsabilidad moral o de desconocimiento de los actores. En este contexto se observa el modo en que las trabajadoras comunitarias van gestionando recursos y estrategias para “ayudar a las mujeres a que se cuiden” y que “tomen conciencia” de los modos “adecuados” de cuidado en un contexto atravesado por múltiples desigualdades.

Viaña (2009) ha acuñado la noción de “inclusión subordinada” para dar cuenta del modo en que las políticas estatales, desde una perspectiva instrumental e “intercultural”, incluyen a las diversidades étnicas bajo los parámetros de los Estados y organismo internacionales neoliberales, sin un cuestionamiento profundo y estructural de sus principios. Otras autoras han trabajado para el contexto educativo y de las migraciones esta noción, que hace referencia a los modos en que se produce el mandato de integración a lo nacional-argentino, desconociendo trayectorias previas, saberes y pertenencias (Novaro y Diez, 2011; Novaro et al., 2017). En este caso, extrapolando esta noción, podemos afirmar la existencia de un modo particular de inclusión de las mujeres migrantes bajo los parámetros del modelo biomédico en un contexto donde la salud y sus programas son percibidos como un derecho de la ciudadanía. En este sentido, las mujeres que no se adscriben a las pautas de cuidado biomédicas aparecen en algunos casos como quienes no se dejan ayudar o desconocen los modos correctos de cuidarse. Así, la inclusión subordinada en el campo de la salud se visibiliza a través de la desautorización de las mujeres en sus procesos de cuidado, la proscripción, silenciamiento o desestimación de prácticas no biomédicas a condición de ser parte de la política sanitaria. Podríamos afirmar que el Estado, como organización de gestión de recursos públicos, se amplía en el territorio garantizando derechos y ampliando su cobertura, pero bajo los parámetros de la biomedicina.

Es necesario dar cuenta, como observamos en el capítulo previo, de las condiciones de desigualdad socioeconómica en las que se encuentra la población

migrante que habita las extensiones barriales. Las condiciones habitacionales y la escases de redes de apoyo y sostenimiento, posicionan a algunas mujeres como Camila, en situaciones de precaridad, de las cuales dependen la posibilidad de sostener cuidados biomédicos.

En palabras de Butler (2010), la vulnerabilidad marca nuestra dependencia innegable y en todo momento respecto de los otros y de un mundo sustentable. Para la autora la precariedad (en inglés *precariousness*) es inherente y condición de la vida humana, lo cual nos permite distinguirla de la noción de precaridad (en inglés *precarity*), desde una perspectiva relacional. Así, Butler define a la precaridad como una condición políticamente inducida “en la que ciertas poblaciones adolecen de falta de redes de apoyo sociales y económicas y están diferencialmente más expuestas a los daños, la violencia y la muerte” (Butler, 2010: 46). De este modo, se hace necesario reconocer una serie de clivajes sociales y económicos que hacen a la condición de precaridad en el contexto migratorio.

Las posibilidades de acceso a bienes materiales, económicos, el hecho de hablar español, saber leer, escribir y tener una red de vínculos en el contexto migratorio se presentan como una condición para poder sostener los cuidados esperados por el sistema público de salud. De este modo podemos afirmar, desde una perspectiva interseccional (Viveros Vigoya, 2016), que las relaciones de poder y desigualdad que toman forma a través del género, la clase social, la nacionalidad y lo étnico-racial configuran un espacio en el que las mujeres migrantes van tomando posiciones y construyendo sus modos particulares de cuidar la salud. En este marco, las mujeres agencian de modo diferencial, en la relación con trabajadoras comunitarias y el acceso a recursos que estas pueden ofrecerles, decisiones sobre su formas de cuidar la salud que pueden estar, o no, en relación con el modelo biomédico.

En este contexto las trabajadoras comunitarias desarrollan estrategias a través de las cuales buscan el cuidado esperado por parte de las migrantes. Los turnos especiales o las mediaciones con otros profesionales de salud se presentan como una modalidad de gestión de los recursos, como observamos escasos, con los que se cuenta en el sistema público de salud. Teniendo en cuenta la problemática para acceder a las consultas médicas, las trabajadoras disponen de turnos especiales para las mujeres en condición “de riesgo”. Así, dependiendo de la sensibilidad de las trabajadoras comunitarias ante la

precaridad de la vida se disponen de recursos y se toman decisiones sobre ellos, lo que podríamos llamar siguiendo a Fassin (2003) “decisiones patéticas”. El autor estudia en el contexto francés el modo en que efectores de política pública toman decisiones sobre regularización de migrantes por “razón humanitaria”, donde el cuerpo, el sufrimiento o la enfermedad sirven de recursos para reivindicar un derecho, dependiendo de “políticas de piedad”, en las que se movilizan sentimientos para atribuir derechos (Fassin, 2003). En nuestro contexto, el acceso a un derecho, una consulta médica, queda supeditado al sufrimiento o el riesgo interpretado por las trabajadoras comunitarias. En algunos casos, son las propias mujeres, como Yeni, quienes solicitan este recurso apelando a dificultades personales.

Algunas trabajadoras comunitarias, como Carolina, toman una posición sensible ante algunas condiciones de vida y movilizan otros vínculos y recursos, que exceden la labor que se les solicita explícitamente desde el sistema público de salud. Así, pueden observarse otros modos de concebir la salud, en términos salud colectiva, buscando facilitar medios a través de los cuales algunas mujeres y sus familias pueden mejorar sus condiciones materiales o acceder a otros derechos, como a la educación en la ciudad. En agosto de 2019, Carolina me envía por WhatsApp una foto de Camila con sus hijos e hijas en una actividad que habían realizado en el CAPS por el “día del niño”. En la imagen se pueden observar a Camila sonriendo, a sus hijos e hijas con las caras pintadas, a Carolina, también con la cara pintada, y a una persona disfrazada de un dibujo animado (Monster de Disney). Me comparte contenta la novedad de que habían asistido, que habían aprovechado a vacunar a los niños, que iban mejor en la escuela, y que a Camila la ve mucho mejor.

La sensibilidad y la empatía, como aquellas afectaciones que movilizan a la ayuda de otras personas ante situaciones de precaridad de la vida, aparecen como una disposición que forma parte de “habitus específicos” (Bourdieu, 1999) de trabajadoras comunitarias “comprometidas” con su tarea. En su trabajo etnográfico con bomberos forestales en Estados Unidos, Desmond (2011) da cuenta del modo en que las competencias y disposiciones adquiridas desde determinadas familias y orígenes de clase, preconditionan a los hombres en esta tarea. Como se expuso en el capítulo 3, las trabajadoras comunitarias provienen de sectores populares, compartiendo en muchos casos trayectorias de precaridad, en su propia historia, en sus barrios o en sus propias

familias, en algunos casos como el de Carolina con historias de migración en su familia. En este sentido consideramos que en algunas trabajadoras comunitarias existe un “habitus primario” vinculado a la sensibilidad empática, identificado como el “trabajo con la comunidad”, “el trabajo en terreno” o “lo humanitario”, que estaría “más allá de las exigencias burocráticas”. Así a pesar del escaso reconocimiento en términos simbólicos y monetarios que manifiestan algunas trabajadoras comunitarias, este tipo de tareas comprometidas le dan sentido a su quehacer.

En este capítulo dimos cuenta de la existencia de una política focalizada no explicitada sobre las mujeres migrantes provenientes de zonas rurales de Bolivia. A partir de la identificación de los factores de riesgo ligados al no cuidado en los equipos de salud, se instrumentan lógicas de seguimiento, intervención y control. En la descripción de los encuentros entre mujeres migrantes y trabajadoras comunitarias fuimos mostrando las particularidades que adquieren estas interacciones, evidenciando algunas tensiones sobre las prácticas de salud en un contexto atravesado por múltiples formas de desigualdad. En algunas situaciones, las concepciones de riesgo emergen como una categoría dadora de derechos, donde se evalúan prioridades para el acceso a la atención sanitaria según interpretación de las efectoras de salud. Así, se analizaron las estrategias de trabajadoras comunitarias en estos encuentros y en sus relaciones laborales, donde deben responder con resultados evidenciables estadísticamente. En este sentido, observamos diferentes modos en que las trabajadoras comunitarias y las mujeres migrantes agencian modos de construir salud desde sus posiciones en contextos de precariedad.

CAPÍTULO VI

“Lo que no se cuenta a los médicos”. Resistencias y coexistencias en prácticas de cuidado

En este capítulo busco describir las experiencias de un grupo de mujeres migrantes provenientes de zonas rurales de Bolivia que son objeto de las políticas focalizadas que buscan encausar sus prácticas a un modelo de cuidados deseado. Desde una perspectiva decolonial, propongo caracterizar la posicionalidad de las mujeres en este contexto y su capacidad de agencia. Así se da cuenta del modo particular en que algunas mujeres producen prácticas de negociación, resistencias y alteración al control sanitario, donde los silencios y los cuidados adquieren sentidos diversos. Se caracteriza la recuperación de memorias, reactualización de saberes y prácticas vinculadas al sostenimiento de la salud en relaciones familiares, comunitarias e intergeneracionales en el contexto migratorio.

Como observamos en el capítulo cuatro, “las extensiones” en ambos barrios se caracterizan por la construcción de una red migratoria, vínculos de paisanaje y relacionalidad que se materializan a través de la cohabitación en un espacio que permite sostener prácticas que rememoran y resignifican las prácticas de origen. En este contexto, se produce un modo particular de habitar los espacios que por momentos se presentan disputados por diversos tipos de adscripciones e identificaciones signados por diferentes modos de desigualdad. Es en la interacción con las personas que habitan estos espacios donde toma forma la política sanitaria.

Me interesa dar cuenta de las experiencias de mujeres provenientes de zonas rurales de Bolivia en las relaciones con efectoras de salud y los modos en que conciben y construyen el cuidado de la salud. De esta manera, observamos las particularidades que adquieren las relaciones con “doctorcitas” —efectoras de salud—, “paisanas” —personas de la comunidad—, saberes no biomédicos sobre la salud, las celebraciones y

la propia comunidad como modos en los que se producen cuidados en este contexto donde coexisten diferentes racionalidades.

En los sucesivos encuentros con mujeres migrantes fui dando cuenta del modo en que identifican a las trabajadoras comunitarias y algunas médicas, como “doctorcitas”. Este es el diminutivo de “doctora”, grado académico por el cual suele reconocerse al personal médico, incluso no habiendo obtenido este título académico de posgrado. En este contexto, por extensión, las mujeres identifican a todo el personal de salud uniformado como doctores y doctoras. Por su parte, el diminutivo es de uso común y característico del castellano andino. Como explica Church (2019: 28), el diminutivo suele utilizarse en sustantivos y adjetivos “para expresar cariño, modestia y cortesía deferencial”. En este caso da cuenta del respeto que le expresan al personal sanitario y la cercanía con la que identifican a algunas trabajadoras comunitarias. Por otro lado, las mujeres identifican como paisanas a aquellas que son del mismo lugar origen, aplicándose la mayoría de las veces a quienes provienen de la misma región y solo en algunos casos para connacionales de Bolivia.

6.1 Entre doctorcitas y paisanas. Teresa y los cuidados

En una de las salidas con Diana durante 2017 a la extensión del San Cayetano, comenta: “Ahora vamos a pasar a ver si está Teresa. Ella tuvo un bebe hace poco”. Llegamos a la mitad de la manzana del Zanjón y nos paramos fuera de un portón negro. Me asombra la capacidad de ubicación que tiene Diana. Le digo que para mí todos los portones son muy parecidos, por lo que se ríe. Me dice que es hasta que te ubicas, si no vas preguntando.

Golpea el portón con la mano y grita: “¡Teresa!”. Espía por un agujero entre el portón y una chapa y vuelve a golpear. Se abre el portón corredizo, enorme y al parecer pesado, por la cara de fuerza de Teresa. Diana la saluda con dos besos, uno en cada mejilla, y me presenta: “Ando con compañía”. Le dice que soy un compañero y que estoy haciendo un trabajo de la universidad, por lo que voy a andar un tiempo por el barrio con ella. Nos saludamos, también con dos besos. Diana le pregunta cómo está y

cómo está su bebe recién nacida. Ella le dice que bien, con una sonrisa en la cara. Diana le pregunta si la podemos conocer y Teresa contesta que sí y nos invita a pasar. Ingresamos a un patio de tierra, semitechado con chapas, de aproximadamente 5 metros por 4. En el medio del patio unas sogas con ropa tendida. Hay cuatro niños, de entre 2 y 10 años jugando, algunos nos observan. A un costado hay algunas jaulas de animales. Identifico gallinas, pollitos, patos y varios perros sueltos. En el fondo del patio, a unos 4 metros del portón, una construcción de material, ladrillos huecos a la vista. Diana le comenta: “Pusiste rejas”, a lo que ella le contesta que sí, por la bebé. Teresa sube los dos escalones que la llevan a la puerta de su casa y nos dice que pasemos. La trabajadora me dice por lo bajo, antes de entrar, que es la primera vez que entra a la casa. Después me cuenta que siempre hablaba con ella en el patio o la vereda.

Ingresamos a un espacio de unos 4 metros por 4 aproximadamente, donde hay una mesada, un horno y un lavarropas contra la pared donde está la puerta por la que ingresamos. En la pared de nuestra izquierda hay una heladera y una puerta a otra habitación. Sobre la pared de nuestra derecha hay una cama de una plaza y otra puerta. Contra la pared que está frente a la puerta de ingreso hay una cama de dos plazas, donde se encuentra la beba envuelta en una manta rosada. Sobre esta pared hay un cartel de 1 metro por 1 metro aproximadamente, hecho de poliestireno expandido, pintado de color azul, donde se puede leer “Johan, mi bautismo y corte de pelo”. Las paredes son de revoque de cemento a la vista.

Teresa es una mujer de 38 años, de contextura robusta y estatura baja. Es de tez morena, ojos rasgados, pómulos prominentes y cara alargada. Usa un gorro de lana y su pelo lacio recogido en una trenza. En su sonrisa se pueden ver dos dientes dorados, lo que presumo es oro. Tiene un buzo de hilo azul, un pantalón de algodón (jogging) y ojotas. Usa dos aros dorados en sus orejas.

Diana levanta a la beba de la cama y la sostiene en brazos. Nos paramos al lado de la cama y observamos a la beba, mientras Diana le pregunta a Teresa cómo anda. Nos cuenta que la operaron del apéndice. Se nos dificulta entendernos. Evidentemente su lengua materna no es el español. Nos dice que la vio un médico, un mes después de la cesárea y le dijo “¿cómo no lo vieron cuando te hicieron la cesárea?”. Diana le pregunta cómo anda ahora. Teresa comenta que está mejor, pero que estuvo medio mal. Diana le dice que la ve pálida y le pregunta qué está comiendo, si está comiendo bien.

Teresa le explica que come caldos, con apio, cebolla, zanahoria, zapallo y a veces carne. Diana le dice que tiene que comer todas las comidas, al levantarse, almuerzo, merienda y cena. Diana deja a la beba nuevamente en la cama y le pide la libreta, para ver los controles y vacunas de la recién nacida. Teresa va a la habitación de al lado y trae una bolsa transparente, de dónde saca varios papeles y se los entrega. Nos cuenta que es prematura, que nació con ocho meses. Diana le pregunta si le está dando la teta. Ella dice que sí, pero que el médico le dio otra leche. Va hasta la mesada y nos muestra una lata de leche “fortificada para prematuros”. Nos dice que se le acabo y que no encontró de la misma. “Está como 400 pesos el pote chico, por eso compré otra más grande”, mostrándonos otra lata de leche de marca Nido, que dice estaba 200 pesos. Diana le explica que no es lo mismo, que trate de conseguirle la otra. Anota en su planilla datos de los papeles que le dio Teresa y le dice que le va a dar un “turno especial” para control pediátrico, para que lleve la beba, ya que le falta el control. Teresa asiente, recibe el papel y vuelve a guardar los papeles en la bolsa. Dice que anda bien la nena, que solo tiene susto ahora, algo que Diana deja pasar y en lo que quedo pensando⁴².

Habiendo terminado la tarea más “administrativa”, Diana le pregunta por el cartel que hay en la pared que dice “Johan, mi bautismo y corte de pelo”⁴³. Teresa nos cuenta que es del bautismo del nene, que tiene 6 años. Enseguida va a buscar un álbum de fotos del evento que tiene sobre la heladera. Diana me comenta por lo bajo: “Viste que ellos hacen sus fiestas diferentes...”. Nos muestra un álbum con fotografías en la iglesia y en el patio donde se hizo la fiesta. Le pregunto por qué le cortan el pelo en el bautismo y ella nos comenta que de esa forma le sacan el demonio, los cabellos representan las serpientes del demonio. También nos cuenta que a veces los niños nacen con la espalda un poco roja o morada, ya que es un “golpe de dios, de Jesús, para que nazcan” y que por eso es importante bautizarlos y cortarles el pelo. Todos los invitados del bautismo pagan por un mechón de pelo. Diana le pregunta por los padrinos, le dice que ella sabía que era diferente a “nuestras fiestas”. Teresa nos cuenta que los padres

⁴² Si bien esta tesis no se propone un acercamiento epidemiológico ni busca dar cuenta de una clasificación diagnóstica y de tratamientos de la “medicina tradicional”, es necesario reconocer algunas particularidades de esta. En palabras de Ramírez Hita (2005) el susto es una patología popular frecuente en la zona andina. En la cosmovisión quechua el individuo se compone de tres almas. Una de ellas es el ánimo, que cuando se desprende del cuerpo provoca la enfermedad del susto y puede provocar diarrea, imposibilidad de dormir, malestar general y hasta la muerte, particularmente en niños.

⁴³ La práctica del Ritual del “Bautismo y corte de pelo” data de la época prehispánica y tiene vigencia en nuestros días particularmente en los Andes, el norte argentino, Bolivia y Perú (Vargas, 2015).

elijen padrinos de la música, de la bebida, de la decoración y esos deben hacerse cargo de esos bienes materiales. Con Diana nos mostramos interesados en lo que Teresa nos comenta. La niña comienza a llorar, yo estoy cerca de ella y le pregunto a Teresa si la puedo levantar, a lo que Diana me responde: “Sí, levántala”, y Teresa asienta con la cabeza. La tomo y la hamaco hasta que deja de llorar.

Diana le dice a Teresa que aquí es diferente, que cuando uno hace una fiesta debe pagar todo, mientras se ríe. Le pregunto a Teresa qué pasa si uno no tiene plata para los gastos. y me responde que generalmente no dicen que no, a no ser que no quieran al niño que se bautiza. Nos comenta que en los casamientos es igual. Va a otra habitación y trae dos portarretratos de dos fiestas de casamientos a la que asistieron. En una de las fotos se ve a Teresa, su pareja y entre ellos dos una pareja joven, los casados. Están en un salón de fiesta. Detrás se deja ver el decorado con telas y algunas mesas. En el pelo y los hombre tienen papel picado blanco y de la vestimenta de los recién casados cuelgan muchos billetes de 100 pesos que los invitados van prendiendo con alfileres a su ropa. Delante de ellos se ve un lavarropas, que fue el regalo que ellos le hicieron a sus ahijados. En esa fiesta nos cuenta que fue la madrina de las flores y canastillas que se pueden ver en la foto. Nos cuenta que esos canastos y arreglos florales son caros y dice que le costaron unos cuatro mil pesos cada canasto. En la otra foto que nos muestra, se ubican de la misma forma frente a la cámara, con otra pareja de recién casados. En esta foto también se muestran las tiras de billetes colgados de los trajes de los novios. En esa fiesta ellos fueron los padrinos del “velo y saca velo”. Le preguntamos qué es eso y nos cuenta que la madrina debe sacarle el velo a la novia y envolverlo en un awayo como para colgarlo a la espalda. Saca un awayo que tiene doblado entre mantas sobre la cama de una plaza y nos lo muestra. Allí los padrinos y los invitados deben poner plata. Lo dobla en la posición que corresponde para la ceremonia y nos cuenta que ella ha puesto cuatro mil pesos y su esposo otros cuatro mil. La novia luego se va con ese awayo colgado con el dinero dentro, lo cual representa la fertilidad y la descendencia. Estos portarretratos son regalo de los casados a los padrinos, en los cuales se agrega de manera digital el nombre de los casados, el nombre de los padrinos y el regalo por el cual apadrinaron, en estos casos “flores y canastillas” y “velo y saca velo” respectivamente.

Diana hace chistes con relación a que los argentinos perdemos plata. Dice que está bueno que te casas o hacés una fiesta, te regalan todo y te quedás con plata. Teresa comenta que pueden llegar a juntar unos 100.000 o 200.000 pesos argentinos. Nos asombramos por la cantidad de dinero. Diana le pregunta si eso es una costumbre de donde vienen. Nos cuenta que ella es de Punata, que allá no se festejaba así porque no había tanta plata. Se hacía la fiesta pero no tan grande. Le pregunto de que trabajaban allí y me cuenta que en la cosecha, pero no les alcanzaba para hacer las fiestas que hacen aquí. Nos comenta que ella se va a casar a fin de año y en febrero va a festejar el bautismo de su otro hijo.

Retomo el tema del susto: “Recién dijiste que estaba con susto la bebe... ¿qué le pasa?”. “Ah... porque no puede dormir de noche y tiene como una bolita en la espalda”, me dice. Comenta que es por esa bolita que cuando se la tocan llora mucho, eso es porque tiene susto y, además, el otro día sus otros hijos cerraron la puerta muy fuerte y la bebé se asustó. Por esto a veces no puede dormir bien a la noche. Me dice que cuando no puede dormir, ella la llama por el nombre “para que vuelva... Lucía Agustina, Lucía Agustina” y hace señas con la mano como si llamara a alguien. Recuerdo algo que había leído sobre el susto, por lo que le pregunto si es para que vuelva el alma, y me dice que sí, “para que vuelva el alma a su cuerpito, que si no se va con el diablo”. Le pregunto sobre cómo se cura el susto. Me dice que lo lleva a lo de una paisana curandera, a lo de doña Mercedes, una mujer que también visita Diana. Dice que ella le hace algo en la espalda y le cura el susto. Le pregunto si a los médicos le cuenta de esto. Se ríe mirando para abajo y dice que no, “ellos no saben curar eso. Lo llevo a la curandera”.

El awayo sigue sobre la cama. Diana le pregunta cómo se llama esta tela, a lo que responde que es un awayo, con el que cargan los niños a la espalda para que no se cansen los brazos. Diana dice que eso es lo que más llama la atención, ya que acá la gente no usa eso, que al principio era raro verlo en la calle, pero que ahora ya se ve más. Teresa nos cuenta que una vez las paró la policía cuando andaba con su comadre y su hijo en el awayo. Las paró y les dijo que por qué llevan los chicos así, que así les hacen mal. Ellas les responden que los llevan así porque les cansan los brazos. Teresa nos cuenta que los policías les dijeron que la próxima vez que las vean así, les iban a sacar a los nenes y que les iban a hacer una denuncia. Le pregunto sorprendido cuándo fue esto y me dice que hace mucho tiempo, cuando habían llegado, hace unos 10 años. Diana

naturaliza la situación con una sonrisa y diciendo: “Claro, ese fue el primer tiempo que no se veía tanto”. Dejo al bebé, que ya está dormida nuevamente en la cama y la tapo. Le pregunto si siguen llevando a los niños en los awayos. Me dice que en la calle no, porque además a su hermano no le gusta que lleve a los niños así. Les dice que eso es de “boliviana de mierda” que “estamos en Argentina, acá no se hacen esas cosas”. Me cuenta que, una vez, él la vio en la calle llevando al niño en el awayo y le pego un “coscorrón” en la cabeza. Teresa se sonríe con naturalidad. Nos cuenta que a su hermano le da vergüenza que lleven a los niños así. Le pregunto por qué y me dice que porque estamos en Argentina y aquí no se hacen esas cosas. Ella me cuenta que, a veces, él le dice “ahí están tus bolivianos” de una manera despectiva, refiriéndose a otras mujeres que llevan awayo. Me asombra mucho lo que me cuenta Teresa. Le pregunto si su hermano es también de Punata y me dice que sí, con una sonrisa. Me cuenta que él es padrino de muchas parejas y también que los padrinos tienen que intervenir cuando hay problemas en las parejas también. Me muestro interesado en lo que cuenta y le pregunto en qué casos por ejemplo. Nos dice que por ahí cuando un hombre le levanta la mano a una mujer tiene que intervenir el padrino. Le pregunto si se da mucho eso y ella dice que más o menos, que lo que pasa es que algunos toman y no se controlan. La niña comienza a llorar y Teresa la levanta.

Diana mira la hora y dice que se hizo re tarde. Silvia nos esperaba. Le comenta a Teresa que vamos a seguir camino, que se cuide, coma bien y que lleve a la nena a control, que la próxima visita le trae el otro turno. Teresa deja a la beba en la cama y nos acompaña hasta el portón. Cuando salimos, veo nuevamente las gallinas y le pregunto si son para la familia o las vende. Me dice que a algunas las comen y a otras las venden a los vecinos. Le agradezco a Teresa y nos despedimos. Diana le dice: “Que andes bien madre, cuidate”, y que la otra semana pasa. Teresa se queda en el portón llamando a uno de sus perros que salió a la calle, mientras nos alejamos. Afuera hay algo de humo y olor a basura quemada que viene de otra calle. Ya son las 12:15 del mediodía. En el camino de regreso, Diana me cuenta que el marido de Teresa le ha pegado a ella, pero que eso no lo cuenta. Me dice que hubo un tiempo en el que aparecía golpeada y ella decía que había sido un accidente doméstico. Le pregunto qué hacen en esos casos y me responde que tratan de hablarles, diciéndole que no está bien que les peguen, que pueden confiar en ellas, pero que lamentablemente si ella no hace la

denuncia no pueden hacer nada. Me dice que hay muchos casos de violencia y que por ahí los vecinos les cuentan.

Diana me dice que Teresa es bastante abierta y que a veces cuesta hacer vínculo con ellas, ya que son muy “calladitas”, haciendo referencia a las mujeres provenientes de Bolivia. Pienso en todo lo que implica el silencio en estos espacios y le digo que por ahí no se sienten en confianza o prefieren callar saberes que no son bien vistos por los médicos, por ejemplo, intentando relativizar lo que me dice. Diana asiente y dice que los médicos por ahí no les explican nada o las retan. Me comentan que antes realizaban actividades comunitarias de prevención y promoción, a veces en sala de espera, “pero ya no tanto, porque no hay equipo de trabajo”, explica, lo cual se inscribe en las lógicas de tensión entre un trabajo centrado en la salud comunitaria y la asistencia verticalista como observamos en el capítulo tres.

A través de este tipo de encuentros puede comenzar a conocer otras dimensiones de las experiencias de mujeres vinculadas con el cuidado de la salud. En muchos casos, la relación con efectoras de salud, con una apertura a relatos diferentes a los biomédicos, facilitaron esta tarea en una escucha activa y vínculos respetuosos de la diferencia. En este sentido, a través de la trayectoria de Teresa podemos identificar algunos elementos que nos permiten pensar el modo en que construye sus prácticas de cuidado en el proceso migratorio, en la interacción con el sistema de salud y una comunidad de referencia, la punateña. En el caso de Teresa, los cuidados aparecen en vinculación con una racionalidad no biomédica, que involucran la espiritualidad y vínculos con miembros de la comunidad punateña. Da cuenta de diagnósticos diferenciales ante algunos padecimientos, quienes saben curar determinados malestares, a quienes se puede contar y a quienes no. Asimismo, observamos algunos recuerdos traumáticos sobre el parto, en la relación con efectores y efectoras de salud.

La trayectoria de Teresa se encuentra atravesada por diferentes procesos migratorios y necesidades familiares que la llevaron a trabajar desde pequeña para ayudar a su madre y hermanos. En otros encuentros, me comenta que su madre sigue trabajando en la cosecha y la venta ambulante de sus productos en Punata. Su padre falleció cuando ella era niña, por lo cual, como hermana mayor de tres hijos, no pudo ir a la escuela y tuvo que dedicarse a trabajar. A los trece años Teresa se fue a vivir con los tíos a la ciudad de Trinidad, donde aprendió a hablar español y vivían de la venta

ambulante de bijouterie, regresando a los quince años a vivir con su madre. En Punata conoce a su marido, con quien se casa a los dieciocho años y migran a la ciudad de Córdoba, Argentina, cuando ella tiene veintidós años. Allí tuvieron sus primero tres hijos y luego migraron a Comodoro Rivadavia, hace aproximadamente 10 años, donde tuvieron sus otros tres hijos.

Las migraciones en su historia aparecen siempre como una posibilidad de mejora económica, a través de redes que en muchos casos facilitan el acceso a trabajo, vivienda y el asentamiento en el nuevo lugar. Teresa, como muchas otras migrantes, ha trabajado en la pesquera de Comodoro, como fileteadora. Esta actividad altamente feminizada se caracteriza por malas condiciones de seguridad laboral y vulneración de derechos laborales. A causa de los riesgos de accidentes en la empresa y la necesidad de estar en la casa por el cuidado de sus hijos, Teresa manifiesta que su marido “no la dejó” trabajar más. Este tipo de actividades laborales traen aparejados algunos padecimientos vinculados con el frío en cámaras frigoríficas, así como aquellos vinculados a las condiciones de escasa seguridad laboral y tipo de contrataciones. En otro encuentro con Gabriela, una vecina de Teresa, cochabambina, que trabaja como fileteadora en una empresa pesquera, me comenta que en la empresa mientras trabajaba se le cayeron unas cajas de mercadería en la espalda, por lo cual quedó con un dolor crónico y no pudo volver a trabajar. Asimismo, la empresa no cumple con la asistencia necesaria para estos casos. Así, las condiciones de salud se ven afectadas por el tipo de trabajo que algunas mujeres deben sostener en condiciones de precariedad. Otras investigaciones han dado cuenta de los procesos de salud, enfermedad y cuidados de grupos migrantes en contextos de “explotación laboral” y vulnerabilidad (Goldberg, 2013b, 2014; Linardelli y Goldberg, 2018), donde los modos de vivienda y trabajo están asociados a la incidencia de determinados padecimientos. Si bien este no es el objeto de esta tesis, se hace necesario dar cuenta de estos procesos que hacen parte de las condiciones de vida en la ciudad de Comodoro Rivadavia, donde la población migrante, particularmente boliviana, cumple labores en condiciones de precariedad.

A través de sus relatos, Teresa da cuenta de redes, vínculos familiares y de “paisanaje” que constituyen una comunidad punateña en la extensión del San Cayetano. Estos vínculos cobran relevancia en los festejos, situaciones de mutua ayuda y en la atención y cuidados de la salud. En este sentido, Teresa sostiene vínculo con algunas

personas que saben curar o paisanas con quienes comparten saberes o información sobre el campo de la salud, a quiénes recurrir en cada situación, a qué instituciones ir para cada necesidad y a qué profesionales de salud.

En otro encuentro con Teresa, por fuera de las visitas de trabajadoras comunitarias, me relata lo traumático que fue su último parto. El nacimiento se adelantó un mes a la fecha estimada, lo que ella atribuye a un “antojo” que tuvo cuando vio a la hija de una comadre comer cerezas. Su deseo de cerezas, que no pudo conseguir por ningún lado, fue tan fuerte que produjo el adelanto del parto. Empezó con pérdidas por la tarde y en la noche, cerca de las 22:00 su marido la llevó al hospital. Allí, luego del control por ecografía, un médico le dijo que su bebé estaba muerto y que le iban a hacer una cesárea, por lo cual le hicieron firmar muchos papeles. Recuerda con tristeza ese momento y el malestar que le produjo esa noticia. “Hasta a mí me dijo que podía morir”, comenta. Luego de la operación su hija de 12 años le comunica que el bebé estaba vivo. Recuerda una médica, “una doctorcita buenita”, que la calmaba y la llevó a la sala donde estaba su hija para conocerla. Comenta que hasta que no vio a su hija bien no se tranquilizó. Teresa tuvo a sus hijos anteriores por partos no quirúrgicos asistidos en hospitales. Me explica que recuerda cómo es el parto, pero en esta ocasión la operaron. Recuerda que se hizo todos los controles en el centro de salud, que la mandaba siempre “la doctorcita Diana”, trabajadora comunitaria, a hacerse las ecografías.

Al mes de la cesárea, Teresa comenzó con dolores fuertes en el vientre bajo. Comenta que la volvieron a operar y me muestra la cicatriz de una operación al costado de la cicatriz de la cesárea. Refiere un dolor insoportable en el vientre, por lo que tuvo que pedirle a un vecino y paisano que la lleve de urgencia al hospital:

Ya no podía aguantar el dolor de la panza. Me dolió. El pecho me está hinchando, le dije. Casi dos horas me ha hecho esperar allá. Por la guardia entramos. Pero ahí no más no me operaron. Me han hecho esperar, esperar, esperar. Nunca apareció el doctor y ya no podía aguantar y le digo, no puedo aguantar, le digo. Después recién vino el doctor y me dijo, qué te pasa, aquí me duele [mostrando el vientre]. Qué cosa comiste. Nada no le comí, le digo, lo que me ha recetado, la comida, eso comí, sopita no más le comí. Nada, ni frito, ni gaseosa. Agua mineral, agua mineral y eso. Por ahí mal te ha operado los doctores, me dijo. No sé, no me acuerdo yo tampoco y por ahí malo me ha operado, le digo (Entrevista con Teresa, 2017).

Finalmente Teresa fue operada de apendicitis⁴⁴ en el hospital. Refiere una comunicación muy dificultada con los médicos, ya que no logra comprender lo que ellos le dicen. Teresa intenta pronunciar palabras médicas de algunos diagnósticos sin recordarlos o saber su significado. Si bien comenta que la operación fue más dolorosa que la cesárea, explica que se recuperó rápido porque estuvo comiendo mucha gelatina y flan, lo que es bueno para las heridas y operaciones, algo que aprendió de “otras doctorcitas en Bolivia”.

En relación con el control de la natalidad Teresa no sabe si tiene hecha la ligadura de trompas. Comenta que no quiere tener más hijos, porque ya está grande y pasó mucho miedo con el último embarazo. Lo habló con uno de los médicos del hospital antes de la última cesárea, donde ella confirmó, luego de hablarlo con su marido, que quería realizarse la ligadura. Allí refiere que le hicieron firmar muchos papeles, pero tiene la duda si realmente se realizó la intervención. Previo al último embarazo utilizaba los anticonceptivos inyectables que se colocaba en el CAPS, aconsejados por “la doctorcita Diana”. Dejó de inyectarse dos meses antes del embarazo, ya que, según explica, estas la estaban haciendo engordar. Comenta: “Por eso le dejé, dos meses no más, porque mucho hace engordar. Le digo, estoy engordando muy feo y los pantalones ya no me entran”. Cuando Teresa comenzó a sospechar del embarazo acudió a Diana en el centro de salud, quien la acompañó a realizarse un test rápido de embarazo.

En las tareas de cuidado de su hija menor se destaca la labor de sus otros hijos, especialmente de su hija mayor, quien cuida a su hermano cuando Teresa no está en su casa, lo alimenta, lo asea, lo viste y calma cuando llora. La familia nuclear también cobra relevancia en otras tareas, debido a que los niños adquieren progresiva responsabilidad en sus tareas. Esto se evidencia en el relato sobre la construcción de la casa donde viven actualmente. Comenta que su marido, que trabaja en la construcción levantó la casa en tres días con ayuda de la familia: “Nosotros pasamos la mezcla y mi hijo le pasa el ladrillo y los otros más chiquititos ayudan. Llega del trabajo una pared la termina, llega del trabajo una pared la termina y ya. Otro día las chapas, y así en tres

⁴⁴ Es una afección en la cual el apéndice se inflama. El apéndice es un pequeño saco que se encuentra adherido al intestino grueso, en el lado inferior derecho del abdomen. A medida que la inflamación empeora, el dolor de apendicitis por lo general se incrementa y finalmente se hace intenso. El tratamiento estándar es la extirpación quirúrgica del apéndice.

días”. Estas prácticas de trabajo colaborativo nos remiten al “ayni” de las comunidades quechuas y aymaras de los andes bolivianos, vinculado al intercambio común entre los íntimos, basados en la reciprocidad y la ayuda mutua para el bien común (Seto, 2016).

En la historia de vida de Teresa, sus relatos y las relaciones con “doctorcitas” —trabajadoras comunitarias y médicas— y “paisanas y paisanos” —familiares y miembros de la comunidad punateña— pueden observarse las particularidades que adquieren los cuidados de la salud en este contexto. Teresa da cuenta de una comunicación dificultosa con el personal médico, habiendo atravesado una situación traumática que recuerda con dolor en el nacimiento de su última hija. Como iremos viendo, a partir de estas relaciones y los saberes, que muchas veces entran en conflicto en el contexto migratorio, se producen los cuidados, en tanto modo de dar respuesta a los padecimientos y sostener la vida.

6.2 Lo que los médicos no saben. Los cuidados y las memorias migrantes

Teresa hace referencia a algunos padecimientos que los médicos no saben curar, como el susto. En su relato, identifica a Mercedes como una paisana que sabe curar este tipo de malestares. El padecimiento al que refiere parece ligar al mundo espiritual con el cuerpo orgánico. La raíz del problema está en un susto, algo repentino que sucedió y ha dejado a la niña asustada. Esto le trae aparejado problemas para dormir y un malestar general. Para su tratamiento, Teresa acude a Mercedes, quien tiene un don para curar y cuando por las noches no puede conciliar el sueño debe llamarla por su nombre. Esto último —según comenta Teresa— trae el alma nuevamente a su cuerpo. Explica que Mercedes le enseñó: “Hay que llamar, llamar. Con aceitito se dice tres palabritas, tienes que poner aquí un crucita [se señala la frente con el dedo pulgar] diciendo su nombre”.

Mercedes, de quien hablamos en el capítulo cuatro, es una mujer punateña quechuahablante de 44 años, a quien también conocí a través de las visitas con Diana. Tiene esa cadencia típica en el hablar que ya puedo identificar en quienes son hablantes quechua y han aprendido el castellano como segunda lengua. Luego de varias

referencias que nos hicieron mujeres del barrio sobre ella y con el interés que compartimos con Diana por conocer sobre estas prácticas decidimos visitarla. Entramos por el pasaje sin salida del Zanjón, donde hay muchos perros que nos ladraban. Diana me dice que el secreto es no mirarlos ni demostrarles miedo. Ella golpea una de las últimas puertas del pasaje, un portón de chapa de tambor. Golpea con fuerza y tira piedritas sobre la casa de chapa. Atiende enseguida Mercedes y nos hace pasar cuando ve a Diana. En julio de 2017 yo había conocido a Mercedes, en una visita muy corta. Aquella vez Diana había pasado a controlar el PAP que debía hacerse.

Al ingresar a la casa de Mercedes, me doy un golpe en la cabeza con el marco superior de la puerta. Mercedes se ríe y dice: “Acá no somos muy altos”. Entramos a un patio, de 2 metros por 5, semicubierto con chapas en el techo y piso de cemento. Al fondo del patio hay una mesa y tres sillas. Al lado de la mesa un árbol de unos dos metros. Detrás de la mesa se puede ver a través de algunas chapas una huerta. Nos sentamos en unas sillas que nos alcanza Mercedes. Diana le pregunta por las chivas, ella le dice que las tiene encerradas. Mercedes esta con una niña de unos dos años. Nos cuenta que es su nieta, la hija de su hijo mayor, que vive con ella. Diana le pregunta por el resto de su familia y nos cuenta que su marido está trabajando y que su hijo menor, de 20 años, va a ser padre, que se juntó con una chica, una paisana del Abel Amaya, otro barrio. Mercedes nos dice que ya va a volver a vivir con ella su hijo, cuando la chica tenga al niño. Diana le dice en broma: “Vos los querés a todos acá a tus hijos”. Mercedes se ríe.

Diana sigue hablando de las chivas. Recuerda que antes tenía un montón. Margarita dice que sí, que ahora se quedó con pocas, que vendió varias. Diana se ríe y me dice que ella las re quiere a sus chivas. Mercedes dice que cuando llego hasta dormía con sus chivas. Una la ponía de almohada y las otras a los costados. Diana le dice a Mercedes que nos contaron que ella curaba el susto. Mercedes dice rápidamente que no, con cara de desentendida. Intuyo que quizás es algo de lo que no quiere hablar, sobre todo con una representante del centro de salud, como lo es Diana, quien le pregunta en tono alto, modulado e algo inquisitivo sobre estas prácticas. Intento comentarle amablemente que a nosotros nos interesa saber acerca del susto y del empacho, que nos habían contado que algunas personas curaban. Ahí nos comenta que

su marido es el que cura el susto. Nos mostramos interesado y le preguntamos cómo es que lo cura. Nos cuenta que con incienso y “millo” los sahúma y hace unas oraciones.

Le preguntamos a Mercedes sobre cómo se aprende a curar el susto. Nos dice que ella sabía curar, pero lo dejó de hacer porque le hacía mal. Quedaba con malestar luego de curar. Nos cuenta que su pareja le dijo que no lo haga más porque se podía volver loca. Nos dice que es un don y que el padre de su pareja todos los años hace ofrendas a la Pachamama para poder tener ese don. Mata un animal, le dan alimento y bebida a la Pachamama. Le preguntamos si acá ellos también hacen ofrendas. Nos cuenta que sí, pero en familia. Cada familia se junta para los carnavales y en sus casas hacen la celebración. Le pregunto si tienen a sus padres vivos. Me dice que sí, que están en Punata. Ella vive hace 8 años en Comodoro. Diana le pregunta por su huerta. Ella le dice que están creciendo algunas plantas nuevas. Le pregunto si puedo verla. Me asomo por una pared baja que daba a la huerta. Tiene una huerta de unos 5 metros por 3, donde tiene algunos árboles frutales y hortalizas. Diana le toma unos datos en su planilla, sobre quienes están viviendo en su casa, su marido y dos de sus hijos. Luego de esto le dice que vamos a seguir camino. Nos despedimos de Mercedes hasta la próxima.

En visitas posteriores que realizamos con Brígida a Mercedes, damos cuenta de la relación especial que tiene con la huerta, la cosecha, sus animales y los paisanos. En estas relaciones Mercedes rememora su vida en el campo, Punata, así como intenta trasladar semillas y especies de plantas que no se consiguen en Comodoro y nos muestra con orgullo en su huerta. En el campo Mercedes trabajaba en la venta de flores, lo que implicaba caminatas diarias de varias horas, incluso en los momentos en que estaba embarazada, lo cual recuerda que apuró las situaciones de parto, cuando tuvo a sus hijos asistida por una cuñada que acompaña estos procesos.

Cuando le consultamos a Mercedes por las curaciones de susto y empacho, nos comenta que su marido cura a los niños del susto. Los paisanos se acercan cuando tienen algún malestar, sobre todo con sus hijos. A través de inciensos y yuyos que mandan a buscar a Bolivia hace las curaciones. Nos comenta que el padre de su pareja “que es legítimo” le pasó el don secreto. Cuando le consultamos por los próximos a recibir el don, nos comenta que ninguno de sus hijos lo va a tener, ya que no lo quieren y no les gusta que su padre se dedique a esto. Explica que hay gente que “ve mal que las personas sean curanderas”. Si bien su marido trabaja en la construcción todo el día,

generalmente en las noches, cuando está en su casa, recibe a paisanos para las curaciones. A pesar de que Mercedes no cura estos padecimientos, tiene conocimientos sobre plantas y sus propiedades curativas a través de la preparación en infusiones. Nos habla de la manzanilla, el toronjil, la quirusilla y la canela para malestares estomacales o dolores de cabeza, que en muchos casos se traen desde Bolivia, ya que en la zona no se consigue el mismo tipo de plantas.

Las prácticas de sanación de “curanderos”, “curanderas”, “personas con el don” o “que saben curar” se inscriben en lógicas no necesariamente orgánicas de los padecimientos, donde algunos malestares son provocados por un desequilibrio en la armonía del cuerpo-alma que es necesario restituir. Estas curaciones que se realizan en general a través de la imposición de manos, gestos, oraciones y sahumados pueden definirse como prácticas de la medicina tradicional vinculadas a una espiritualidad andina (Menéndez, 2003; Ramírez Hita, 2010). En palabras de Ramírez Hita (2010), se considera que existen fuerzas procedentes de la tierra y fuerzas del cielo que influyen en la salud de las personas. Como veremos en los siguientes apartados, los modos de cuidado de la salud son heterogéneos y se articulan de diferentes modos.

6.2.1 Propiciando diálogos. Otros modos de cuidar la salud

Durante el año 2019, realizamos un taller sobre plantas y cuidados de la salud con mujeres de la extensión del San Cayetano, en el marco del proyecto de extensión universitaria titulado “Territorialidad y prácticas socioculturales en contextos de alterización y subalternización en Cerro Solo, Comodoro Rivadavia”. Este proyecto tenía como finalidad poner en valor prácticas socioculturales en la extensión del San Cayetano contando con diferentes instancias. Se trabajó en talleres con niños del barrio sobre historia oral y migraciones, a cargo de Andrea Gago y otras compañeras de la universidad, así como en talleres de cocina con Peregrino Escobar, referente de la asociación civil Tinkunaku y el espacio cultural “El Rincón Cultural”. A partir de los vínculos que fuimos construyendo con algunas mujeres del barrio, junto a Brígida nos pareció importante construir un espacio de intercambio entre vecinas y efectores de salud sobre prácticas de cuidado de la salud y plantas curativas. Para ello invitamos a las trabajadoras comunitarias y a las mujeres migrantes que habíamos conocido en el barrio. Desarrollamos un taller de dos encuentros que estuvo orientado a resignificar prácticas ya existentes en la comunidad, tal como el cultivo de plantas medicinales. Se

buscó el intercambio de conocimientos y experiencias. Allí participaron mujeres del barrio, agentes de salud, estudiantes y miembros de la Facultad de Humanidades y Ciencias Sociales de la UNPSJB.

Teresa facilitó el patio de su casa para los encuentros y nos puso en contacto con María, que maneja la alarma de la zona desde su casa, para alertar del encuentro a las 16:00. Cuando llegamos a la casa de Teresa, en el primer encuentro, estaban solo sus hijos, quienes nos abrieron el portón. Sabina, prima y vecina de Teresa, a quien había conocido en las visitas domiciliarias, se acercó y nos ayudó con la organización de la mesa y sillas en el patio, mientras se acercaban otras vecinas. En paralelo al encuentro que habíamos programado, también se estaba convocando a los niños del barrio para un taller en la calle, por lo que también algunas mujeres se acercaban con sus hijos. Sabina tiene 27 años, es quechua hablante y proveniente de Punata. Vive frente a la casa de Teresa con su marido y dos hijos, de 2 y 5 años. Del encuentro también participan Justina, Juana, Herminia, Karina y Janet, vecinas del barrio; Guillermina, Leticia, Liliana y Brígida, compañeras de la universidad. A los cinco minutos de iniciado el encuentro llegan Natalia y Graciela, trabajadoras comunitarias del CAPS San Cayetano. Los encuentros transcurren de modo espontáneo, con una programación no estructurada, a través de intercambios verbales y alrededor de una mesa, donde se comparten galletas y tortas fritas. Graciela luego de saludar a las mujeres del barrio, bromea diciendo que esta vez “no vienen a pedir libretas sanitarias las doctorcitas”, mientras se ríen. Sabina aprovecha a decirle que después le tiene que pedir un turno y pregunta por “la doctorcita Diana”, trabajadora comunitaria que cumplía tareas desde hace varios años en el sector y fue trasladada a otro CAPS. Liliana comenzó hablando de una planta que había llevado, el cedrón y sus propiedades para aliviar el malestar estomacal. Janet dice que ella también usa el paico que es bueno para el dolor de panza y los piojos. Nos cuenta que ella tiene un libro sobre plantas donde busca por planta y sus propiedades curativas. Posteriormente comenta que es un libro, tipo enciclopedia con imágenes, que compró a vendedores ambulantes. Nombran otras plantas, como “loco loco” y “amor seco”. Janet también es joven, tiene 28 años, es de Punata y migró con su marido e hijo hace 10 años. En Comodoro tuvo a su segundo hijo que tiene 9 años.

En la charla se habla de la planta de coca y el té de coca, que también sirve para el dolor de panza y de garganta, según comenta Sabina. Cuenta Janet que solo los

varones coquean, en el trabajo o en la noche, y algunas abuelitas. Dice que saca el sueño y el hambre. Explica que se acuerda de todo eso, de cuando vivía en el campo, en Punata. Herminia habla de la “muña”. Ella es una de las mujeres más grandes del grupo, solo habla quechua pero entiende el español. Janet traduce lo que dice Herminia, dice que la “muña” es como el orégano y sirve para el mal aliento. Explica: “En el campo como no hay hospitales, medicamentos, esas plantas usamos”.



Ilustración 31 – Fotografía. Encuentro en la casa de Teresa. Tomada por Guillermina Oviedo (2019).

Guillermina pregunta por una pasta negra que se mastica junto a la coca y Juana habla de la “iusta”, que es para que la coca largue el jugo y no sea tan amarga, al igual que el bicarbonato de sodio, que explica se puede consumir junto a la coca. Cada tanto suceden varias conversaciones en simultáneo o los niños ingresan y toman la atención de algunos de nosotros. Juana habla de la “quilla quilla” con ají y comenta que en su casa tiene plantado, eso y flores. También habla de la ruda, que muchos toman en el desayuno dice. Sabina cuenta que también sirve para sacar “la maldad, las malas energías”. Se hierva y con el agua se limpia el piso o a las personas.

Hablan del carnaval. Dicen que este año se hizo en calle Andrade. Allí hubo fiesta y se hizo carrera de niños. Janet dice que su hijo ganó una carrera y le dieron 200 pesos. Herminia dice en quechua que el día del carnaval estuvo hasta tarde de fiesta, lo

que Janet traduce. Graciela, que hasta el momento permanecía callada y escuchando atenta, comenta que siempre alguien le traduce a Herminia. Comenta que ellas cuando hacen las visitas le hablan y Herminia responde en quechua. Sabina dice que entre ellas hablan quechua, pero que a su pareja no le gusta que hable y que cuando ella lo hace él le dice “háblame bien”.

En este encuentro se reiteran las percepciones negativas sobre curanderos y curanderas de la que nos hablaba Mercedes. Cuando hablamos de la cura del empacho o el susto, si bien muchas acuden a estas prácticas de sanación, reconocen que hay personas dentro de la misma comunidad, paisanos, que hablan mal de ellos, “o les tienen miedo que hagan algún mal”, explica Sabina. Ella hace la distinción entre “personas que saben curar” y “curanderos”. Las primeras solo se dedicarían a sanar algunos padecimientos, en cambio los curanderos usan yerbas, tiran las cartas o “leen la suerte” con hojas de coca. Las mujeres también dan cuenta de saberes para la curación que pueden realizarse sin acudir a otras personas. Sabina explica que para curar el empacho hay que hacerse una cruz de sal en la palma de la mano y comerla o hacérsela comer al niño empachado. Lo mismo explica que hay que hacer para el “deseo”, que es cuando una mujer está embarazada y tiene un antojo. Si no quiere que el niño salga marcado, debe hacer lo mismo pero con una cruz de azúcar.

Cuando Sabina comenta sobre el susto explica que se tiene que llamar al bebé por su nombre y con la ropa del bebé en las manos. Luego hay que acostar al niño sobre su propia ropa. Herminia comenta algo en quechua. Janet traduce que lo mismo se puede hacer con un huevo para curar el susto. Si el niño está empachado se le pasa un huevo por todo el cuerpo y luego se lo rompe en un vaso con agua para quitarle el malestar. Sabina comenta que su hijo estuvo muy mal hace unos años, con susto. Lo llevó a una mujer que sabe curar en el barrio Abasolo. “Ella le dio unos golpes en la espalda e hizo unos rezos”, comenta. Primero lo había llevado al médico, pero le decían que no tenía nada. Cuando lo llevó a la mujer que cura, comenta que le decía que como lo había dejado estar tanto tiempo, ya que el niño estaba muy mal. Dice que el arrebató le da cuando se le pega mucho a los niños o se asustan. Cuenta que después dejó de pegarle al niño. Cuando le preguntamos si esta mujer es curandera comenta que no, sabe curar niños, que con solo mirar a los ojos ya sabe que tienen.

Esto es algo que las mujeres no cuentan al personal de salud y son saberes que circulan en la comunidad, así como la información sobre a qué lugares acudir cuando se necesita un médico. Juana comenta que al centro de salud municipal del Moure no van, “porque no quieren atender a las paisanas. Hay mucha discriminación”, explica, por lo que eligen acudir al CAPS, donde además tienen vínculo con las trabajadoras comunitarias, las doctorcitas. Luego de que se retiran las trabajadoras comunitarias, Brígida pregunta si con los médicos hablan del tema de las plantas y las infusiones. “No les decimos nada”, explica Sabina mientras se ríe. Janet comenta “¿Para qué te estas intoxicando?”, eso nos van a decir. ‘Si sabés de las yerbas, andá a curarte vos sola’, tal vez te va a decir”. En este sentido, existe un registro sobre la subalternización en el campo de la biomedicina por parte de las mujeres, donde determinadas prácticas y saberes se ven amenazados ante el saber médico.

Es a partir de la relación con efectores de salud y paisanas que las mujeres adquieren aprendizajes sobre los modos de llevar adelante algunos padecimientos, evaluando diagnósticos presuntivos y posibles tratamientos. La toma de decisiones sobre las prácticas a las cuales acudir para diagnósticos y tratamientos están basadas en las memorias y las experiencias previas. Así, como explica Menéndez (1994, 2003), existe una articulación entre diferentes modos de atención a la salud, que no se dan sin conflicto y relaciones de subalternización, que en este caso van desde la autoatención, el acudir a paisanas que saben curar o al sistema biomédico de salud.

En un encuentro con Jacinta, a quien conocimos en las visitas que realizaba Danila, ella nos comenta sobre otra “paisana que sabe curar”. Jacinta es de una zona rural de Sucre, su lengua materna es el quechua, es de tez morena, tiene el cabello negro, lacio y largo que usa atado. Vive con su pareja, trabajador de la construcción y cuatro hijos. En una de las visitas que realizamos en marzo de 2018 con Brígida a la casa de Jacinta, ella nos comenta que viven en Comodoro hace cinco años, pero que previamente vivieron en Gaiman, Chubut, trabajando en la cosecha en una chacra, pero como no ganaban mucho dinero regresaron a Sucre dos años y en 2013 migraron a Comodoro, donde vive la familia de su marido. Jacinta habla español con dificultad, lengua que aprendió en la escuela rural de Sucre y que dejó en su cuarto grado. Nos explica que ahora solo habla quechua con su marido y paisanas, ya que a los niños les hablan en español.

Jacinta recuerda sus cuatro partos “naturales”. A su primera hija la tuvo en Sucre, en un puesto sanitario rural “un centro de salud chiquito, que será como de dos habitaciones”, donde también se hacía los controles de embarazo. En cambio, a sus otros hijos los tuvo en Argentina, dos en Gaiman y el último en Comodoro, siempre en hospitales, referenciando a Diana como “la doctorcita que la visita”. Jacinta comenta que su madre tenía a los partos en su casa, donde a veces su padre la ayudaba. Recuerda particularmente haberla visto sufrir mucho con el parto de su hermano menor. Brígida le pregunta si recuerda la primera vez que tuvo la menstruación, si alguien le explicó algo y ella dice que no, que andaba mucho en bicicleta en ese tiempo y que “le vino sangre”. Posteriormente, la mamá le contó que venía todos los meses, pero no le explicaron que podía quedar embarazada ya que solo tenía 11 años. Le pregunto si su mamá se cuidaba de alguna manera para no tener hijos, a lo que responde que no, “dejaba los que vinieran no más”. Recuerda que una tía en Bolivia le había hablado de la “planta Santa Cruz” que si la tomabas no tenías hijos. Ella comenta que a los métodos anticonceptivos los conoció acá en Argentina, “de grande”. Se quería hacer operar, nos dice. Intenta recordar una palabra “cómo se llama...”. “Ligadura de trompas”, le decimos; “eso”, nos responde. Se quiere hacer la operación porque no quiere tener más hijos, pero una paisana, Isabela, se la hizo y se enfermó, por lo que está dudando. Le pregunto si actualmente está usando algún método anticonceptivo y nos dice que se pone la inyección en el centro de salud todos los meses. “A veces hay y a otras tiene que comprarla”, comenta. Brígida le pregunta quién le recomendó la inyección; “la doctorcita Graciela, del hospital”, dice, una médica ginecóloga.

Brígida le pregunta si ella tiene familia o conocidos acá. Jacinta dice que familia no, pero que su marido tiene mucha familia acá. Le pregunto por una pareja de vecinos a quienes también visita Diana y ella comenta que se enteró que a Augusto le agarraban ataques. “¿Qué tipos de ataque?”, le pregunto. Me dice que se caía al piso y no respondía, quedaba inconsciente. Le contó una vecina que no quería ir al médico y lo curó una curandera, “doña Justa”, nos dice. Es una curandera de Sucre también. Comenta que es buena, que “la otra vez la mandaron a llamar de Buenos Aires”. Le preguntamos si ella va o ha llevado a los nenes y nos dice que solo una vez fue, cuando a su hijo mayor, Axel, lo había mordido un perro, porque había quedado con “anémo”. “¿Anémo?”, le digo. “Sí, anémo, así le decimos cuando está asustado”, responde. Nos

cuenta que vino hasta su casa y con unos “pelos de cabra” e incienso sahumó en el portón y Axel, desde ese día, no tuvo más susto. Cuando le preguntamos por qué se dio lo del susto, comenta que fue porque lo mordió un perro y de ahí quedó asustado, no se podía dormir y se levantaba en la noche o soñaba diciendo “el perro, el perro”. Brígida le pregunta si también cura el mal de ojo y el empacho. Ella dice que sí y que cada uno le paga lo que puede.

Esta serie de prácticas sobre la salud dan cuenta de una perspectiva cosmológica, en tanto relación con lo sagrado. En palabras de Semán (2001: 47), existe una corriente de prácticas y representaciones que comparten el hecho de ser cosmológicas, ya que “presuponen la inmanencia y la superordinación de lo sagrado”. Estas prácticas y representaciones son también holistas y relacionales, “en tanto afirman, al mismo tiempo, un continuum de experiencias que la ideología moderna divide en compartimientos estancos” (Semán, 2001: 47). Estas perspectivas sobre el mundo articulan aquello que se ha denominado como lo natural y lo sobrenatural, donde las personas son parte de una totalidad. Esto se presenta en conflicto con el “modelo médico hegemónico” (Menéndez, 1978), que por sus características jerarquiza saberes biologicistas, individuales y a-históricos.

Para este grupo de mujeres en los cuidados sobre la salud se articulan una serie de prácticas y experiencias vinculadas a la relación con lo sagrado, personas que saben curar, explicaciones que exceden la lógica biomédica y aquellas propias del sistema público de salud. Así, observamos modos de cuidar la salud a través de plantas, infusiones, rezos, sahumos, en la relación con personas que saben curar y prácticas de sanación que algunas personas de la propia comunidad desestiman. En este sentido, para algunas mujeres la explicación de algunos malestares y su sanación se da a través de la relación con el alma, la Pachamama, el diablo, el mal y Dios, como entidades que hacen parte del mundo y tienen efectos en él. Esto implica una serie de causalidades que exceden a aquellas que da la explicación biomédica, biologicista, que como explican las mujeres desconocen estos modos de curar, donde los padecimientos son provocados y sanados por diferentes formas de afectación anímica y/o corporal.

En su trabajo de investigación sobre las características de los procesos de salud, enfermedad y atención en la ciudad de Potosí, Bolivia, Ramírez Hita (2010) explica las particularidades del sistema médico tradicional vinculado con la religión andina. En

palabras de la autora, el origen de las enfermedades puede ser por castigo de los dioses o por un “mal” causado por otra persona o por un espíritu. Los tratamientos consisten en restablecer ese orden deshecho (Ramírez Hita, 2010). En este contexto, es posible identificar diferentes racionalidades en articulación sobre las formas de cuidar la salud, que como observaremos conforman las trayectorias de cuidados.

6.2.2 Parir en casa o en el hospital

En lo que respecta a los partos, en otro encuentro con Lidia, proveniente de Potosí de quien hablamos en el capítulo tres, nos comenta que a su primer hijo lo tuvo sola en su casa. Recuerda que su madre, previamente, le había explicado cómo iba a ser el momento previo al parto y cómo tenía que dar a luz. “Hay que caminar, caminar no más...”, nos dice. Y nos explica mientras se agacha, se pone en posición de cuclillas, “así tenemos allá”. Nos explica que “acá no dejan caminar” y recuerda un tanto enojada que cuando tuvo a su primera hija en Comodoro la ataron a la camilla para parir. También recuerda que “allá en Bolivia” los médicos las dejan caminar y algunos “saben hablar quechua”, lo cual hace más fácil la comunicación.

Los recuerdos traumáticos en las experiencias de parto se inscriben en una lógica biomédica, en la que se naturalizan prácticas que son violentas para con las mujeres. Estos eventos obstétricos medicalizados y patologizados han sido estudiados como fenómenos que hacen parte de la violencia obstétrica (Villegas Poljak, 2009), en tanto expresan un trato jerárquico deshumanizador trayendo consigo pérdida de autonomía y capacidad de decidir libremente sobre sus cuerpos y sexualidad, impactando negativamente en la calidad de vida de las mujeres. En palabras de Camacaro Cuevas (2009), existen dos ocurrencias históricas que han impactado en la vida reproductiva de las mujeres. La primera fue cuando la atención médico-obstétrica trastocó los protagonismos, pasando de manos de las parteras a manos de profesionales de la salud; la otra y concomitante fue cuando se trasladan los partos del hogar a los hospitales, concibiendo a estos como el espacio que certifica seguridad para las madres, sus hijos e hijas. Estas ocurrencias fueron posibilitadas gracias a la “indiscutible verdad” de la ciencia y el saber médico (Camacaro Cuevas, 2009).

En este contexto, el hecho de atar a las mujeres en el parto, posicionarlas de manera horizontal y no brindarles información adecuada que posibilite la toma de

decisiones, son parte de la desautorización de las mujeres sobre sus procesos reproductivos que se acentúan por el desentendimiento y un trato jerárquico en el sistema público de salud. Como venimos observando para trabajadores de salud, sobre todo, del Hospital Regional los procesos de parto son identificados como los momentos de mayor conflictividad con las mujeres migrantes. Aquí, algunas mujeres recuperan memorias sobre otros modos de parir, que no son escuchadas por parte del personal médico. Baeza (2013), en su trabajo sobre las experiencias de parto de mujeres migrantes provenientes de Bolivia en la ciudad, da cuenta de las memorias que se recuperan sobre el parto indígena-rural. El momento de parir se concibe como un asunto doméstico e íntimo, en el cual se involucra la unidad familiar, donde la mujer puede tomar diferentes posiciones, no necesariamente horizontal. Estas prácticas entran en conflicto en el sistema de salud y producen desentendimientos, llevando a las mujeres a silenciar saberes transmitidos generacionalmente por temor a las resistencias que se podrían generar.

En enero de 2018 tuve la oportunidad de viajar a Punata, donde conocí el pequeño Hospital Manuel Villarroel del municipio de Punata, en el que se encuentra la Casa Materna. Esta es una sala separada del edificio central del hospital construida con fondos de la Agencia de Cooperación Internacional Japonesa⁴⁵. Esta sala se encuentra equipada desde aproximadamente el año 2008 para recibir a mujeres que deciden parir de modo vertical, de rodillas, cuclillas o sentadas. Tomé conocimiento de este espacio a través de una publicación en una revista médica que habían realizado un grupo de profesionales que trabajaban en el hospital, en el que daban cuenta de los beneficios de la posición vertical durante el parto (Franco, Ayllón, Vallejo y Hansen-Day, 2010). Allí, evidencian que las posiciones verticales para la atención del parto conllevan una disminución en la práctica rutinaria de episiotomía y menor incidencia de

⁴⁵ La cooperación internacional se compone a través de las acciones conjuntas entre países para apoyar el desarrollo económico y social de algún Estado o región a través de la financiación de proyectos. Como exponen en su trabajo sobre la cooperación en Bolivia, la Unión Nacional de Instituciones para el Trabajo de Acción Social (2019: 16) “los importantes avances en materia de salud materno infantil (incrementos en los partos institucionalizados, reducción de la mortalidad materno-infantil, desnutrición, etc.), en los primeros años de la década del 2000, reposaban en la financiación de países como España, Canadá y Estados Unidos y de organismos como el Fondo de las Naciones Unidas para la Infancia (UNICEF, por sus siglas en inglés)”. Particularmente estos recursos destinados desde la cooperación internacional en 2003 llegaron a alcanzar el 12 % del PIB del país (UNITAS, 2019). En este caso la Agencia de Cooperación Internacional de Japón desarrolla proyectos en Bolivia, donde tiene como misión “trabajar por la seguridad humana y por el crecimiento de calidad”. Disponible en: <https://www.jica.go.jp/spanish/about/mission.html>

complicaciones hemorrágico infecciosas. Asimismo, demarcan que estas prácticas respetan “la cultura y costumbres de las pacientes y sus familiares”, donde pueden sentirse cómodas permitiendo mejorar el acercamiento entre personal de salud y mujeres en proceso de parto (Franco et al., 2010).

En mi visita a la Casa Materna, interesado por conocer su funcionamiento, tuve un encuentro con Manuel, médico clínico del hospital, quien me muestra el espacio y comenta sobre el proyecto del cual depende. Este es un programa iniciado por una organización no gubernamental. Manuel recuerda que fue una mujer estadounidense la que tuvo la iniciativa, en colaboración de la cooperación japonesa. Ante las dificultades que encontraban en el hospital, donde muchas mujeres de zonas rurales preferían quedarse en sus casas en el momento del parto, se diseñó este espacio, para evitar la mortalidad materno-infantil. Manuel me lleva a conocer el lugar que está cerrado y actualmente fuera de funcionamiento. En la puerta del edificio hay un letrero que lo identifica “Casa Materna” y abajo en letras más pequeñas se lee su traducción en quechua “*Wachacuna wasi*”. Dice que funcionó pocos años, ya que hubo muchas resistencias por parte de médicos y médicas, que apelaban al riesgo que implicaba el parto en esas condiciones, a la falta de higiene y lo incómodo que resulta para ellos y ellas. “Pero, ¿quién tiene que estar más cómodo la paciente o el médico?”, se pregunta de modo retórico Manuel. Me comenta que ahora solo hay una médica ginecóloga que a veces trae pacientes, pero el resto son todas atendidas en “sala quirúrgica”. Destaca, decepcionado, que no hay incentivo ni capacitaciones desde la política de sanitarias para que el personal de salud se sienta comprometido con estas prácticas.

La Casa Materna tiene un espacio en planta baja para la atención de partos y en el piso superior habitaciones para las familias que acompañan a las mujeres. La sala cuenta con mobiliario a través del cual las mujeres pueden ser asistidas en el parto vertical, en cuclillas, de rodillas o sentadas. Cuenta con una colchoneta, una camilla reclinable, bancos y una estructura de metal para poder sostenerse en el proceso de parto. Asimismo, en una habitación contigua se encuentra una pequeña cocina que, según comenta Manuel, estaba pensado que la familia pueda prepararle comida e infusiones calientes a la mujer en proceso de parto. También, el espacio tiene una salida a un patio de tierra, donde me explica que las familias podían plantar la placenta o preparar sahumos. Me muestra una carpeta tipo álbum con fotografías de la

inauguración del espacio y algunos partos en el lugar. En algunas fotos pueden verse a mujeres junto a sus familiares, sus hijos e hijas recién nacidos.



Ilustración 32 – Fotografías de la Casa Materna en el Hospital Manuel Villarroel del municipio de Punata, Cochabamba, Bolivia (2018).

Este espacio funcionó en la localidad de Punata como iniciativa de algunas personas en vinculación con organizaciones no gubernamentales y de cooperación internacional. Aquí se identificó una problemática vinculada a la atención de partos hospitalizados en la relación con mujeres, principalmente quechuas quienes no acuden al centro hospitalario en momentos de parto por preferir otros modos de parir sin intervención quirúrgica o biomédica. En este sentido, observamos que esta es una problemática que se extiende en el proceso migratorio donde, si bien no hemos conocido la existencia de partos en domicilios, pueden observarse dificultades en la comunicación con personal de salud y la recuperación de prácticas y memorias sobre el parto que son desestimadas en la institución hospitalaria. A pesar de la existencia en Argentina de la Ley Nacional “Derechos de padres e hijos durante el proceso de nacimiento”⁴⁶, conocida como la Ley de Parto Humanizado o Respetado (Ley 25.929), promulgada en el año 2004 y reglamentada en el año 2015, aún persisten dificultades en su implementación.

Los eventos traumáticos sobre el parto en Comodoro suelen repetirse en los relatos de las mujeres. Lo cual venimos observando en el caso Yeni, quien decide parir

⁴⁶ Esta ley promueve los derechos de las madres, padres e hijos durante el embarazo, parto y postparto, tanto en el ámbito privado como público. Garantiza que se brinde información suficiente y comprensible a las mujeres durante todo el proceso y de todas las intervenciones; sean tratadas con respeto, intimidad y considerando sus pautas culturales; se respeten los tiempos biológicos y psicológicos; las mujeres puedan estar acompañadas por una persona de su confianza; y que los padres estén con su hijo mientras permanezcan en la institución de salud (Barria Oyarzo y Rivera Leinecker, 2016).

en el baño del hospital ante la posibilidad de una cesárea, el caso de Teresa a quien le comunican la muerte de su hija que finalmente nace por cesárea, los recuerdos de Jacinta y de Lidia. Aquí podemos observar dificultades vinculadas a la comunicación que se torna conflictiva con el personal médico. Pero también, en algunos casos, se ponen en tensión diferentes formas de parir y recuerdos sobre el parto en las zonas rurales. Hay saberes sobre el parto que son transmitidos a las mujeres por parte de las madres, otras referentes adultas o en ocasiones recordados por las mismas en su propia experiencia. Como observamos en el capítulo uno, esto es algo destacable para efectores y efectoras de salud, donde identifican a las bolivianas como sumisas, calladas, con otra cultura y con quienes no se entienden.

6.2.3 Trayectorias de cuidados. Resistencias y silencios

Las prácticas de cuidado descritas son, en general, puestas en tensión con aquellas que buscan promover las efectoras del sistema de salud. Como observamos en capítulos previos, en la mayoría de los encuentros la utilización de plantas medicinales o la existencia de otro tipo de cuidados de la salud son desacreditadas o contraindicadas por médicas y trabajadoras comunitarias. Ante estas situaciones, las mujeres van construyendo aquello que puede ser dicho o mostrado ante efectores de salud. La proscripción médica no desalienta a las mujeres a continuar con estas prácticas de cuidado, sino que lleva a silenciar estos saberes y reservarlos a los espacios domésticos y comunitarios en la interacción con paisanas. Es en general en los primeros encuentros, entre trabajadoras comunitarias y migrantes, que se dan estas tensiones, donde las mujeres explicitan otras prácticas de cuidado, no biomédicas. Ante las contraindicaciones, las migrantes agencian su posibilidad de silenciar y complementar con diferentes prácticas en su relación entre paisanas, trabajadoras comunitarias y otros efectores de salud. A pesar de ello, también observamos que a partir de la construcción de vínculos de confianza y escucha activa, cuando existe un interés por comprender otras experiencias de cuidado, las trabajadoras comunitarias pueden acceder a aquello que no se cuenta a los médicos. Asimismo, en algunos casos las migrantes negocian con las trabajadoras comunitarias el acceso a turnos especiales o deciden alterar abiertamente el control sanitario a través de la búsqueda activa por evitar la intervención sanitaria o silenciando prácticas de cuidado.

A partir de las experiencias de vida, las relaciones con agentes del sistema de salud, vínculos familiares y comunitarios, las mujeres van conformando “itinerarios terapéuticos” (Perdiguero-Gil, 2006; Lamarque y Moro Gutiérrez, 2020), o lo que podríamos denominar como trayectorias de cuidados, en tanto aquellos recorridos que se acompañan de una serie de elecciones personales o grupales que determinan la conjugación o exclusión de prácticas y saberes en función de resultados esperados para el sostenimiento de la vida. Así, las mujeres en la interacción con referentes de la comunidad, “paisanas”, vecinas, familiares y “doctorcitas”, trabajadoras comunitarias, médicas y médicas van configurando formas particulares de cuidado de su salud, la de su familia, sus hijos e hijas en un contexto donde coexisten racionalidades biomédicas y cosmológicas.

En este contexto se evidencian diferentes instancias asistenciales y terapéuticas, lo cual algunos autores han denominado como “pluralismo médico” (Perdiguero-Gil, 2004). Por su parte, Menéndez (1992) postula tres grandes modelos que coexisten en nuestras sociedades: el modelo médico hegemónico, el modelo médico alternativo subordinado y el modelo médico basado en la autoatención. Como explica el autor, el papel de cada modo de atención no se define a priori, sino a través de las consecuencias de sus saberes en las condiciones de salud y de vida de las personas. Sin embargo, también es necesario tener en cuenta que las articulaciones de diferentes saberes que se desarrollan a través de dinámicas transaccionales casi siempre están inmersas en relaciones de hegemonía/subordinación y se dan a nivel consiente pero también no consiente (Menéndez, 2004; Ramírez Hita, 2010). Así, las trayectorias de cuidados se conforman por todas aquellas acciones determinadas por elecciones personales o grupales sobre la articulación de diferentes prácticas y saberes para el sostenimiento de la vida en un contexto donde existen múltiples formas de desigualdad.

En su estudio sobre la implementación de un programa de salud con comunidades aguarunas de la selva amazónica en Perú, Abad González (2004) expone que hay una coexistencia de la medicina occidental o académica y otras formas terapéuticas, que en general quedan solapadas por la primera. La autora da cuenta de situaciones que deterioran los intentos de hacer factible una aceptación y coexistencia de la biomedicina con otras formas de atención. En este caso, se observa una coexistencia de diferentes perspectivas sobre el cuidado y el sostenimiento de la salud.

En la misma línea de indagación, en un estudio realizado en la ciudad de Córdoba, Argentina, Aizenberg y Baeza (2017) dan cuenta del modo en que las mujeres, particularmente en procesos reproductivos, optan por recuperar saberes y prácticas del “mundo andino” que se constituyen como alternativas para evitar el uso de servicios sanitarios o combinarlos con estos, acudiendo a redes de reciprocidad familiares y comunitarias.

Las mujeres migrantes evitan el conflicto con trabajadoras comunitarias, médicas y médicos, silenciando saberes y prácticas no biomédicas de sostenimiento de la salud. Así, las mujeres identifican una serie de padecimientos que médicos y médicas no saben curar o desestiman, para lo cual es necesario recurrir a prácticas de autoatención o curación con miembros de referencia de la comunidad. En este sentido, el silencio de estas mujeres para con algunos efectores de salud es una forma de resistencia ante la imposición de modos de comprender la salud y los padecimientos.

Brígida Baeza (2013) ha dado cuenta de los silencios, comprendidos por agentes de salud como “características culturales, del lenguaje y/o personales”, que son en general el resguardo de saberes transmitidos generacionalmente por temor a las resistencias que podrían generar. Por su parte, Carreño Calderón (2018) propone que los silencios se presentan como formas sutiles de desestabilizar mecanismos de dominación, que en este caso permiten a las migrantes complementar prácticas del cuidado, de su salud y la de su familia. Los conocimientos médicos del “mundo andino”, resignificados en contextos de relacionalidad, coexisten diariamente con los provenientes del sistema de salud público, complementarios en el contexto migratorio.

En palabras de Le Breton (1997), los sentidos del silencio dependerán siempre del contexto en el que se produzca, pudiendo manifestarse como oposición, resistencia frente a alguien o una situación. En este caso el silencio, que efectoras de salud interpretan como una característica de las mujeres “calladas” o “sumisas”, se vincula con una resistencia a hablar, con los desentendimientos en la interacción y con una concepción particular sobre los cuidados en salud que no se corresponde con las del modelo biomédico. Los silencios y tácticas que mujeres migrantes agencian en el encuentro con efectoras de salud dan cuenta de un modo particular de resistencia al poder disciplinador, que pueden ser, como expone Scott (1985), cotidianas, pequeñas, silenciosas o dramáticas autodefensas. Así, los silencios se presentan como una forma

de insubordinación que, en palabras de Scott (1985: 44), podrían denominarse parte de la “infrapolítica de los desvalidos”, en tanto modos de resistencias discretas que recurren a formas de expresión indirectas, en oposición a la política formal de las elites, de los testimonios escritos y la acción pública. Es a partir del encuentro con otras mujeres, “paisanas”, que las migrantes reconstruyen memorias del modo de sostener la salud, comparten saberes y prácticas sobre autocuidados, curaciones y el modelo biomédico.

Como plantea Ortner (2016), la resistencia es una categoría que pone sobre relieve la presencia y el funcionamiento del poder. En este sentido, es necesario reconocer de modo contextual su producción. Como venimos observando en las prácticas y relatos de Teresa y las mujeres migrantes, se hacen visibles las relaciones atravesadas por lógicas coloniales, patriarcales y aquellas propias de la biomedicina. Ante los intentos de control e imposición de modos de cuidado diferentes a aquellos que conciben las mujeres migrantes que se articulan diferentes modos de resistencia al poder disciplinador. Como expone Ortner (2016: 174): “El poder y la subordinación del otro están siempre al servicio del algún proyecto, la resistencia también lo está; toda la dialéctica dominación/resistencia tienen sentido si se la entiende como el choque entre los proyectos de las personas, sus objetos, deseos e intenciones constituidas culturalmente”.

Efectores de salud, en representación de la política sanitaria buscan imponer modos de cuidado deseados a las mujeres migrantes provenientes de zonas rurales de Bolivia, que se apartan de él, a través de diferentes estrategias y dispositivos. Las mujeres migrantes en el “entre”, en el habitar entre diferentes modos de vincularse y producir cuidados, entre doctorcitas, paisanas, varones de la propia comunidad y argentinos, construyen tácticas de resistencia ante el poder biomédico. En algunos casos las experiencias traumáticas y de desentendimiento, como observamos en las intervenciones quirúrgicas de Teresa, constituyen fundamentos para evitar la atención biomédica ligada al sufrimiento. Es en la alianza estratégica con algunas mujeres, en el intercambio de saberes, pero también en el silenciamiento de prácticas que se disputa el poder biomédica y en algunos casos el poder patriarcal y colonial. Si bien esta no toma la forma de una resistencia organizada, puede reconocerse como un modo de resistencia

que se teje de modo espontáneo y silencioso en el estar entre mujeres y miembros de la comunidad.

Como explica Ortner (2016), la agencia de los sujetos no existe desvinculada de la construcción cultural, por lo cual será necesario comprenderla siempre atravesada por las particularidades del género, la generación, la clase, la escolaridad, la nacionalidad, entre otras variables. Así, podemos observar modos de resistencia más “dramáticos”, como el de Yeni —una mujer migrante joven, escolarizada en Argentina, que decide parir en el baño del hospital y de quien hablamos en el capítulo cinco— u otros modos de resistencia “más pequeños”, como lo es el silenciamiento cotidiano de las mujeres punateñas quechuahablantes ante algunos efectores de salud. En este sentido, estas resistencias muchas veces no se manifiestan por una oposición declarada, sino que se producen a través de creativos modos de negociar con las lógicas de control y contrarrestarlas.

Por otro lado, como explica Mahmood (2001), la agencia no debe ser pensada como sinónimo de resistencia a las relaciones de dominación, sino como una capacidad de acciones que son habilitadas y creadas en las relaciones históricamente específicas de subordinación. Retomando esta perspectiva, en su trabajo etnográfico, Kunin (2019) da cuenta de prácticas de cuidado que pueden ser una forma agéntica que no necesariamente buscan subvertir relaciones de poder, ni pretenden una autonomía individual como tienden a enfatizar perspectivas feministas liberales. Así, la capacidad de agencia debe ser comprendida en términos relacionales y situados. En este sentido, comprender la posicionalidad de estas mujeres en términos “translocacionales” (Anthias, 2012) nos permite dar cuenta de las posiciones y resultados producidos a través de intersecciones entre diferentes estructuras y procesos sociales. De este modo, las trayectorias de cuidados de este grupo de mujeres dependerán siempre de las voluntades, motivaciones, deseos, compromisos y decisiones en contextos sociales específicos de producción, donde se evalúan posibilidades de hacer en tiempos y espacios particulares. De esta manera, en algunos momentos, las mujeres deciden contrarrestar deliberadamente prácticas del poder biomédico y, en otros, se toman decisiones sobre el cuidado en la interacción con efectores de salud, con paisanas y particularmente en relación con la propia comunidad de referencia.

6.3 Prácticas de cuidado comunitario. Padrinazgos y redes de sostenimiento de la vida

En este apartado, me interesa detenerme en aquellas relaciones de paisanazgo y comunalidad que son centrales para el sostenimiento de la vida. Así, se hace necesario reconocer un modo de organización de cuidados que no solo es reactivo al impuesto por el sistema de salud, sino un modo particular de comprender el mundo y los vínculos. Desde una perspectiva amplia del cuidado, las relaciones sociales son constitutivas del sostenimiento de la vida y son parte de lo que Fisher y Tronto (1990) denominan como actividades que comprenden lo que hacemos para mantener, perpetuar y reparar nuestro mundo, buscando vivir lo mejor posible, en términos de las propias personas. Como explica Comas d'Argemir (2014), la dependencia nos afecta a todas las personas, como un universal, por lo cual se hace necesario profundizar la reflexión sobre los modos en que se construyen cuidados particularmente en lo comunitario. En este contexto, los vínculos a través de la ritualidad cobran un relieve particular.

6.3.1 Relacionalidad y prácticas de sacralización

Como observamos previamente, Teresa le atribuye al bautismo religioso una cualidad de cuidado en relación con la espiritualidad y los vínculos con otros a través de la celebración. El bautismo, como un rito de iniciación, que en palabras de Teresa está vinculado a la eliminación del demonio, representa para la tradición católica el ingreso de una persona a la comunidad de los cristianos, a través de la cual se purifica del pecado original. Este es un sacramento del cristianismo que remite a la purificación y el ingreso al mundo de creyentes, en tanto los niños nacen con “una naturaleza humana caída y manchada por el pecado original”, explica el catecismo de la iglesia católica. Así, “los niños necesitan también el nuevo nacimiento en el Bautismo para ser librados del poder de las tinieblas y ser trasladados al dominio de la libertad de los hijos de Dios [...]. Por tanto, la Iglesia y los padres privarían al niño de la gracia inestimable de ser hijo de Dios si no le administraran el Bautismo poco después de su nacimiento” (Catecismo de la iglesia católica⁴⁷).

⁴⁷ Catecismo de la iglesia católica. Disponible en:
http://www.vatican.va/archive/catechism_sp/p2s2c1a1_sp.html

Teresa y sus paisanos acuden para las celebraciones religiosas a la iglesia católica del barrio San Cayetano. Como afirma Teresa, estas prácticas que sostenían en Punata, se acentuaron en Comodoro, por las nuevas posibilidades de acceso económico. Además de la orientación religiosa de este rito de iniciación, aquí adquiere vital importancia la relación con otros paisanos, quienes en el festejo ofrecen dinero a la familia, en el “corte de pelo” que es parte de la práctica, pero se realiza en el hogar de cada familia luego de la celebración en la iglesia. Así, el bautismo y corte de pelo se sostiene como una práctica de cuidado espiritual y un ingreso a la comunidad y familia ampliada, quienes retribuyen al niño y su familia con dinero. En su estudio sobre el corte de pelo —*rutuchiku*⁴⁸— y el bautismo en el mundo andino, Vargas (2015) da cuenta de esta como una práctica ritual típica de las zonas del norte argentino, Bolivia y Perú, pueblos quechuas y aymaras, que data del periodo prehispánico, descrito como un ritual de carácter familiar, que crea relaciones de reciprocidad.

Estas prácticas son parte de lo que algunos autores denominan “religiosidad popular”⁴⁹. En estas existen algunas intersecciones de la tradicional ritualidad religiosa católica y otras prácticas de lo sagrado. Martín (2007) propone la noción de “prácticas de sacralización” para dar cuenta de los diversos modos de hacer sagrado, de inscribir personas, lugares, momentos en una textura diferencial del mundo-habitado. Como observamos previamente, estas perspectivas cosmológicas son parte de la comprensión de algunos padecimientos y sus tratamientos, como el susto, el arrebato, el empacho u otros. Particularmente el primer corte de pelo y bautismo, como explica Vargas (2015), significan la entrada de un individuo como una persona social. Así, estos eventos, en tanto rituales, marcan momentos de transformación social, o fisiológica del individuo y su celebración permite que la persona se vaya readaptando a los nuevos valores y a los nuevos roles impuestos por su grupo social y que él debe asumir. El bautismo implica el ingreso al “mundo de los vivos” y para algunos pueblos andinos su partida “del mundo del más allá” (Vargas, 2015), que para Teresa representa la separación del demonio. Estas prácticas sacralizadas instituyen una serie de vínculos de familiaridad y compadrazgo caracterizados por la reciprocidad.

⁴⁸ *Rutuchiku* es uno de los modos de nominar al “corte de pelo” en la lengua quechua.

⁴⁹ Entendiendo por “sectores populares” a la parte de la población con menor nivel de participación en las categorías de poder, de ingreso y de prestigio definido según los criterios hegemónicos (Martín, 2007: 63)

En su libro sobre la reciprocidad en el mundo indígena andino, De la Torre y Sandoval Peralta (2004) explican que la reciprocidad es una característica especial de la forma de gobierno en la vida andina. En momentos especiales, como casamientos y bautismos, se invita a familiares y amigos, quienes acompañan a quienes previamente los han acompañado en momentos especiales. De este modo “no es un privilegio el ‘aceptar’ una invitación y asistir a una celebración, es una obligación que nace de la necesidad de corresponder a quien previamente ha acompañado en los momentos importantes de cada familia, de atender a quien próximamente acompañará” (De la Torre y Sandoval Peralta, 2004: 23). Estos acompañamientos no solo se dan en momentos de celebración, sino que también están presentes en los momentos de pérdida de un familiar o ser querido. En este sentido, Baeza (2017) ha dado cuenta de las particularidades que adquieren la celebración del “día de los muertos”/“día de todos los santos” y la muerte de familiares y paisanos para un grupo de cochabambinos quechuas en Caleta Olivia. En estos eventos ritualizados, los vínculos con familiares y paisanos se tornan centrales en la preparación del culto y las mesas para la espera de almas de los seres queridos difuntos.

A partir de las relaciones de compadrazgo y padrinzgo, se establecen una serie de relaciones de familiaridad e intercambios que solidifican estos vínculos. Según Teresa el hecho de que una persona rechace la invitación, a apadrinar un niño en el bautismo o a un matrimonio, puede ser visto como un desprecio. Así, en cada celebración eligen y acuerdan quiénes serán los padrinos de los bienes materiales o servicios necesarios para la celebración, como pueden ser la música, la bebida, las fotografías, los arreglos florales y la decoración, quienes deben hacerse cargo de estos gastos. Asimismo, en estos eventos los invitados regalan dinero, electrodomésticos o muebles, lo cual es retratado en fotografías y entregado a la vista de todos los invitados al evento.

Para los casamientos y bautismos también deben acordarse los padrinos generales de la ceremonia. Estos tienen una función especial y de compromiso con sus ahijados, en el acompañamiento del nuevo ciclo que emprenden a través de la ceremonia, vinculada con el inicio de la vida con el bautismo o al inicio de una unidad familiar con el casamiento. Además de estar presentes con regalos materiales al momento de la ceremonia, los padrinos son elegidos por su cualidad moral, como

referentes y guías del niño o la pareja. Como comenta Teresa, los padrinos intervienen cuando hay problemas en las parejas.

En uno de los encuentros con mujeres en la casa de Teresa, Juana comenta que ella está casada hace 40 años. Se casó en Punata. Nos asombramos por el tiempo y una de las mujeres, entre risas, le dice que tiene que pasar la receta. Janet explica: “La mayoría de nosotros duramos mucho tiempo... Poca gente se separa”. Comenta que si las hacen enojar ellas los agarran (haciendo seña de golpe con la mano) y los mandan a dormir, mientras se ríe. Allí explica que los padrinos acuden cuando hay problemas en el matrimonio, “hablan con la pareja y les tienen que hacer caso, ya que para eso los eligieron”. “*Chupachincu* padrino”, dice Juana, a lo que Janet aclara: “Claro, le da chicotazo”, refiriendo a un golpe a modo de disciplinamiento. Janet explica que en los casos que hay violencia “se lo habla y se lo perdona... Siguen saliendo adelante”. Comenta que si ellos conocen a la pareja tratan de hablarles, pero no los incentivan para que se separen, ya que “tienen que seguir juntos por sus hijos”. Esto nos lleva a pensar en las cualidades morales que denota la figura de los padrinos, quienes intervienen en conflictos para el sostenimiento de la organización social, en este caso en las relaciones de pareja.

Como explican De la Torre y Sandoval Peralta (2004), al compadrazgo se le atribuye un poder de redistribuir algo que posee, por lo cual debe ser una persona solvente moral y económicamente. En el caso del padrino de niños, si fuera necesario ante la ausencia de los padres biológicos, estos pueden sustituir su función. En su trabajo de sobre ritualidad andina, Vargas (2015) también explica que los padrinos deben estar disponibles para aconsejar a los ahijados. Así, los compadres esperan consejos de los padrinos y se sienten traicionados cuando no los reciben. Los padres también esperan que los padrinos sirvan de guía en los problemas de comportamiento y ayuden en la toma de decisiones de sus hijos.

Diferentes autores han dado cuenta del compadrazgo como institución social (Mendoza Ontiveros, 2010). El compadrazgo y apadrinamiento se presentan como una institución que adquiere el sentido de “contrato social”, generando un doble vínculo: el padrino y la madrina se vinculan con un ahijado o ahijada; el padre y la madre del ahijado/a se convierten en compadres y comadres de los padrinos y las madrinas, instituyendo un parentesco ritual que incluye el tabú del incesto (Vargas, 2013, 2015).

En palabras de Foster (1953), el compadrazgo en Hispanoamérica funciona como una fuerza integradora y de cohesión a las comunidades al formalizar ciertas relaciones interpersonales, conductas recíprocas en patrones de costumbres, para que el individuo alcance un grado de seguridad económica y espiritual.

En este contexto, las celebraciones de bautismos, cortes de pelo y casamientos forman parte de prácticas de sacralización, rituales, que instituyen familiaridad y solidifican vínculos comunitarios a través de la reciprocidad como principio moral. Como explica Vargas (2015), el corte de pelo simboliza, además del ingreso al mundo de los vivos, la entrada del niño a la vida económica, como persona dueña de bienes productivos a través de las ofrendas a cambio de cabello. El primer corte de pelo es un inicio a los ritos recíprocos, en los cuales se da y se recibe algo al interior del grupo. Estas celebraciones inscriben a los sujetos en una comunidad y dan protección espiritual a través de prácticas de sacralización que se presentan al interior de procesos sociales que adquieren sentidos heterogéneos, produciendo modos de cuidado comunitario. Estas prácticas se producen en la articulación de saberes de la religiosidad católica, de la tradición andina y las memorias que se reactualizan en el contexto migratorio.

Estos vínculos constituidos a través de la reciprocidad podrían ser comprendidos, siguiendo a Carsten (2000), como prácticas relacionales (en inglés *relatedness*), en tanto red de relaciones instituidas más allá de los hechos biológicos y los hechos de sociabilidad. Briones y Ramos (2016) explican que la categoría de relacionalidad nos permite pensar más allá de la división moderna entre lo social y lo biológico, para detenernos en los vínculos construidos en la experiencia de estar relaciones, del “ser juntos”. En este sentido, observamos modos de emparentamiento que toman forma a través los compadrazgos, comadrazgos, padrinzagos y madrinazgos en una comunidad de paisanos en contexto migratorio. Así la construcción familiaridad en este grupo no está instituida únicamente por la paternidad y la maternidad, sino que se funda en una comunidad que se vincula a través de prácticas y experiencias compartidas, en la construcción de un nosotros y en relaciones de reciprocidad, particularmente instauradas a través de prácticas de sacralización.

6.3.2 Sabina, la comunidad y sus tensiones

Sabina, de quien hablamos previamente, es la única punateña que ha atravesado una separación con su pareja que tuvo la oportunidad de conocer. Tuve contacto con ella a partir de 2017, en una de las visitas junto a Diana cuando estaba con una vecina, Elva, tarijeña, quien vive en la zona con su pareja y dos hijos, de 2 años y 8 meses. Cuando llegamos, Diana les dice que están muy lindas vestidas. Sabina tenía un vestido corto floreado y estaba descalza. Elva tenía una remera blanca de modal con detalles dorados, pantalón y unas chatitas. Ambas estaban sentadas sobre bancos en el patio, uno de los pocos cementados de la cuadra, donde Sabina nos invita a sentarnos sacando sillas de su casa. Elva le habla quechua a Sabina. Les pregunto si estaban hablando en quechua y se ríen, asintiendo.

Mientras Diana anota algunos datos de Elva en su planilla, me dedico a charlar con Sabina. Ella habla español sin dificultad, con una tonada porteña, y una de las primeras cosas que me cuenta cuando le pregunto de dónde es, es que vivió dos años en Buenos Aires, antes de venir a Comodoro. Es de Punata y se fue a vivir a Buenos Aires con un hermano cuando tenía 20 años, donde conoció a su primera pareja, punateño y padre de su hijo mayor. Me comenta que cuando se separó, se vino embarazada a trabajar ya que tiene otros dos hermanos que viven en Comodoro. Aquí conoció a su actual pareja, que se dedica a la construcción y remarca que “es argentino, de Jujuy”. Dice que los bolivianos son muy machistas, que les pegan a las mujeres. Me comenta que su marido nunca le levantó la mano, ya que los argentinos respetan a las mujeres.

Sabina parece ser una excepción a la pauta que comenta Janet. En el encuentro en la casa de Teresa, mientras Janet comentaba sobre los vínculos de pareja y padrinzgo, Sabina permanecía callada. Posteriormente al encuentro, cuando las demás mujeres se retiraban, me cuenta con dolor que el hecho de separarse de su primera pareja la llevó a distanciarse de sus hermanos, quienes la dejaron sola cuando tuvo a su hijo.

En otro encuentro con Sabina, me comenta que a su pareja actual no le gusta que hable quechua con sus paisanos y que cuando ella le responde en quechua, él le dice “hablame bien”. Sabina también manifiesta algunos conflictos que tienen en el barrio con “los vecinos de arriba”, unos “argentinos” que viven a unos 30 metros saliendo del Zanjón. Ellos tiran basura frente a su vivienda y cuando ella va a decirles algo se enojan. Me comenta que estos vecinos le quisieron pegar a su pareja diciéndole: “¿Qué

tenés que quemar así? Este no es tu país...”, cuando ella quiso quemar su basura frente a su casa, práctica común en la comunidad y el contexto rural.

La historia de Sabina resulta paradigmática, en tanto ella se posiciona en la intersección de algunos límites físicos y simbólicos que definen algunos grupos y prácticas ligadas con estos. Ella se define como boliviana, punateña, pero en pareja con un “argentino” que, según ella, respetan a las mujeres en contraposición a “los bolivianos”. Su pareja, “argentino”, desprestigia el hecho de que ella sostenga algunas prácticas como el hablar quechua. Al mismo tiempo, Sabina no tiene vínculo con sus hermanos por la separación de su anterior pareja, algo no aceptado para los miembros de la comunidad. Por otro lado, la casa de Sabina se encuentra entre la manzana donde vive la mayoría de los punateños y la zona del barrio donde viven algunos “argentinos”, con quienes tienen algunos problemas ligados con la organización del espacio público, lo cual describimos en el capítulo cuatro. De este modo, en la posición de Sabina se sintetizan una serie de dimensiones propias de la comunidad punateña en el Zanjón.

En la historia de Sabina, así como en la de Teresa, Mercedes y Janet, es posible observar la relación con una comunidad de referencia y adscripción, la comunidad punateña en el Zanjón que, como se expuso, configura una serie de normas, relaciones y parentescos al interior del grupo. Esta comunalidad se constituye en una modalidad de cuidado, en tanto modo de organizar la vida con otros, resolver conflictos y proteger, en términos espirituales, afectivos y materiales, a quienes hacen parte del grupo. Así, se presentan modos particulares de cuidar a las personas a través de prácticas de sacralización, de saberes y prácticas no biomédicas sobre los padecimientos — memorias sobre el parto, modos de autoatención de la salud y resistencias a algunas prácticas biomédicas— que se comparten en los vínculos entre mujeres. Sin embargo también se reconocen las relaciones de poder que se configuran al interior del grupo, así como otras adscripciones identitarias que se ponen en juego.

Como venimos observando desde la trayectoria de Teresa, la relación con algunas agentes estatales, como la policía, se torna violenta en un episodio que relata, en el que portaba a su hijo en el awayo. Estas prácticas de porteo, distinguibles en las mujeres migrantes, se vuelven conflictivas en el espacio público y se reproducen al interior de los grupos familiares, lo cual observamos cuando en la prohibición del uso del awayo en la calle, por parte del hermano de Teresa, apelando a términos despectivos

y de nacionalidad. Este tipo de violencias que buscan invisibilizar las marcaciones étnicas en el espacio público, son también distinguibles en la relación de Sabina con su pareja, quien concibe como reprochable el hecho de que ella hable quechua. Estas acciones violentas se inscriben en lo que Segato (2016) nomina como lógicas patriarcales de un orden moderno-colonial, en el que se figuran relaciones jerárquicas de poder y subordinación de las mujeres. En este caso operando para el borramiento de prácticas que no son deseables para el mundo moderno, particularmente en el espacio público, monopolio de las masculinidades.

Las mujeres reconocen en los padrinos de casamiento figuras centrales para la resolución de situaciones de violencia al interior de las parejas. “Cuando un hombre levanta la mano a una mujer tiene que intervenir el padrino” explicaba Teresa. Aquí es posible observar un modo de resolución de la conflictiva al interior de la propia comunidad, donde los padrinos varones deben restablecer el orden y todas las partes deben evitar la separación de la pareja y primar el bienestar de la familia como compartía Janet. Esto es algo que, como expusimos, Sabina no pudo evitar, por lo cual queda excluida de algunos vínculos con miembros de la comunidad, su familia extensa, quienes no aceptaron el hecho de que se haya separado de su primer marido. Estas lógicas de comunalidad buscan sostener los vínculos de reciprocidad y “contrato social” (Vargas, 2015) al interior del grupo. Sabina vive con dolor el desprecio de sus hermanos y de algún modo queda con escasa red de vínculos para el sostenimiento de la vida. Son algunas mujeres de la comunidad quienes siguen compartiendo con ella algunos momentos. Estas lógicas podrían inscribirse en lo que Segato (2016) denomina como “patriarcado de baja intensidad o bajo impacto” en la vida comunal, que es intervenido por el proceso colonial, produciendo en algunos casos una masculinidad que, en términos de la autora, se presenta como bisagra con el mundo moderno-colonial, que produce una vulnerabilidad acentuada para las mujeres.

Como visibiliza Teresa, Sabina y algunas efectoras de salud, existen varias situaciones de violencia, de parte de los varones de la comunidad hacia sus parejas. Sabina asocia esto a la nacionalidad, demarcando que los argentinos no son violentos. Una explicación posible para la acrecentamiento de la violencia por razones de género es, como demarca Segato (2015), el pasaje de una vida comunal al de la modernidad-colonialidad, que se caracteriza por un proceso violentogénico en las masculinidades

racializadas, y que en este caso podría acentuarse en los procesos migratorios campo-ciudad. Como explica Segato (2015: 87), la creciente esfera pública republicana y la consecuente privatización y despolitización del espacio doméstico -el “encapsulamiento de la vida privada”- tiene como corolario el recrudecimiento de la violencia patriarcal. Para comprender este proceso algunas autoras dan cuenta del “entronque patriarcal”, como la forma en que se reajusta el patriarcado originario o ancestral con la incursión de la violencia del patriarcado moderno, reconociendo que las relaciones desiguales e injustas entre hombres y mujeres se imbrican produciendo un mayor sometimiento de las mujeres (Paredes, 2014).

En este contexto caracterizado por múltiples relaciones de poder es posible identificar espacios del “estar entre mujeres” en el que las estas comparten y resisten, lo que Segato denomina, el “compulsivo confinamiento al espacio doméstico”. Las migraciones en muchos casos aceleran los procesos de descomunalización. Pero como venimos observando en este caso, se solidifica y reconstruye un grupo en contexto migratorio. Particularmente la perspectiva de trayectorias de cuidados nos permite dar cuenta de los procesos de salud, enfermedad y atención desde una perspectiva amplia, en procesos en los cuales las personas van tomando decisiones sobre el modo de sostener la vida y su entorno, en este caso ligada a la cosmología y un modo de construir comunidad. Estas tramas de producción de lo común no se dan sin la conflictiva propia de las lógicas patriarcales y coloniales.

6.4 Cuidados-otros

A partir del vínculo con Teresa y mujeres en El Zanjón es posible analizar diferentes dimensiones en la producción de los cuidados en términos del sostenimiento de la vida y la atención a los padecimientos. Así observamos las particularidades que adquieren las relaciones con “doctorcitas” –efectoras de salud-, “paisanas” –personas de la comunidad-, saberes no biomédicos sobre la salud, las celebraciones y la propia comunidad como modos en los que se producen cuidados en este contexto donde coexisten diferentes racionalidades. Como observamos las mujeres negocian y resisten de diferentes modos los intentos por encausar sus prácticas de salud a modos

preestablecidos por la política sanitaria, donde es posible observar trayectorias de cuidado que vinculan modos de atención, de concebir la salud y el bienestar. Estas trayectorias singulares estarán configuradas por las memorias compartidas y las experiencias que las mujeres adquieren en la relación con el sistema público de salud - que por momentos se presenta restrictivo, en el que se producen experiencias traumáticas y desentendimiento- y con otros modos de cuidar la salud al interior de la propia comunidad, en el vínculo con personas que saben curar y prácticas de sacralización.

Los cuidados se han tendido a pensar en lo privado, lo familiar, en los provistos por el Estado o por el mercado (Caplan, 1987; Ortner y Whitehead, 1981; Comas d'Argemir, 2014). Asimismo, como observamos, efectores y efectoras de salud buscan responsabilizar a las mujeres en tanto madres por los cuidados de ella y sus familias desde una perspectiva biomédica. En este contexto se observa el carácter comunitario que adquiere la provisión de cuidados en una densa red de relaciones, que sostienen a otros en términos materiales, afectivos y prácticas de sacralización. En este sentido, los cuidados pensados en términos de sostenimiento de la vida, en este caso, van más allá de la concepción normativa de la política sanitaria. Las trayectorias de cuidado en este contexto toman forma en una compleja red de vínculos en la que se ponen en juego dimensiones en relación a lo material, lo humano y lo extranatural, buscando protección en tanto integralidad.

Esta racionalidad sobre los modos de construir cuidados en tramas comunitarias se presenta en tensión con una lógica moderna-colonial (Quijano, 2000; Segato, 2007) que impone una serie de clasificaciones y categorizaciones raciales y de género, que como expusimos en el capítulo uno, desde una perspectiva interseccional, configuran el modo en que efectores de salud perciben a las migrantes. Esta lógica presenta modos particulares de producción de subjetividad y del saber que, en tanto eurocéntricas, se presenta articulada al modelo médico hegemónico descrito por Menéndez (1978). Las lógicas del Estado moderno, la producción de un sujeto individual -cartesiano- y la privatización de lo público, se disputa con una perspectiva del mundo en la que se concibe al cuerpo y la mente, a lo natural y lo extranatural como una continuidad indivisible, donde los cuidados se inscriben en la continuidad entre lo individual y lo comunitario.

En este recorrido hemos dado cuenta del modo que se producen un modo de colonialidad, que algunos autores denominaran como colonialidad del ser y del saber (Walsh, 2008; Mignolo, 2014), en tanto buscan imponer modos de comprender el cuerpo y la salud, las subjetividades y las sexualidades. En este proceso de desacreditación de saberes no-eurocéntricos y no-biomédicos, que busca promover el sistema público de salud, se intenta producir modos de subjetivación individualizante de los cuidados. Es en este contexto en el que se producen modos de cuidado que podríamos denominar siguiendo la metáfora visual propuesta por Silvia Rivera Cusicanqui (2010, 2016) como *ch'ixi*⁵⁰. Lo *ch'ixi*, se presenta como concepto-metáfora que nos permite dar cuenta de una realidad donde coexisten en paralelo diferencias que no se funden, sino que antagonizan o se complementan. Para Rivera Cusicanqui (2010:7) lo *ch'ixi* constituye “una imagen poderosa para pensar la coexistencia de elementos heterogéneos que no aspiran a la fusión y que tampoco producen un término nuevo, superador y englobante”, donde no hay identidades rígidas, pero tampoco se subsumen al discurso de la hibridación. Así esta “mezcla” en los modos de cuidar y de cuidarse no se presenta exenta de conflictos con otros y otras, al interior de la comunidad, en el contexto migratorio y en la relación con efectores y efectoras de salud.

Este modo de construir cuidados debe comprenderse en el contexto sociohistórico en el que se producen, teniendo en cuenta las múltiples adscripciones y procesos sociales en el que las mujeres migrantes se encuentran. Así observamos el modo en que las trayectorias de cuidados estarán determinadas, a partir de la capacidad de agencia, por los procesos migratorios, el grupo de pertenencia y los vínculos que este grupo de mujeres construyen con doctorcitas, efectores de salud, paisanas y paisanos. Aquí la capacidad agentiva por momentos se presenta vinculada a la resistencia, donde deliberadamente las mujeres buscan contrarrestar algunos modos de subordinación del poder biomédico o patriarcal. En otros momentos las mujeres migrantes buscan perpetuar estas relaciones que son beneficiosas para ellas y el grupo, en un contexto donde coexisten racionalidades diversas en la comprensión de la salud, el cuerpo, lo individual y lo comunitario.

⁵⁰ *Ch'ixi* es una palabra aymara equivalente a la palabra *ch'iqchi* en quechua, que tiene diversas connotaciones. Entre ellas refiere a un color fruto de la yuxtaposición en pequeños puntos o manchas de colores contrastados “Es ese gris jaspeado resultante de la mezcla imperceptible del blanco y el negro, que se confunden para la percepción sin nunca mezclarse del todo” (Rivera Cusicanqui, 2010: 69). También obedece a la idea de algo que es y que a la vez no es. Hace referencia, en palabras de la autora, a lo abigarrado.

CONCLUSIONES

En este trabajo he analizado las formas que toma la gestión cotidiana de la política sanitaria en dos barrios de la ciudad de Comodoro Rivadavia, a partir de las dinámicas interaccionales entre un grupo de agentes estatales, efectores y efectoras de salud, y un grupo de mujeres migrantes provenientes de zonas rurales de Bolivia. Así observamos el modo en que desde diferentes equipos de salud se problematiza la presencia de “las bolivianas” en los servicios de salud a partir de una categoría nodal, el “no cuidado”. Es a través de esta categoría y su percepción como un riesgo para la salud que se articulan una serie de sentidos, prácticas y experiencias en el sistema público de salud, que tiende a visibilizar a las mujeres migrantes, sus condiciones habitacionales y sus prácticas como factores de riesgo. Particularmente en la tarea de trabajadoras comunitarias de salud en terreno, como quienes “salvan las distancias” entre equipos de salud y la población en la Atención Primaria de Salud, se visibilizan una serie de relaciones y dispositivos a través de la cual se busca encausar las prácticas de mujeres migrantes a un tipo de prácticas de cuidado esperables para el sistema público de salud.

Es en las relaciones entre trabajadoras comunitarias y mujeres migrantes que se identifican algunas tensiones sobre los cuidados en un contexto de precaridad de la vida. Aquí observamos modos particulares en que las mujeres migrantes agencian prácticas diferenciales en relación a sus cuidados y los de su familia en articulación con las trabajadoras comunitarias. Es en el “entre” trabajadoras de salud y mujeres de la propia comunidad -a quienes un grupo de mujeres migrantes quechua hablantes identifica como doctorcitas y paisanas respectivamente- que se producen modos diferenciales de comprender la salud y producir cuidados en el contexto migratorio. Las mujeres migrantes construyen trayectorias de cuidados en estas relaciones, a través de sus memorias, de prácticas y saberes que muchas veces entran en conflicto con las del modelo biomédico. Así la comunidad, las prácticas de relacionalidad y de sacralización adquieren centralidad en los modos en que este grupo de mujeres y su comunidad producen cuidados.

En contraposición a la idea de barreras en el acceso a la salud o el conflicto por el ejercicio de derechos, que ha tendido a enfatizar la bibliografía sobre el tema, en este caso observamos una hipervisibilización de la población migrante, donde se instrumenta una política focalizada no explicitada y tutelar en lo que respecta particularmente a las mujeres migrantes, sus cuidados gineco-obstetricos y la responsabilidad en tanto madres, por el cuidado de sus hijos e hijas. Esto coexiste con discursos vinculados a la restricción de derechos en el ámbito público, donde se conforman modos particulares de lo que denominamos como inclusión subordinada. En este contexto se produce una visibilización de aquello que se presenta como diferente -las prácticas de las mujeres migrantes provenientes de Bolivia- y modos particulares de seguimiento, control e intervención.

Las polaridades de inclusión-exclusión, las metáforas sobre las barreras en el acceso a la salud o la problematización sobre el acceso a derechos no logran dar cuenta de modo acabado de este fenómeno. Las conceptualizaciones sobre las barreras sanitarias que pueden resultar útiles para otros contextos, en este caso no resultan adecuadas. En esta tesis observamos el modo en que agentes estatales, en gestión de la política sanitaria, expanden su accionar en el territorio urbano, en las extensiones barriales e ingresan a los espacios domésticos de las mujeres migrantes con la finalidad de que estas se adscriban a las lógicas del cuidado biomédico. Aquí las mujeres que no cumplen con las pautas de cuidado esperadas aparecen como quienes no se dejan ayudar o desconocen los modos correctos de cuidarse. Así observamos un modo de inclusión subordinada que se visibiliza a través de la desautorización de las mujeres en sus procesos de cuidado, la proscripción, silenciamiento o desestimación de prácticas no biomédicas a condición de ser parte de la política sanitaria. En consecuencia el Estado, como organización de gestión de recursos públicos, se amplía en el territorio buscando garantizar derechos y ampliando su cobertura pero bajo los parámetros de la biomedicina.

En esta tesis distinguimos el cuidado en tanto categoría de los propios agentes estatales, y sus efectos en la gestión de la política sanitaria; así como reparamos en el cuidado en tanto categoría analítica, para comprender el modo en que se produce en las interacciones en el sistema público de salud y el modo en que se produce por parte de las propias mujeres migrantes. Así observamos al cuidado como nudo central del

bienestar humano, cuyas lógicas responden a relaciones sociales al interior de configuraciones culturales específicas.

El cuidado y su ausencia -el (no) cuidado- como categoría nativa estructura de modo vertebral este trabajo, en tanto funciona como núcleo de sentido a través del cual se produce la política sanitaria. Así se presentan aportes al campo de la antropología de la salud en la conjugación con una perspectiva atenta a las políticas públicas, que toman forma en la interpretación que agentes del Estado hacen de ella. Así podemos observar diferentes clivajes de desigualdad y categorizaciones sociales, a través de los cuales trabajadores y trabajadoras de salud interpretan y dan forma a la política sanitaria en su hacer cotidiano en un contexto atravesado por múltiples formas de desigualdad. La idea de gestión de política sanitaria nos permite dar cuenta de los efectos que produce, las relaciones que crean y las matrices de pensamiento que subyacen a su práctica en configuraciones culturales específicas en vinculación con lógicas propias del modelo biomédico. En este sentido observamos la producción, circulación y apropiación de normas y obligaciones, valores y afectos en relación a las mujeres migrantes de Bolivia y sus prácticas de cuidado.

En este contexto observamos el modo en que un grupo de trabajadores y trabajadoras de salud conciben a las mujeres migrantes provenientes de Bolivia y sus prácticas como un problema sanitario, el “no cuidado”. En estas percepciones, agentes estatales tienden a atribuir el problema a “la cultura” de las mujeres migrantes, sustancializando y homogeneizando sus comportamientos según su grupo social de pertenencia, bajo el denominador común de “lo boliviano”, donde la identidad se presenta esencializada bajo lo nacional. Aquí algunas trabajadoras comunitarias complejizan la mirada sobre las mujeres migrantes, desde una posición más cercana a la cotidianidad de las mismas. En este marco la perspectiva de género interseccional nos permite interpretar el modo en que se produce una perspectiva permeada por una idea de la cultura ligada a su adscripción nacional, étnica, de clase social y generacional a través de la cual se interpretan todas sus prácticas de cuidado y el modo de ser mujeres y madres. En consecuencia, los múltiples sistemas de desigualdades estructuran una concepción que ubica a estas mujeres en un espacio de alteridad a través del cual los efectores, mientras resaltan algunos atributos positivos y deseables para la perspectiva biomédica, atribuyen los fracasos a los grupos migrantes justificando su intervención.

El “no cuidado” de las mujeres migrantes, para agentes estatales, se vincula particularmente a la falta de controles médicos gineco-obstétricos, pediátricos y sobre la no utilización de métodos anticonceptivos. Estos discursos toman forma en un sistema de salud que ha tendido históricamente a focalizar su atención sobre la maternidad y la infancia, con la particularidad de constituirse en paralelo a la expansión territorial y la consolidación del Estado-nación. Así sostenemos que la tematización de la salud como bien público ha ido conformando un sistema de alta complejidad en una serie de acciones que el Estado, en tanto modo de organización político-administrativa, desarrolla. A lo largo del siglo XX observamos la hegemonización del modelo biomédico y la centralidad del control poblacional desde una perspectiva higienista. En este proceso existe una lógica de poder moderno-colonial, donde el Estado-nación argentino se instituye desde una racionalidad que buscó suplantarse el atraso que representaban otras prácticas de cuidado de la salud. Asimismo este proceso se produce con la consolidación de una mitificación de la identidad nacional argentina, en la construcción de una ciudadanía e identidad para “el desarrollo de la nación”, donde lo que no ingresaba en el ideal nacional quedaba excluido.

En lo que respecta a las migraciones, estas han sido tematizadas como un problema en diferentes periodos históricos para el sistema público de salud. Desde las políticas higienistas cercanas a ideales eugenésicos de fines del siglo XIX y primeros años del siglo XX, los esfuerzos por controlar esta población, hasta la búsqueda por restringir o arancelar el sistema público de salud para migrantes, dan cuenta de una tematización de la migración como problema. Es a partir de la ley de migraciones del año 2003 que en Argentina se establece el libre acceso al derecho a la salud, la asistencia social y atención sanitaria a todas las personas extranjeras, sin importar la situación migratoria. Sin embargo esto coexiste con lógicas restrictivas de derechos para migrantes, vinculadas en muchos casos a representaciones, en torno a la cuestión migratoria, cercanas a la vieja “Ley Videla”.

El sistema público de salud en Comodoro Rivadavia ha tenido un desarrollo creciente desde su fundación, a partir de la consolidación de un hospital de vecinos, administrado por la municipalidad y grupos de beneficencia, hasta su institucionalización a partir de 1944 con la denominada Gobernación Militar de Comodoro Rivadavia, donde se constituye la Secretaría de Salud Pública y una serie de

instituciones centradas particularmente en la salud materno-infantil y la de trabajadores. Esta etapa se torna fundacional para la salud pública en Argentina, donde comienza a plantearse a la sanidad como un derecho. Así a partir de la provincialización de Chubut toma forma el sistema de salud provincial, donde adquiere centralidad el Hospital Regional de Comodoro Rivadavia como institución de referencia por su capacidad edilicia y modelo organización (Servicios de Atención Médica Integral para la comunidad, SAMIC) que funcionará hasta 1973. Desde este año la gestión del Estado provincial pasa a administrar el hospital y los servicios públicos de salud. En este contexto se consolida un sistema de alta complejidad bajo el Ministerio provincial de Salud en línea con el Ministerio nacional, compuesto por diferentes niveles de atención sanitaria según complejidad.

En este marco se produce un complejo organizacional del sistema público de salud, a través de sus programas, funciones y jerarquías en los Centros de Atención Primaria de Salud y el Hospital Regional en el que se producen los discursos y prácticas de trabajadores y trabajadoras de salud. Así observamos particularmente una serie de programas donde predomina la atención de la salud materno-infantil, en tanto población que requiere vigilancia para disminuir la mortalidad y enfermedades prevalentes en la primera infancia y en los procesos de embarazo, parto y puerperio. Asimismo existe una preeminencia sobre la prevención de enfermedades de transmisión sexual, los métodos anticonceptivos, particularmente sobre el cuerpo de mujeres desde una perspectiva que pone en el centro a la familia y la “procreación responsable”, en tanto planificación y cuidado en los procesos reproductivos. En este sentido, proponemos un análisis de la política sanitaria, más allá de las perspectivas de accesibilidad, vinculada a la gestión cotidiana de la política pública, donde evidenciamos los discursos de efectores y efectoras de salud, su quehacer cotidiano, la relación con mujeres migrantes en el marco de estas instituciones, disposiciones, programas y sus efectos.

En el proceso de trabajo de campo, realicé observaciones en dos Centros de Atención Primaria de Salud, donde se destaca la labor particular de los equipos de Salud Comunitaria, que adquieren un rol central en la relación entre mujeres migrantes consideradas con riesgos socio sanitarios y los equipos de salud. Estos grupos de Salud Comunitaria, que hacen parte de los CAPS, están conformados por trabajadoras comunitarias de salud en terreno, cuya constitución como figura profesional en el

sistema público de salud se presenta como un perfil único, constituido al interior de la política sanitaria en la provincia de Chubut. La figura de trabajadoras comunitarias tiene como antecedente reconocido por las propias efectoras al rol de “agentes sanitarios”, con un antecedente fundacional demarcado por el Plan de Salud Rural en la provincia de Jujuy desarrollado por el médico Carlos Alvarado en la década de 1960. Las agentes sanitarias también fueron parte del Hospital Regional de Comodoro Rivadavia desde su fundación, reconocidas como equipo de “enfermería de terreno”, cumpliendo labores hasta la jerarquización de su tarea a través de la profesionalización en la figura de trabajadoras comunitarias a partir del 2005 y la creación de la tecnicatura de salud comunitaria en el año 2009.

En la formación de trabajadoras comunitarias se redonda sobre la centralidad de la perspectiva de salud comunitaria, que según las propias trabajadoras las distingue de la figura de agentes sanitario, a quienes reconocen como “asistencialistas”. Así las trabajadoras comunitarias cumplen una serie de tareas al interior de los equipos de los CAPS vinculadas a la promoción de la salud y la prevención de la enfermedad, a partir de lineamientos generales de la Atención Primaria de la Salud y una perspectiva de derechos. En este sentido su tarea cotidiana se constituye por visitas domiciliarias a “familias a cargo” consideradas de riesgo sociosanitario a través del cual realizan un seguimiento periódico y estadístico de diferentes indiciadores de salud y enfermedad. También desarrollan “actividades comunitarias”, charlas, talleres y encuentros en los barrios en los que trabajan tendientes a la promoción de la salud.

En este contexto se observa la tensión manifiesta por parte de las trabajadoras entre dos perspectiva de trabajo, reconocidas como el “asistencialismo” y la “salud comunitaria”. El asistencialismo estaría asociado a la atención desde una perspectiva exclusivamente biomédica, basada en la atención de la enfermedad y la identificación precoz de “factores de riesgo”. Por otro lado, la salud comunitaria se identifica como una perspectiva atenta a los determinantes sociales, históricos, económicos, culturales y biológicos del proceso salud-enfermedad-cuidados. A partir de las exigencias de datos evidenciables estadísticamente por parte de las jerarquías institucionales, las trabajadoras comunitarias en algunos casos ven menospreciado su trabajo en relación a una perspectiva de salud comunitaria que repercute en la “calidad del trabajo”. Asimismo esta tarea también depende de las motivaciones personales y lo que las

efectoras denominan como la vocación y compromiso para ayudar a la gente y la importancia del “estar en terreno”, más allá del escaso reconocimiento percibido.

En la ciudad existe una problemática habitacional, que caracteriza la conformación de tomas de tierra para la construcción de viviendas en las denominadas extensiones barriales. Esto forma parte de la dinámica urbana que históricamente ha tenido modificaciones acompañadas por la actividad de explotación petrolera. Así observamos el modo en que diferentes expansiones de la industria petrolera han estado aparejadas por el aumento poblacional con el fenómeno migratorio atraído por la demanda laboral. Particularmente la última expansión de la industria desde el año 2004 al 2014 trajo aparejada la migración proveniente de Bolivia. A partir del acompañamiento en las “salidas a terreno” a las trabajadoras comunitarias de salud en terreno observamos las particularidades que adquieren los procesos migratorios en las denominadas extensiones barriales, donde estas desarrollan sus tareas. En este sentido, comenzamos a dar cuenta de las particularidades que adquiere la territorialización de grupos migrantes provenientes de zonas rurales de Bolivia, sobre quienes recaen las categorías de riesgo del sistema público de salud.

La perspectiva transnacional de las migraciones nos permite observar el modo en que grupos migrantes que habitan en el barrio Las Américas y El Zanjón construyen territorialidad a partir de un campo social que incluye prácticas, memorias y una red de relaciones con la tierra que se dejó. En este contexto se construyen y reconstruyen una serie de vínculos entre paisanos y paisanas en la ciudad y otras zonas de Argentina o Bolivia. Así a partir de diferentes encuentros entre efectoras de salud y mujeres migrantes comencé a dar cuenta del modo en que se identifican algunas mujeres, ante trabajadoras comunitarias, como bolivianas. Pero al interior de “lo boliviano”, comenzamos a percibir otras adscripciones identitarias vinculadas a la procedencia rural y las regiones, donde los modos de hablar quechua y el tipo de vínculos con el grupo social de pertenencia varían. Asimismo por momentos la espacialidad en los barrios se presenta disputada en las interacciones, entre varones, mujeres de la comunidad y argentinos/argentinas, a través de las cuales se definen modos de habitar. Es así que en el espacio vivido con otros se reconfiguran nuevos modos de ser y estar, donde las mujeres en este proceso van negociando las prácticas que configuran el lugar, a través de lo que puede ser mostrado y lo que no.

En una sociedad caracterizada por la producción petrolera, extractiva, configurada por las desigualdades socioeconómicas y territoriales, las migraciones se presentan en el foco de la atención del discurso público y los medios de comunicación. En muchos casos se responsabiliza a la población migrante por la escasez de recursos públicos, en un contexto de crisis económica y un sistema de salud que por momentos se presenta restrictivo. En este contexto la población migrante, particularmente proveniente de Bolivia, se desarrolla en el mercado laboral subsidiario a la industria petrolera, en la construcción, industria pesquera y el comercio. En este sentido las adscripciones identitarias, el hecho de ser migrantes, la proveniencia rural, las marcaciones raciales y étnicas se presentan como clivajes de la desigualdad a partir de las cuales se configuran las relaciones sociales y las prácticas al interior de las políticas sanitarias.

A lo largo de este trabajo fui comprendiendo que aquellas denominadas como “las bolivianas”, a quienes visitan las trabajadoras comunitarias, presentan adscripciones identitarias específicas, vinculadas a su procedencia rural y su lengua, el quechua. Así a partir de la identificación de los factores de riesgo ligados al no cuidado en los equipos de salud, comenzamos a observar lógicas de control, seguimiento e intervención sobre las prácticas consideradas de riesgo. Como dimos cuenta las interpretaciones sobre el riesgo de las prácticas de mujeres migrantes velan una lectura generizada, de clase social, etnicizada y generacional, donde se tiende a apelar a la cultura de las migrantes, particularmente mujeres en “edad reproductiva” y madres, sobre quienes recaen las responsabilidades de cuidado. A partir de las “planillas de familia” las trabajadoras toman registro de indicadores sociodemográficos y de salud del grupo familiar.

El tipo de visita domiciliaria que realizan las trabajadoras comunitarias varía siempre, dependiendo del vínculo que hayan establecido con miembros de las familias, el estilo personal de trabajo y las características de quienes las reciban. Generalmente son mujeres quienes sostienen el vínculo con las trabajadoras, ya que son las que están en las viviendas durante el día y a quienes buscan como referentes del grupo familiar, sobre quienes recae la responsabilidad de los cuidados en salud. Cada encuentro puede darse en el espacio público, un patio o dentro de una casa, así como puede variar entre una visita administrativa, donde la trabajadora pide libretas sanitarias y recoge datos en

su planilla a través de preguntas concretas o puede darse a través de un dialogo más distendido, donde hablan de diferentes temas. En todos los casos cobran fundamental relevancia los seguimientos y la insistencia, hacia las mujeres migrantes provenientes de zonas rurales de Bolivia, sobre los controles ginecológicos, controles de embarazos, niños, niñas y la utilización de métodos anticonceptivos.

En estas relaciones observamos diferentes estrategias por parte de trabajadoras comunitarias para lograr las pautas de cuidado esperables para el sistema público de salud. Se busca la “toma de conciencia” por parte de las mujeres migrantes sobre los cuidados. Por lo tanto se evidencia el modo en que la concepción sobre el riesgo por parte de las mujeres migrantes funciona, en algunos casos como un “dador de derechos”, en tanto garantiza el acceso a turnos de controles gineco-obstetricos y pediátricos en un sistema de salud que por momentos se presenta restrictivo o con dificultades para satisfacer la demanda poblacional. A través de turnos especiales o la mediación con otros profesionales del sistema de salud, las trabajadoras buscan garantizar el acceso de las mujeres a consultas médicas, reparando en sus dificultades. En consecuencia dependiendo de la sensibilidad de las trabajadoras comunitarias ante diferentes formas de desigualdad, se disponen de recursos y se toman decisiones sobre ellos. Así una consulta médica, queda supeditada al sufrimiento o el riesgo interpretado por las trabajadoras comunitarias, que en algunos casos las mujeres migrantes solicitan.

Para las trabajadoras comunitarias, el “tener a cargo” a una familia implica una responsabilidad con sus supervisoras en el sistema de salud y con las mujeres a quienes visitan. Las trabajadoras deben responder ante el sistema de salud con mejoras que se visibilicen en los relevamientos estadísticos. El objetivo de estas es mejorar los indicadores de salud, y resulta esperable que luego de tres años, como máximo, se deje de realizar el seguimiento de una familia por considerarse fuera de riesgo sociosanitario. De este modo, cada familia, y en particular cada mujer, es una “carga” de responsabilidad para las efectoras, por las cuales deben responder y hacer todo lo posible para lograr las pautas de cuidado esperables para ellas, sus hijos e hijas, de quienes son responsables. Asimismo, las mujeres migrantes en algunos casos demandan la atención de las trabajadoras y negocian su posición través de lo que estas pueden ofrecerles. En estos casos, a partir de una relación cercana y de confianza, las mujeres migrantes solicitan turnos médicos apelando a la sensibilidad de las

trabajadoras, que se muestran como mediadoras, desarrollando estrategias para el logro de sus objetivos.

La forma que toma la política sanitaria a través de su gestión cotidiana da cuenta de una política focalizada, tutelar y no explicitada sobre las mujeres migrantes provenientes de zonas rurales de Bolivia. Aquí las condiciones habitacionales de algunas migrantes, que hacen parte de la desigualdad socioeconómica, se presentan como factores de riesgo -al igual que aquellas consideraciones sobre el no cuidado- pero su mejora no requiere de una intervención directa del sistema público de salud. En este sentido se focaliza el control, el seguimiento y una serie de estrategias que buscan aumentar las consultas médicas, controles gineco-obstetricos, pediátricas y utilización de métodos anticonceptivos. Esta política no es explicitada como tal, sino que se visibiliza en la práctica cotidiana de trabajadoras comunitarias según evaluación de riesgos sociosanitarios.

Las trabajadoras comunitarias, ante las exigencias por parte de las supervisiones en el sistema de salud, en algunos casos se dirimen entre un trabajo atento a las complejidades de los determinantes sociales de la salud y aquellas exigencias estadísticas y de control de riesgos dentro del sistema. En este sentido, algunas trabajadoras comunitarias movilizan otros vínculos y recursos, que exceden la labor que se les solicita explícitamente desde el sistema público de salud. Aquí se producen otros modos de producir cuidados, buscando facilitar medios a través de los cuales algunas mujeres y sus familias pueden modificar sus condiciones materiales o acceder a otros derechos, en un dialogo atento con las mismas más allá de los controles biomédicos. La cercanía de algunas trabajadoras comunitarias para con las mujeres que visitan, la sensibilidad y la capacidad empática, funcionan como una disposición del “trabajo comprometido”, que a pesar de su escaso reconocimiento al interior de las relaciones laborales, adquiere valor para su tarea. Asimismo en estos encuentros visibilizamos otros modos de cuidar la salud, como prácticas vinculadas a la medicina tradicional o el autocuidado que son proscritas o desatendidas por parte de las trabajadoras comunitarias. En esta línea también pueden observarse algunos modos de resistir o alterar las lógicas de control biomédica.

En esta tesis damos cuenta del modo en que un grupo de mujeres quechua hablantes provenientes de zonas rurales de Cochabamba, construye trayectorias

particulares de cuidados. Así proponemos la noción de trayectorias de cuidado para referir a los recorridos que se producen a través de una serie de elecciones personales o grupales que determinan la conjugación o exclusión de prácticas y saberes en función de resultados esperados para el sostenimiento de la vida. Así las mujeres en la interacción con referentes de la comunidad, familiares –paisanas- y trabajadoras comunitarias -doctorcitas-, médicas y médicos van configurando formas particulares de cuidado de su salud, la de su familia, sus hijos e hijas en un contexto donde coexisten racionalidades biomédicas y cosmológicas. El modo en que este grupo de mujeres migrantes produce cuidados se configuran a partir de las memorias compartidas, saberes previos, aprendizajes en el contexto migratorio y las experiencias que las mujeres adquieren en la relación entre “doctorcitas” y “paisanas”.

La utilización de plantas medicinales, la concepción sobre prácticas de sacralización y perspectivas cosmológicas para dar explicaciones a los padecimientos y su sanación, en general son desacreditadas o contraindicadas por médicas y trabajadoras comunitarias. Ante estas situaciones las mujeres van construyendo aquello que puede ser dicho o mostrado ante efectores de salud. En este sentido la proscripción médica no desalienta a las mujeres a continuar con estas prácticas de cuidado, sino que lleva a silenciar estos saberes y reservarlos a los espacios domésticos y comunitarios en la interacción con paisanas como algo “que no se cuenta a los médicos”. Es en general en los primeros encuentros, entre trabajadoras comunitarias y migrantes, que se dan estas tensiones donde las mujeres explicitan otras prácticas de cuidado, no biomédicas, y ante las contraindicaciones, las migrantes agencian su posibilidad de silenciar y complementar con diferentes prácticas en su relación entre paisanas, trabajadoras comunitarias y otros efectores de salud. No obstante observamos que a partir de la construcción de vínculos de confianza y escucha activa, cuando existe un interés por comprender otras experiencias de cuidado, algunas trabajadoras comunitarias y yo podemos acceder a aquello que no se cuenta a los médicos.

Por momentos las mujeres migrantes deciden contrarrestar deliberadamente prácticas del poder biomédico, y en otros momentos se toman decisiones sobre el cuidado en la interacción con efectores de salud, con paisanas y particularmente en relación con la propia comunidad de referencia. Es a través de su capacidad agentiva que se produce en un contexto de subordinación de saberes y prácticas que las mujeres

toman decisiones sobre sus modos de cuidar la salud dependiendo del espacio social en el que se encuentren. Así en algunos casos las experiencias traumáticas, de desentendimiento y en la búsqueda de evitar padecimientos mayores, constituyen fundamentos para evitar la atención biomédica. Es en el vínculo con otras mujeres, en el intercambio de saberes, pero también en el silenciamiento de prácticas que se disputa el poder biomédico. Si bien esta no toma la forma de una resistencia organizada, se reconoce como un modo de resistir que se teje de modo espontáneo y silencioso en el estar entre mujeres y miembros de la comunidad. Particularmente la decisión de silenciar prácticas y saberes con determinados efectores de salud se presenta como un modo particular de resistencia, como una forma de insubordinación al poder disciplinador.

Los cuidados desde una perspectiva analítica se han tendido a pensar en lo privado, lo familiar, en los provistos por el Estado o por el mercado. En este contexto el sistema público de salud busca responsabilizar a las mujeres en tanto madres por los cuidados de ellas y sus familias desde una perspectiva biomédica. En este grupo de mujeres migrantes observamos el carácter comunitario que adquiere la provisión de cuidados en una densa red de relaciones, que sostienen a otros y otras en términos materiales, afectivos y prácticas de sacralización. En este sentido, los cuidados pensados en términos de sostenimiento de la vida, en este caso, va más allá de la concepción normativa de la política sanitaria. Las trayectorias de cuidado en este contexto toman forma en una compleja red de vínculos en la que se ponen en juego dimensiones en relación a lo material, lo humano y lo extranatural, buscando protección en tanto integralidad.

En el grupo de mujeres punateñas las celebraciones de bautismos, cortes de pelo y casamientos, forman parte de prácticas de sacralización, rituales, que instituyen familiaridad y solidifican vínculos comunitarios a través de la reciprocidad como principio moral. En consecuencia “el primer corte de pelo” es un inicio a los ritos recíprocos, en los cuales se da y se recibe algo al interior del grupo. Estas celebraciones inscriben a los sujetos en una comunidad y dan protección espiritual y material a través de prácticas de sacralización que se presentan al interior de procesos sociales que adquieren sentidos heterogéneos, produciendo modos de cuidado comunitario. Estas prácticas se producen en la articulación de saberes de la religiosidad católica, de la

tradición andina y las memorias que se reactualizan en el contexto migratorio. Observamos en este sentido prácticas de relacionalidad como una experiencia del “ser juntos”, que se funda en una comunidad que vinculada a través de prácticas y experiencias compartidas, en la construcción de un nosotros y en relaciones de reciprocidad, particularmente instauradas a través de prácticas de sacralización.

Esta racionalidad sobre los modos de construir cuidados en tramas comunitarias se presenta en tensión con una lógica moderna-colonial que es co-constitutiva del denominado modelo médico hegemónico. Las lógicas del Estado moderno, la producción de un sujeto individual -cartesiano- y las lógicas de lo público-privado, se disputa con una perspectiva del mundo en la que se concibe al cuerpo y la mente, a lo natural y lo extranatural como una continuidad indivisible, donde los cuidados se inscriben en la continuidad entre lo individual y lo comunitario.

En el proceso de este trabajo etnográfico fui posicionándome en los espacios sociales en la interacción con trabajadores, trabajadoras de salud y mujeres migrantes. El estar “entre” grupos sociales, que por momentos se presentan en conflicto, me posiciona en un espacio liminal, por momentos incomodo, pero que dispone de potencia para la reflexividad. De este modo fui produciendo las reflexiones que hacen parte de este trabajo a partir de las categorías de los propios sujetos y de mis propios marcos interpretativos de sentido común y académicos en interacción con colegas. Ingresar a este sistema de salud fue posible dada mis pertenencias institucionales, donde presumen mi pertenencia profesional, como licenciado en psicología, al campo de la salud. Sin embargo fui comprendiendo las jerarquías institucionales a partir de la necesidad de autorizaciones a espacios y datos que no son de acceso público. Por otro lado mi relación con el grupo de mujeres migrantes en principio se vio restringido en tanto mi presencia como varón, blanco y argentino, extraña en el lugar limitaba la interacción en un espacio marcado por múltiples formas de desigualdad. Así en un proceso de construcción de confianza, facilitado en parte por las relaciones con trabajadoras comunitarias, a quienes las mujeres migrantes también en principio observan como extrañas, fui construyendo un modo de acercamiento a partir de la escucha activa y un interés respetuoso por el intercambio. En estos espacios no dejo de ser un argentino o argentinero, en algunos casos el psicólogo que anda con las doctorcitas. No obstante a partir de mi progresiva separación simbólica de las trabajadoras comunitarias pude

comenzar a acceder en el intercambio a otros modos de cuidados, concepciones de la salud y la comunidad que para algunos efectores y efectoras de salud se mantiene vedado. Así los vínculos construidos en este trabajo a través del reconocimiento intersubjetivo son condición de posibilidad del mismo.

En este estudio etnográfico, dimos cuenta del modo en que se produce la gestión de la política sanitaria, la forma en que un grupo de trabajadores y trabajadoras del sistema público de salud visibiliza e interviene sobre los procesos de cuidado de la salud de un grupo de mujeres migrantes provenientes de Bolivia. Así el Estado, como organización de gestión de recursos públicos, se amplía en el territorio buscando garantizar derechos y ampliando su cobertura, en un contexto histórico y social que podría pensarse de avanzada en tanto garantías de la ciudadanía a toda la población que habita el territorio. Sin embargo este modo de democratización y ampliación de la ciudadanía no deja de darse bajo parámetros donde persisten formas de desigualdad que se sostienen veladas. La ciudadanía ligada a la política sanitaria presume un sujeto de la racionalidad moderna, en este caso ligado al modelo biomédico. En este contexto otras formas de comprender los cuidados y la salud que sostienen un grupo de mujeres migrantes y su comunidad aparecen como desconocimiento, algo desestimado, proscripto o a silenciar, donde persiste un modo de inclusión subordinada.

El presente trabajo nos permite visibilizar la centralidad que adquiere una perspectiva sobre la gestión cotidiana de la política sanitaria, para dar cuenta de las relaciones que se crean, los sentidos y experiencias que se producen en el accionar de agentes estatales en un contexto en el que persisten diferentes formas de desigualdad. En estas dinámicas relacionales se producen, reproducen y disputan concepciones sobre la salud, el riesgo y los cuidados, donde las mujeres migrantes son tematizadas de modo particular. En este sentido las perspectivas de género decoloniales e interseccionales son fértiles para la comprensión de estos fenómenos, donde se producen trayectorias de cuidados diferenciales a las que promueve el sistema público de salud. Así incluir en las reflexiones del campo de la antropología de la salud a los cuidados comunitarios, las perspectivas decoloniales y de la gestión de políticas sanitarias nos permite dar cuenta del modo en que se produce la salud, la enfermedad y los cuidados en contextos de diversidad y desigualdad social.

REFERENCIAS BIBLIOGRAFICAS

ABEL, Lidia y CAGGIANO, Sergio (2006) Los inmigrantes y el acceso a la salud en una población de frontera. En: E. Jelin (Ed.) *Salud y migración regional. Ciudadanía, discriminación y comunicación intercultural* (pp. 57-90). Buenos Aires, Argentina: IDES.

ABRAMS, Philp (1988) Notes on the Difficulty of Studying the State. *Journal of Historical Sociology*, 1(1), 58-89.

ABRAMS, Philp (2015) Notas sobre la dificultad de estudiar el estado. En Abrams, P; Gupta, A; Mitchel, T. *Antropología del Estado*, 17.70. Mexico; FCE.

ABRUTZKY, Rosana; BRAMUGLIA, Cristina y GODIO, Cristina (2019) Institucionalización histórica de la salud como bien social en Argentina. *Revista Sudamérica*, 10, 75-99

ABUELAFIA, Emanuel; BERLINSKI, Samuel; CHUDNOVSKY, Mariana; VALERIA PALANZA, Valeria; RONCONI, Lucas; SAN MARTÍN, Eugenia y TOMMASI, Mariano (2002) El funcionamiento del sistema de salud argentino en un contexto federal. Centro de Estudios para el Desarrollo Institucional. Recuperado de: <https://bam21.org.ar/comunidad/pluginfile.php/1509/>

ACUÑA, Carlos y CHUDNOVSKY, Mariana (2002) El sistema de salud en Argentina. Centro de Estudios para el Desarrollo Institucional - Fundación Gobierno y Sociedad. Disponible en: <http://www.ccgsm.gob.ar/areas/salud/dircap/mat/matbiblio/salud.pdf>

AIZENBER, Lila; RODRIGUEZ María Laura y CARBONETTI, Adrián (2015). Percepciones de los equipos de salud en torno a las mujeres migrantes bolivianas y peruanas en la ciudad de Córdoba. *Migraciones Internacionales*, 8 (1), 65-94.

AIZENBERG, Lila y BAEZA, Brígida (2017) Reproductive health and Bolivian migration in restrictive contexts of access to the health system in Córdoba, Argentina. *Health Sociology Review*, 26(3), 254-265.

AIZENBERG, Lila y MAURE, Gabriela (2017). Migración, salud y género: abordajes de proveedores de salud en la atención de mujeres migrantes bolivianas en la provincia de Mendoza, Argentina. *Revista Interdisciplinaria da Mobilidade Humana, Brasília*, 25(51), 149-164.

ALMEIDA FILHO, Naomar y PAIM, Silvia (1999) La crisis de la salud pública y el movimiento de la salud colectiva en Latinoamérica. *Cuaderno de Medicina Social* (75), 5-30.

ALVAREZ, Adriana y CARBONETTI, Adrián (2008) *Saberes y prácticas médicas en la Argentina: un recorrido por historias de vida*. Universidad Nacional de Mar del Plata

- ANDERSON, Benedict (1993) *Comunidades imaginadas. Reflexiones sobre el origen y la difusión del nacionalismo*. México, DF: Fondo de cultura económica.
- ANTHIAS, Floya (1998). Rethinking Social Divisions: Some Notes towards a Theoretical Framework. *The Sociological Review*, 46 (3), 505-535.
- ANTHIAS, Floya (2002) Where do I belong?: narrating collective identity and translocational positionality. *Ethnicities*, 2 (4), 491–514.
- ANTHIAS, Floya (2008). Thinking through the lens of translocational positionality: an intersectionality frame for understanding identity and belonging, *Translocations: Migration and Social Change*, 4(1), 5-20.
- ANTHIAS, Floya y YUVAL-DAVIS, Nira (1989). Introduction. En N. Yuval Davis y F. Anthias. *Woman, nation, state* (pp. 1–15). Basingstoke: Macmillan.
- APPADURAI, Arjun (1986) *The Social Life of Things: Commodities in Cultural Perspective*. Cambridge, New York, Cambridge: University Press.
- ARCE, Hugo (2010) *El sistema de salud: de dónde viene y hacia dónde va*. Buenos Aires: Prometeo libros.
- ARCE, Hugo (2012) Organización y financiamiento del sistema de salud en la argentina. *Revista Medicina (Buenos Aires)*, 72, 414-418.
- ARGAÑARAZ, Valeria Ivana (2017) Plan de Salud Rural: Patrimonio científico, histórico y cultural de la provincia de Jujuy. En Jorge Alberto, Kulemeyer y Yussef Daibert, Salomão de Campos (compiladores). *El lado perverso del patrimonio cultural* (pp. 313-330). San Salvador de Jujuy: Editorial de la Universidad Nacional de Jujuy – EDIUNJU.
- ASAD, Talal (2008) ¿Dónde están los márgenes del estado?. *Cuadernos de Antropología Social*, 27, 53-62.
- ASE, ivan y BURIJOVICH, Jacinta (2009) La estrategia de Atención Primaria de la Salud:¿progresividad o regresividad en el derecho a la salud?. *Salud Colectiva*, 5(1), 27-47.
- BACHILLER, Santiago; BAEZA, Brígida; VAZQUEZ, Letizia; FREDDO, Bianca y USACH, Natalia (2015). “Hay una ciudad informal... o la atendés o no la atendés. Revisando el papel que tuvieron las ocupaciones de tierras en la conformación del entramado urbano comodorense”, en Bachiller, Santiago (Ed.). *Toma de tierras y dificultades de acceso al suelo urbano en la Patagonia central* (pp. 69-124), Miño y Dávila editores y UNPA EDITA: Buenos Aires, 336pp.
- BAEZA, Brígida (2008). Asociacionismo e identificaciones de migrantes bolivianos en Comodoro Rivadavia, en las III Jornadas de Historia de la Patagonia, Unco, 6, 7 y 8 de noviembre de 2008. San Carlos de Bariloche. ISBN 978-987-604-107-2

BAEZA, Brígida (2013). La memoria migrante y la escucha de los silencios en la experiencia del parto en mujeres migrantes bolivianas en Comodoro Rivadavia (Chubut, Argentina). *Anuario Americanista Europeo* (11), 179-197.

BAEZA, Brígida (2014). “Toma de tierras” y crecimiento urbano en comodoro rivadavia: diferenciaciones y tensiones entre migrantes limítrofes, internos y comodorenses. *Párrafos Geográficos*, 13 (2).

BAEZA, Brígida (2021). Memoria e itinerarios terapéuticos de mujeres migrantes andinas en la cuenca patagónica del Golfo San Jorge (Argentina). *Diálogo andino*, (65), 307-320.

BAEZA, Brígida y BARRIA OYARZO, Carlos (2020). Memoria y territorialidad quechua-punateña en El Zanjón. En Ana Margarita Ramos y Mariela Eva Rodríguez (Coords) *Memorias y fragmentos de contexto de lucha* (353-378). Buenos Aires: Editorial Teseo.

BAEZA, Brígida, AIZENBERG, Lila y BARRIA OYARZO, Carlos (2019). Cultura y salud migratoria: miradas comparativas entre profesionales sanitarios y mujeres migrantes bolivianas. *Sí Somos Americanos*, 19(1), 43-66.

BAEZA, Brígida; BARRIONUEVO, Natalia y BECERRA, Miguel (2016) «No soy de aquí... ni soy de allá». Aportes para la reflexión en torno a la problemática migratoria limítrofe en Comodoro Rivadavia. En Ana Inés Barelli y Patricia Dreidemie (dir.) *Migraciones en la Patagonia. Subjetividades, diversidad y territorialización*. Viedma: Editorial UNRN.

BALBI, Fernando Alberto (2010). Perspectivas en el análisis etnográfico de la producción social del carácter ilusorio del Estado. *Debates*, 3(3), 172-179.

BARRIA OYARZO, Carlos (2020) Gestión de políticas públicas en salud: Mujeres migrantes en una ciudad de la Patagonia, Argentina. *Revista Antropológica*, 38(44), 157-185.

BARRIA OYARZO, Carlos y RIVERA LEINECKER, Leonela (2016) Salud y género. Una mirada sobre la violencia obstétrica. *Revista Diálogos*, 5(1), 97-103.

BARRIONUEVO, Natalia (2019) *(Re) producción y legitimación de fronteras sociales “establecidas” a partir del segundo boom petrolero (2004-2014)* en Comodoro Rivadavia (Tesis doctoral). Doctorado en Sociología de la Universidad Nacional de San Martín. Disponible en: <https://ri.unsam.edu.ar/handle/123456789/796?mode=full>

BARRIOS DE CHUNGARA, Domitila (1977). *Si me permiten hablar... Testimonio de Domitila, una mujer de las minas de Bolivia* (Viezzler, Moema). Mexico: Siglo XXI.

BARROS, Sebastián (2019) Provincialización y comunidad cívica. El caso de Chubut. En Giménez, S. y Azzolini, N. (coords.) *Identidades políticas y democracia en la Argentina del siglo XX*. (139-174). Buenos Aires: Editorial Teseo.

BARROS, Sebastián y CARRIZO, Gabriel (2012) La política en otro lado. Los desafíos de analizar los orígenes del sistema político chubutense. en Martha Ruffini (directora),

De territorios a provincias. Actores, partidos y estrategias en las nuevas provincias argentinas (1951-1962), Biblioteca de Historia Política: http://www.historiapolitica.com/datos/biblioteca/territoriosaprovincias_barrosycarrizo.pdf

BARROS, Sebastián y RAFFAELE, Ana Clara (2017) Out topes Chubut. Las identidades territoriales en el nacimiento del sistema político chubutense. *(En)clave Comahue*, 22, 217-236.

BARTH, Fredrik (1976) *Los grupos étnicos y sus fronteras: la organización social de las diferencias culturales*. México: Fondo de Cultura Económica.

BARTOLOMÉ, Miguel (2003) Los pobladores del "Desierto" genocidio, etnocidio y etnogénesis en la Argentina. *Cuadernos de Antropología Social*, 17.

BARTOLOMÉ, Miguel (2004). En defensa de la etnografía. Aspectos contemporáneos de la investigación intercultural. *Avá*, 5, 69-89.

BASTIA, Tanja (2014) Intersectionality, Migration and Development. *Progress in Development Studies*, 14(3), 237-248

BELLÓ, Mariana y BECERRIL-MONTEKIO, Victor. (2011). Sistema de salud de Argentina. *Revista salud pública de México*, 53(2), 96-108.

BELMARTINO, Susana (2005) *La atención médica en Argentina en el siglo XX. Instituciones y procesos*. Buenos Aires: Siglo Veintiuno Editores.

BELMARTINO, Susana y BLOCH Carlos (1984) Las políticas de salud y bienestar social en Argentina: un intento de interpretación global. *Estudios Sociológicos*, 2(5/6), 253-286.

BERTOLOTTO, Analía; FUKS, Ana y ROVERE, Mario (2012) Atención Primaria de Salud en Argentina: proliferación desordenada y modelos en conflicto. *Saúde em Debate*. 36(94), 362-374.

BOHOSLAVSKY, Ernesto y SOPRANO German (2010) Una evaluación y propuestas para el estudio del Estado en la Argentina. En: Bohoslavsky, E y Soprano G. (Eds.) *Un Estado con rostro humano. Funcionarios e instituciones estatales en Argentina (de 1880 a la actualidad)*. Buenos Aires: Prometeo Libros.

BOURDIEU, Pierre (1994) ¿Qué es lo que hace una clase social? Acerca de la existencia teórica y práctica de los grupos. *Revista Paraguaya de Sociología*, 31(89).

BOURDIEU, Pierre (1999) *Meditaciones pascalianas*. Barcelona: Anagrama.

BOURDIEU, Pierre y SAYAD, Abdelmalek (1965) *Argelia entra en la historia*. Madrid: Editorial Nova.

BRIONES, Claudia (2005) *Cartografías Argentinas Políticas indigenistas y formaciones provinciales de alteridad*. Buenos Aires: Editorial Antropofagia.

- BRIONES, Claudia (2020) La horizontalidad como horizonte de trabajo. De la violencia epistémica a la co-labor. En Ines Cornejo y Mario Rufer (Eds) *Horizontalidad hacia una crítica de la metodología* (pp. 59-94). Buenos Aires: CLACSO.
- BRIONES, Claudia y RAMOS, Ana (2016). *Parentesco y política. Topologías indígenas en Patagonia*. Viedma: Universidad Nacional de Río Negro.
- BROWN, Josefina (2015) Sentidos sobre derechos, salud y sexualidad en Argentina. Un estudio exploratorio. *Revista Question*, 1(48), 325 – 340
- BUDIÑO, Lino Marcos (1971) *Comodoro Rivadavia. Sociedad enferma*. Buenos Aires: Hernández.
- BUTLER, Judith (2007). *El género en disputa: el feminismo y la subversión de la identidad*. Buenos Aires: Paidós.
- BUTLER, Judith (2010) *Marcos de guerra: las vidas lloradas*. Barcelona, Paidós.
- CAGGIANO, Sergio (2001). ¿Bolivianos? En dos ciudades ¿argentinas?. Identidades sociales en procesos migratorios contemporáneos. Informe final del concurso: Culturas e identidades en América Latina y el Caribe. Buenos Aires: CLACSO.
- CAGGIANO, Sergio (2007). Madres en la frontera: género, nación y los peligros de la Reproducción. *Revista de Ciencias Sociales*, 27, 93-106.
- CALDERÓN, Fernando (2000). Campesinos y migrantes. Naciones en movimiento. Tincazos, 6. La Paz: PIEB.
- CAMACARO CUEVAS, Marbella (2009) Patologizando lo natural, naturalizando lo patológico: improntas de la praxis obstétrica. *Revista venezolana de estudios de la mujer*, 14(32).
- CAMPOS-NAVARRO, Roberto (2010). La enseñanza de la antropología médica y la salud intercultural en México: Del indigenismo culturalista del siglo XX a la interculturalidad en salud del siglo XXI. *Revista Peruana de Medicina Experimental y Salud Publica*, 27(1), 114-22.
- CANELO, Brenda, GAVAZZO, Natalia y NEJAMKIS, Lucila (2018). Nuevas (viejas) políticas migratorias en la Argentina del cambio. *Si Somos Americanos*, 18(1), 150-182.
- CARDOSO DE OLIVERIRA, Roberto (2004). El trabajo del Antropólogo: mirar, escuchar, escribir. *Avá*, 5, 55-68.
- CARREÑO CALDERÓN, Alejandra (2018). Le silence indigène dans l'espace biomédical: pratiques de (des) obéissance et autonomie. *Connexions*, (1), 71-83.
- CARRIZO, Gabriel (2009) Trabajo, petróleo y ruptura populista. Los trabajadores del petróleo en la Gobernación Militar de Comodoro Rivadavia. *Estudios*, 22, 75-104.

CARRIZO, Gabriel (2016). *Petróleo, peronismo y sindicalismo. La historia de los trabajadores de YPF en la Patagonia, 1944-1955*. Prometeo Libros. Buenos Aires.

CARSTEN, Janet (2000) "Introduction". En *Cultures of Relatedness. New Approaches to the Study of Kinship*, editado por Janet Carsten (1-36). Cambridge: Cambridge University Press.

CASSANELLO, Carina (2014). Historia reciente de los inmigrantes bolivianos en la Argentina, 1970-2000. Trayectorias migrantes, redes sociales y transnacionalidad (Tesis de posgrado). Universidad Nacional de Quilmes, Bernal, Argentina. Disponible en: Repositorio Institucional de Acceso Abierto <http://ridaa.unq.edu.ar/handle/20.500.11807/67>

CENDALI, Florencia y POZO, Laura (2008) Políticas de Salud Pública en Argentina: Comparación de dos modelos. V Jornadas de Sociología de la UNLP, 10, 11 y 12 de diciembre de 2008, La Plata, Argentina. En: Actas. La Plata: UNLP. FAHCE. Departamento de Sociología. Disponible en: http://www.memoria.fahce.unlp.edu.ar/trab_eventos/ev.5943/ev.5943.pdf

CERRUTTI, Marcela (2010). *Salud y migración internacional: mujeres bolivianas en la Argentina*. Buenos Aires: Latingráfica S.R.L.

CERRUTTI, Marcela y MAGUID, Alicia (2010). *Familias divididas y cadenas globales de cuidado: la migración sudamericana a España*. Santiago de Chile: CEPAL - UNFPA. (Serie Políticas Sociales, N° 163).

CERTÁNGOLO, Oscar y DEVOTO, Florencia (2002) Organización de la salud en argentina y equidad Una reflexión sobre las reformas de los años noventa e impacto de la crisis actual Taller: "Regional Consultation on Policy Tools: Equity in Population Health" , en la ciudad de Toronto, el día 17 de junio de 2002. Disponible en: https://www.cepal.org/sites/default/files/publication/files/28457/LCbueR251_es.pdf

CHANAMPA, Magali (2014). El asentamiento informal "Extensión 30 de Octubre" de Comodoro Rivadavia y sus problemas ambientales: una cuestión indiferente. *Cuaderno urbano*, 17(17), 71-88.

CHURCH, Meredith (2019) Influencia del quechua en el castellano andino del Cusco, Perú. Independent Study Project (ISP) Collection. 3110. Disponible en: https://digitalcollections.sit.edu/isp_collection/3110

COICAUD, Claudia (2013). De profesión Técnico Superior en Gestión de la Salud Comunitaria: Una experiencia de formación, en Escudero, Beatriz (Coord.) *Salud comunitaria: la construcción de un campo interdisciplinar: aproximaciones desde la formación de técnicos en salud*, (pp. 21-34), Editorial Universitaria Patagónica, Comodoro Rivadavia, 135 pp.

COMAS D'ARGEMIR, Dolors (2014). Los cuidados y sus máscaras: Retos para la antropología feminista. *Mora (Buenos Aires)*, 20(1).

CONRAD, Peter (1982) Sobre la medicalización de la anormalidad y el control social. En: Ingleby D. (Ed.). *Psiquiatría crítica. La política de la salud mental* (129-138). Barcelona: Grijalbo.

COURTIS, Corina; LIGUORI, Gabriela y CERRUTTI, Marcela (2010). *Migración y salud en zonas fronterizas: El estado plurinacional de Bolivia y Argentina*. Santiago de Chile: CEPAL/UNFPA.

CRENSHAW, Kimberlé (1991). Mapping the margins: intersectionality, identity politics, and violence against women of color. *Stanford Law Rev.* 43(6), 1241–99.

CRESPO, Edda Lia (2007) Entre exclusiones y objetivos compartidos: las `pobres madres obreras´ y sus hijos. La Sociedad Damas de Beneficencia vs. la Junta Vecinal de Previsión Social y Salud Pública de Comodoro Rivadavia durante la restauración conservadora. En Primeras Jornadas Nacionales de Historia Social. La Falda, Córdoba Disponible en: https://cehsegreti.org.ar/historia-social-1/mesas%20ponencias/Mesa%2010/Ponencia_Crespo.pdf

CRESPO, Edda Lía (2016) Entre tradiciones, regionalismos y socorros mutuos. El asociacionismo español en la zona del Golfo San Jorge (1910-1959). *Quinto Sol*, 20(2), 1-21.

DAKESSIAN, María y SKOUMAL, Gladys (2013) Equipo técnico pedagógico. En Escudero, Beatriz (Coord.) *Salud comunitaria: la construcción de un campo interdisciplinar: aproximaciones desde la formación de técnicos en salud* (pp. 15-18), Editorial Universitaria Patagónica, Comodoro Rivadavia, 135 pp.

DAL BÓ, Alberto (2008) *Hospitales de reforma. Crónicas para evitar el olvido*. Buenos Aires: Editorial Biblos.

DAS, Veena y POOLE, Deborah (2008) El estado y sus márgenes. Etnografías comparadas. *Revista Académica de Relaciones Internacionales*, 8, 1-39.

DE CERTEAU, Michel (1996). Relatos de espacio. En De Certeau, M. *La invención de lo cotidiano: el oficio de la historia, Tomo 1* (pp.127-142). México: Editorial Iberoamericana.

DE LA TORRE, Luz María y SANDOVAL PERALTA, Carlos (2004) *La reciprocidad en el mundo andino. El caso del pueblo Otavalo*. Quito: Abya Yala.

DE LAURETIS, Teresa (1989) *Technologies of Gender. Essays on Theory, Film and Fiction*. Londres: Macmillan Press.

DESMOND, Matthew (2011) Haciéndose bombero. Apuntes de investigación del *CECYP*, 25(20), 95-130.

DI LISCIA, María Silvia (2008) Imaginarios y derroteros de la salud en el interior Argentino. Los Territorios Nacionales (fines del siglo XIX y principios del XX). *Entrepasados, Revista de Historia*, 17(33) 49-69.

- DI LISCIA, María Silvia (2009) Cifras y problemas. Las estadísticas y la salud en los Territorios Nacionales (1880-1940). *Salud Colectiva*, 5(2), 259-278.
- DI LISCIA, María Silvia (2017) Del brazo civilizador a la defensa nacional: políticas sanitarias, atención médica y población rural (Argentina, 1900-1930). *Historia Caribe*, 12 (31), 159-193.
- DOMENECH, Eduardo (2012). Estado, escuela e inmigración boliviana en la Argentina contemporánea. (Tesis doctoral). Recuperada de https://gredos.usal.es/jspui/bitstream/10366/122927/1/DSC_Domenech_EduardoEnrique_estado_escuela_inmigracion_boliviana_en_Argentina.pdf
- DOVIO, Mariana Angela (2012) La noción de la “mala vida” en la Revista Archivos de Psiquiatría, Criminología, Medicina Legal y Ciencias Afines, Buenos Aires (1902-1913) en relación al Higienismo argentino. Nuevo Mundo Mundos Nuevos. Disponible en: <http://journals.openedition.org/nuevomundo/63961>
- ELÍAS, Norbert (1982) *Sociología Fundamental*. Barcelona: Gedisa.
- ENGELMAN, Martín (2007) Discriminación y estigmatización como barreras de accesibilidad a la salud. *Anuario de Investigaciones*, 14, 221-228.
- EPELE, María (2012). *Padecer, cuidar y tratar: estudios socio-antropológicos sobre consumo problemático de drogas*. Buenos Aires: Antropofagia.
- ESQUIVEL, Valeria, FAUR, Eleonor y JELIN Elizabeth (2012) Hacia la conceptualización del cuidado: familia, mercado y estado. En *Las lógicas del cuidado infantil*. Buenos Aires: IDES, UNICEF.
- ESTEBAN, Mari Luz (2006) El Estudio de la Salud y el Género: Las Ventajas de un Enfoque Antropológico y Feminista. *Salud Colectiva*, 2(1), 9-20.
- FABIAN, Johannes (2006). The Other revisited: Critical afterthoughts. *Anthropological Theory* 6 (2):139-152.
- FASSIN, Didier (1996). *L'espace politique de la santé. Essai de généalogie*. París: Presses Universitaires de France.
- FASSIN, Didier (2003). Entre las políticas de lo viviente y las políticas de la vida. hacia una antropología de la salud. *Revista Colombiana de Antropología*, 40, 283-318.
- FASSIN, Didier (2015). La economía moral del asilo. Reflexiones críticas sobre la “crisis de los refugiados” de 2015 en Europa. *Revista de Dialectología y Tradiciones Populares*, 20(2), 277-290.
- FELDMAN-BIANCO, Bela (2015). Desarrollos de la perspectiva transnacional: migración, ciudad y economía política. *Alteridades*, 25(50), 13-26.
- FEO, Oscar (2012) Dialogando con Mario Rovere sobre el artículo “Atención primaria de salud en debate”. *Saúde em Debate*, 36(94): 327-342.

- FINKELSTEIN, Laura (2017) Miradas sobre usuarios migrantes regionales e interculturalidad en salud. *Revista Migraciones internacionales (OIM-ONU)*, 1, 40-58.
- FISHER, Berenice y TRONTO Joan. (1990). Toward a Feminist Theory of Caring. En: E. Abel y M. Nelson (eds.) *Circles of Care. Albany* (36-54). New York: SUNY Press.
- FLORES ANGELES, Roberta Liliana y TENA GUERRERO, Olivia (2014) Maternalismo y discursos feministas latinoamericanos sobre el trabajo de cuidados: un tejido en tensión. *Iconos. Revista de Ciencias Sociales*, 50, 27-42.
- FOSTER, George (1953) Cofradia and Compadrazgo in Spain and Spanish America. *Southwestern Journal of Anthropology*, 9(1), 1-29.
- FOUCAULT, Michel (1977). *Historia de la sexualidad I. La voluntad de saber*. Distrito Federal México: Siglo XXI Editores.
- FOUCAULT, Michel (2002) *Vigilar y castigar: nacimiento de la prisión*. Buenos Aires: Siglo XXI Editores.
- FOUCAULT, Michel (2006). *Seguridad, Territorio, Población*. Buenos Aires: Fondo de Cultura Económica
- FRANCO, Ninoska; AYLLON, Sonia; VALLEJO, Marcelo y HANSEN-DAY Kristen (2010) Beneficios de la posición vertical para la atención del parto. Experiencia en el Hospital "Manuel A. Villarroel" de Punata, Cochabamba, Bolivia. *Revista médica (Cochabamba)*, 21(1), 19-25.
- FREIDIN, Betina; BALLESTEROS, Matías.; KRAUSE, Mercedes; WILNER, Agustín y VINITSKY, Aana (2020) *Atención primaria de la salud en tiempos de crisis*. Buenos Aires: Editorial Teseo.
- GARCÍA DÍAZ, Carlos (1986) El Maestro Alvarado, vencedor del paludismo y pionero de la Medicina Social. *Revista Medicina y Sociedad*, 9(6).
- GATICA, Mónica y PÉREZ ÁLVAREZ, Gonzalo (2012). "Provincialización, corporaciones y política: la Convención Constituyente del Chubut en 1957", en Martha Ruffini (directora), *De territorios a provincias. Actores, partidos y estrategias en las nuevas provincias argentinas (1951-1962)*, Biblioteca de Historia Política: <http://historiapolitica.com/biblioteca/>.
- GAVAZZO, Natalia (2019) *Boliviantinos y argenguayos: una nueva generación de jóvenes migrantes e hijos de inmigrantes en Buenos Aires*. Ciudad Autónoma de Buenos Aires: Grupo Editor Universitario.
- GLICK SCHILLER, Nina; BASCH, Linda y BLANC-SZANTON, Cristina (1992) Towards a transnationalization of migration Race, class, ethnicity and nationalism reconsidered. *The Annals of the New York Academy of Sciences*, 645, 1-24.
- GLUCKMAN, Max (1956). Análisis de una situación social en Zululandia moderna. Rhodes-Livingstone Paper, 28, 1-27. Recuperado de: <http://www.ciesas.edu.mx/Publicaciones/Clasicos/Index.html>

- GOLDBERG, Alejandro (2008). Etnografía de los procesos de salud/enfermedad/atención en inmigrantes bolivianos del Área Metropolitana de Buenos Aires. IX Congreso Argentino de Antropología Social. Facultad de Humanidades y Ciencias Sociales - Universidad Nacional de Misiones, Posadas.
- GOLDBERG, Alejandro (2013a). Tuberculosis en inmigrantes bolivianos del área metropolitana de Buenos Aires: Narrativas y procesos asistenciales. En A. Martínez-Hernández, L. Masana, S. M. DiGiacomo (eds.) *Evidencias y narrativas en la atención sanitaria Una perspectiva antropológica*, 113-136. Tarragona / Porto Alegre: Publicaciones URV.
- GOLDBERG, Alejandro (2013b). Un abordaje comparativo en torno a la incidencia de la tuberculosis en inmigrantes bolivianos de Buenos Aires y São Paulo. *Revista Interdisciplinaria Mobilidade Humana*, 21(40)93-106.
- GÓMEZ PAZ, José Benjamín (2008) La política de salud en el desarrollismo. *Revista de la Asociación Médica Argentina*, 21 (4), 29-38.
- GRANDA, Edmundo (2004) ¿A qué llamamos salud colectiva, hoy? *Revolución Cubana Salud Pública*, 30(2).
- GRIMSON, Alejandro (1999) *Relatos de la diferencia y la igualdad. Los bolivianos en Buenos Aires*. Buenos Aires: Eudeba.
- GRIMSON, Alejandro (2011). *Los límites de la cultura*. Buenos Aires: Siglo veintiuno editores.
- GRINBERG, Silvia Mariela (2007) Gubernamentalidad: estudios y perspectivas. *Revista Argentina de Sociología*, 5(8). 95-110.
- GUBER, Rosana (2013). *El salvaje metropolitano. Reconstrucción del conocimiento social en el trabajo de campo*. Buenos Aires: Paidós.
- GUBER, Rosana (2014). *La articulación etnográfica Descubrimiento y trabajo de campo de la investigación de Esther Hermitte*. Buenos Aires: Editorial Biblos.
- GUERRERO ESPINAL, Eduardo; LEVCOVICH, Mónica; LIMA QUINTANA, Laura; SANTICH, Ileana y JASÍN, Marcos (1997) *Transformaciones del sector salud en la Argentina estructura, proceso y tendencias de la reforma del sector entre 1990 y 1997*. Buenos Aires: OPS-OMS
- GUPTA, Akhil (2015) Fronteras borrosas: el discurso de la corrupción, la cultura de la política y el estado imaginado. En Abnms, P; Gupta, A; Mitchel, T. *Antropología del estado* (71-144). FCE: Mexico.
- GUPTA, Akhil y FERGUSON, James (1997). Discipline and Practice: "The Field" as Site, Method and Location in Anthropology. En Akhil Gupta y James Ferguson (eds.), *Anthropological Locations: Boundaries and Ground of a Field Science*, (1-46). Berkeley: University of California Press.

- HAHAN, Robert y KLEINMAN, Arthur (1983) Biomedical practice and anthropological theory: Frameworks and Directions. *Annu. Rev. Anthropol.*, 12, 305-333.
- HALL, Stuart (2003) "Introducción: ¿quién necesita 'identidad'?", en Hall, S. y du Gay, P. (comp.): *Cuestiones de identidad cultural* (13-38). Buenos Aires, Amorrortu.
- HARAWAY, Donna (1991). Gender for a Marxist Dictionary: the Sexual Politics of a Word. En: *Simians, Cyborgs, and Women. The Reinvention of Nature.* (127-148). London: Free Association Books Ltd.
- HARO-ENCINAS, Jesús Armando (2000) Cuidados profanos: una dimensión ambigua en la atención de la salud. En E. Perdiguero J. Comelles (eds.) *Medicina y cultura estudios entre la antropología y la medicina* (101-162). Barcelona: Edicions Bellaterra.
- HAWKESWORTH, Mary (1997). "Confounding gender". *Debate Feminista*, 20(10), 3-48.
- HERRERA, Gioconda (2012). Género y migración internacional en la experiencia latinoamericana. De la visibilización del campo a una presencia selectiva. *Revista Política y Sociedad. Universidad Complutense de Madrid*, 49(1), 35-46.
- HERRERA, Gioconda (2013). Gender and International Migration: Contributions and Cross fertilizations. *Annual Review of Sociology*, 39, 471-489.
- HIRSCH, Silvia y LORENZETTI, Mariana (2016). Biomedicina y pueblos indígenas en la Argentina. Un recorrido por las políticas de salud. En S. Hirsch y M. Lorenzetti (Eds.) *Salud pública y pueblos indígenas en la Argentina. Encuentros, tensiones e interculturalidad* (19-50). Buenos Aires: UNSAM edita.
- IDOYAGA MOLINA, Anátilde (2003) *Culturas, Enfermedades y Medicinas. Reflexiones sobre la Atención de la Salud en Contextos Interculturales de Argentina.* Buenos Aires: Ediciones IUNA.
- JELIN, Elizabeth. (2010). *Pan y afectos. La transformación de las familias.* Buenos Aires: Fondo de Cultura Económica.
- JELIN, Elizabeth; GRIMSON, Alejandro y ZAMBERLIN, Nina (2006). Los pacientes extranjeros en la mira. En Jelin, E. (Ed.) *Salud y migración regional. Ciudadanía, discriminación y comunicación intercultural.* (47-56). Buenos Aires: IDES.
- JIMENO, Myriam (2007). Lenguaje, Subjetividad y experiencias de violencia. *Antípoda, Revista de Antropología y Arqueología*, 5, 169-190.
- KOBERWEIN, Adrián (2012). El estado como categoría nativa: trabajo, territorio y proyecto nacional. *Avá*, (21), 63-84.
- KOHL, Alejandro (2018) *La salud en nuestra América. Una perspectiva histórico-antropológica.* Buenos Aires: Prometeo libros.

LAMAS, Marta (2006). *Feminismo. Transmisiones y retransmisiones*. México: Ed. Taurus.

LARA, Marielena, GAMBOA, Cristina, KARHAMANIAN, María, MORALES, Leo y HAYES BAUTISTA, David (2005). Acculturation and latino health in United States: a review of the literature and the sociopolitical context. *Annual Review of Public Health*, 26, 367-397.

LATORRE, Víctor (2010). "Migración en la Patagonia: un espejo en los diario de Comodoro Rivadavia". Ponencia presentada en V Congreso Internacional de la Lengua Española. [En línea] Valparaiso, Chile, 2010, Disponible en: http://congresosdelalengua.es/valparaiso/ponencias/lengua_comunicacion/latorre_victor_f.htm.

LESLIE, Charles (1980). Medical pluralism in world perspective. *Social Science & Medicine. Medical Anthropology*, 14(4), 191-195.

LEVITT, Peggy y GLICK SCHILLER, Nina (2004) Perspectivas internacionales sobre migración: conceptualizar la simultaneidad Migración y Desarrollo. *Red Internacional de Migración y Desarrollo Zacatecas, México*, 3, 60-91.

LEYTON, Daniela y VALENZUELA, América (2016) Trayectorias del cuidado de la salud infantil. El caso de la comunidad atacameña de toconao. *Estudios Atacameños Arqueología y Antropología Surandinas*, 55, 251-270.

LIBERONA CONCHA, Nanette (2012). De la alterización a la discriminación en un sistema público de salud en crisis: conflictos interétnicos a propósito de la inmigración sudamericana en Chile. *Revista de Ciencias Sociales*, 28, 19-38.

LINARDELLI, María Florencia (2021) Mujeres migrantes y violencia en Argentina: experiencias e implicancias en la salud/enfermedad/cuidado. *Revista Katálysis*, 24(2), 342-352.

LINARDELLI, María Florencia y GOLDBERG, Alejandro (2018). Vivir y trabajar en fincas, fábricas y talleres. Experiencias de padecimientos y cuidados de mujeres migrantes en Mendoza y Buenos Aires. *Revista Migraciones*, 45. 29-56.

LINDÓN, Alicia (2006) Territorialidad y género: una aproximación desde la subjetividad espacial. En Ramirez Kuri, P. y Aguilar Diaz, M. (Coords.), *Pensar y habitar la ciudad*. (13-33). Barcelona: Anthropos.

LOCK, Margaret y NGUYEN, Vinh-Kim (2010). *An anthropology of biomedicine*. Oxford, Wiley: Blackwell.

LOCK, Margaret y SCHEPER-HUGHES, Nancy (1990) A critical-interpretive approach in medical anthropology: Rituals and routines of discipline and dissent". En T. M. Johnson y C. F. Sargent (dir.). *Medical anthropology. A handbook of theory and method*. Nueva York: Greenwood Press.

LORENTE MOLINA, Belén (2004) Género, ciencia y trabajo. Las profesiones feminizadas y las prácticas de cuidado y ayuda social. *Scripta Ethnologica*, 26, 39-53.

- LORENZETTI, Mariana (2012) La dimensión política de la salud: las prácticas sanitarias desde las comunidades peri-urbanas wichí del Departamento de San Martín (Salta). *Publicar*, 10(11), 65-86.
- LORENZETTI, Mariana (2016) La promoción de la salud indígena y las condiciones de trabajo de los agentes sanitarios en el noreste de la provincia de Salta. En Silvia Hirsch y Mariana Lorenzetti (comps.), *Salud pública y pueblos indígenas en la Argentina. Encuentros, tensiones e interculturalidad* (pp. 253-275). Buenos Aires: UNSAM.
- LUGONES, María (2005). Multiculturalismo radical y feminismos de mujeres de color. *Revista Internacional de Filosofía Política*, (25), 61-76.
- LUGONES, María (2008). Colonialidad y género. *Tabula Rasa*, (9), 73-101.
- LURBE I PUERTO, Kàtia (2010). Inmigrantes como grupo de riesgo sanitario: Instrumentalizar el riesgo ¿inserta o segrega? En Josep Comelles y otros (comps.), *Migraciones y salud* (55-70). Tarragona: URV.
- MAGLIANO, María Jose (2009). Migración, género y desigualdad social. La migración de mujeres bolivianas a Argentina. *Revista Estudios Feministas*, 17(2), 344-367.
- MAGLIANO, María Jose (2015). Interseccionalidad y migraciones: potencialidades y desafíos. *Revista Estudios Feministas*, 23(3), 691-712.
- MAHMOOD, Saba (2001) Feminist Theory, Embodiment, and the Docile Agent: Some Reflections on the Egyptian Islamic Revival. *Cultural anthropology* 16(2). 202-236.
- MAIDANA, Carolina (2013) Migración indígena, procesos de territorialización y análisis de redes sociales. *Rev. Interdiscipl. Mobil. Hum*, 21 (41), p. 277-293.
- MALLIMACI BARRAL, Ana Inés (2012). Moviéndose por Argentina: Sobre la presencia de bolivianos en Ushuaia. *Migraciones internacionales*, 6(4), 173-207.
- MALLIMACI BARRAL, Ana Inés (2016) Prácticas religiosas en contextos de migración. Algunas articulaciones entre transnacionalidad, localidad e identidad. Papeles del CEIC, 1(154) CEIC (Centro de Estudios sobre la Identidad Colectiva), Universidad del País Vasco. <http://dx.doi.org/10.1387/pceic.14189>
- MARCUS, George (2001). Etnografía en/del sistema mundo. El surgimiento de la etnografía multilocal. *Alteridades*, 11(22), 111-127.
- MÁRMORA, Lelio (1968). *Migración al sur, argentinos y chilenos en Comodoro Rivadavia*. Buenos Aires: Ediciones Libera.
- MARTÍN ZURRO, Armando y JODAR SOLA, Gloria (2011) *Atención Familiar y Salud comunitaria. Conceptos y materiales para docentes y estudiantes*. Barcelona: Elsevier.
- MARTÍN, Eloísa (2007) Aportes al concepto de 'religiosidad popular': una revisión de la bibliografía argentina. En M. Carozzi and C. Ceriani (eds) *Ciencias sociales y religión en América Latina. Perspectivas en debate* (61-86). Buenos Aires: Biblos.

- MARTÍN, Eloísa (2009). From Popular Religion to Practices of Sacralization: Approaches for a Conceptual Discussion. *Social Compass*, 56(2), 273–285.
- MARTÍNEZ HERNÁNDEZ, Ángel (2008). *Antropología médica: teorías sobre la cultura, el poder y la enfermedad*. Barcelona: Anthropos.
- MARTÍNEZ NOVO, Carmen (2006) *Who defines indigenous? Identities, development, intellectuals and the state in Northern Mexico*. New Brunswick, New Jersey and London: Rutgers University Press.
- MARTÍNEZ-ANDRADE, Luis (2008) La reconfiguración de la colonialidad del poder y la construcción del Estado-nación en América Latina. *Amérique Latine Histoire et Mémoire. Les Cahiers ALHIM*. Disponible en: <http://journals.openedition.org/alhim/2878>
- MENDOZA ONTIVEROS, Martha Marivel. (2010). El compadrazgo desde la perspectiva antropológica. *Alteridades*, 20(40), 141-147
- MENÉNDEZ, Eduardo (1978). El modelo médico y la salud de los trabajadores. En F.Basaglia. *La salud de los trabajadores* (11-53). México DF: Nueva Imagen.
- MENÉNDEZ, Eduardo (1981). *Poder, estratificación social y salud. Análisis de las condiciones sociales y económicas de la enfermedad en Yucatán Tarragona*. Tarragona: Ediciones URV.
- MENÉNDEZ, Eduardo (1992). Modelo hegemónico, Modelo alternativo subordinado, Modelo de autoatención. Caracteres estructurales. En R. Campos-Navarro (Comp.). *La antropología médica en México* (97-114). México: Instituto Mora/Universidad Autónoma Metropolitana
- MENÉNDEZ, Eduardo (1994). Prácticas populares, grupos indígenas y sector salud: articulación cogestiva o los recursos de la pobreza. *Publicar*, 2(4), 7-32.
- MENÉNDEZ, Eduardo (2003). Modelos de atención de los padecimientos: de exclusiones teóricas y articulaciones prácticas. *Ciencia & Saúde Coletiva*, 8(1), 185-207.
- MENÉNDEZ, Eduardo (2009) *De sujetos, saberes y estructuras. Introducción al enfoque relacional en el estudio de salud colectiva*. Buenos Aires: Lugar Editorial.
- MEÑACA, Arantza (2004). Salud y migraciones. En G. Fernández Juárez (Ed.), *Salud e interculturalidad en América Latina. Perspectivas antropológicas* (53-65). Quito: Abya-Yala.
- MEÑACA, Arantza (2007). Sistema sanitario e inmigración. El papel de la cultura. En M. Esteban (Ed.), *Introducción a la antropología de la salud. Aplicaciones teóricas y prácticas* (pp. 103-116). Bilbao: OSALDE: Asociación por el derecho a la salud.
- MIGNOLO, Walter (2007). *La idea de América Latina. La herida colonial y la opción decolonial*. Barcelona: Gedisa.

MIGNOLO, Walter (2014). El pensamiento des-colonial, desprendimiento y apertura: Un manifiesto. En A. Garcia-Linera; W. Mignolo y C. Walsh, *Interculturalidad, descolonización del Estado y del conocimiento*. Buenos Aires: Ediciones del Signo.

MISHLER, Elliott (1981). *View Point: Critical Perspectives on the Biomedical Model. Social Context of Health, and Illness, and Patient Care*. Nueva York: Cambridge University Press.

MOMBELLO, Laura (2006). Alternativas de atención en salud basadas en la interculturalidad. La cercanía barrial y la acción institucional, en Elizabeth Jelin (dir.), *Salud y Migración Regional. Ciudadanía, Salud y migración internacional: mujeres bolivianas en la Argentina. Discriminación y Comunicación Intercultural*. Buenos Aires: Instituto de Desarrollo Económico y Social (IDES).

MUÑOZ, Susana (2013) Salud integral y fortalecimiento comunitario en la formación del Técnico Superior en Gestión de la Salud Comunitaria. En Escudero, Beatriz (Coord.) *Salud comunitaria: la construcción de un campo interdisciplinar: aproximaciones desde la formación de técnicos en salud* (15-18), Editorial Universitaria Patagónica, Comodoro Rivadavia, 135 pp.

MURILLO, Susana (2000) Influencias del Higienismo en políticas sociales en Argentina 1871 – 1913. En *Salud en crisis. Un análisis de las ciencias sociales III Jornadas Interdisciplinarias de Salud y Población*, Ana Domínguez Mon, Andrea Federico, Liliana Findling, Ana María Méndez Diez Comps. Buenos Aires: Editorial Dunken.

NARANJO, María (2006). Evaluación de programas de salud. *Comunidad y Salud*, 4(2), 34-37.

NARI, Marcela (2004) *Políticas de la maternidad y maternalismo político*. Buenos Aires: Editorial Biblos.

NOVARO, Gabriela (2014). Procesos de identificación nacional en población migrante: continuidades y quiebres en las relaciones intergeneracionales. *Revista de Antropología Social*, 23, 157-179.

NOVARO, Gabriela y DIEZ, María Laura (2011) ¿Una inclusión silenciosa o las sutiles formas de la discriminación? Reflexiones a propósito de la escolarización de niños bolivianos. En C. Courtis y M. I. Pacecca (Comps.), *Discriminaciones étnicas y nacionales: un diagnóstico participativo*. Buenos Aires: Editores del Puerto y Asociación por los Derechos Civiles, 37-57.

NOVARO, Gabriela; DIEZ, María Laura y MARTÍNEZ, Laura (2017) Educación y migración latinoamericana: Interculturalidad, derechos y nuevas formas de inclusión y exclusión escolar. Organización Internacional para las Migraciones; *Migraciones Internacionales*; 2(12), 7-23.

NOVICK, Susana (2018) *Política y población. De los conservadores al peronismo*. Buenos Aires: Universidad de Buenos Aires-Instituto de Investigaciones Gino Germani.

- ORTNER Sherry y WHITEHEAD, H. (1981). *Sexual Meanings. The Cultural Construction of Gender and Sexuality*. Cambridge: Cambridge University Press.
- ORTNER, Sherry (2016) *Antropología y teoría social. Cultura, poder y agencia*. Buenos Aires: UNSAM EDITA.
- OVIEDO, Guillermina (2020) *Fotografías e identidades políticas: imágenes de la Gobernación Militar de Comodoro Rivadavia (1944-1955)* (Tesis doctoral). Doctorado en Sociología de la Universidad Nacional de San Martín. Disponible en: <https://ri.unsam.edu.ar/handle/123456789/1205?mode=full>
- PAGNAMENTO, Licia Viviana (2017) *La construcción social de políticas públicas en salud: la participación comunitaria asociada a la Atención Primaria de la Salud desde la perspectiva de los agentes de salud. Análisis de caso (CAPS municipio de La Plata 2008-2015)* (Tesis de posgrado). -- Presentada en Universidad Nacional de La Plata. Facultad de Humanidades y Ciencias de la Educación para optar al grado de Doctora en Ciencias Sociales. Disponible en: <http://www.memoria.fahce.unlp.edu.ar/tesis/te.1492/te.1492.pdf>
- PAREKH, Bhikhu (2000). El etnocentrismo del discurso nacionalista. En A. Fernández Bravo (Comp.). *La invención de la nación. Ediciones* (91-122). Buenos Aires: Manantial.
- PENCHASZADEH, Ana Paula; GARCÍA, Lila Emilse (2018) Política migratoria y seguridad en Argentina hoy: ¿el paradigma de derechos humanos en jaque?; *Revista Latinoamericana de Estudios de Seguridad*, 23(12), 91-109.
- PERDIGUERO-GIL, Enrique (2004). El fenómeno del pluralismo asistencial: una realidad por investigar. *Gaceta Sanitaria*, 18(4), 140-145.
- PERDIGUERO-GIL, Enrique (2006). Una reflexión sobre el pluralismo médico. En G. Fernández Juárez (Coord.) *Salud e interculturalidad en américa latina Antropología de la salud y Crítica Intercultural* (33-50). Quito: Abya-Yala.
- PÉREZ, Pilar (2011) Historia y silencio: La Conquista del Desierto como genocidio no-narrado. *Revista Corpus*, 1(2). Disponible en: <http://journals.openedition.org/corpusarchivos/1157>
- PÉRGOLA, Federico (2010) Inicios del mutualismo en Argentina. *Revista argentina de salud pública. Ministerio de Salud de la Nación*, 1 (4) 2010, 45-46.
- PESSAR, Patricia y MALHER, Sarah (2003). Transnational Migration: Bringing Gender Back In. *International Migration Review* 37(3), 812-846.
- PIZARRO, Cynthia (2009). Espacios socioculturales “bolivianos” trans-urbanos en el Área Metropolitana de Buenos Aires. En Maronese, L. (Ed.) *Buenos Aires Boliviana. Migración, construcciones identitarias y memoria*. (37-52). Buenos Aires: Comisión para la Preservación del Patrimonio Histórico Cultural de la Ciudad Autónoma de Buenos Aires.

POTENZA DAL MASETTO, María Fernanda (2012) La implementación del Plan Nacer en ámbitos subnacionales. CIPPEC. Programa de Protección Social Area de Desarrollo Social. Disponible en: <https://www.cippec.org/wp-content/uploads/2017/03/2450.pdf>

POZZIO, María (2011). *Madres, mujeres y amantes. Usos y sentidos de género en la gestión cotidiana de las políticas públicas*. Buenos Aires: Antropofagia.

QUIJANO, Anibal (2000) Colonialidad del Poder y Clasificación Social. *Journal of world-systems research*, 6(2), 342-386.

RAMACCIOTTI, Karina (2004) Ideas y prácticas en la política sanitaria del primer peronismo, 1946-1955. *Ciclos*, 13(14), 81-98.

RAMÍREZ-HITA, Susana (2009) La contribución del método etnográfico al registro del dato epidemiológico. *Epidemiología sociocultural indígena quechua de la ciudad de Potosí. Salud colectiva*, 5(1), 63-85.

RAMÍREZ-HITA, Susana (2010) *Donde el viento llega cansado, Sistemas y prácticas de salud en la ciudad de Potosí*. La Paz, Bolivia, Cooperación Italiana.

RAMÍREZ-HITA, Susana (2013) Los usos y desusos del método etnográfico: las limitaciones de las narrativas en el campo de la salud”. En: Oriol Romaní (Eds.) *Etnografías, técnicas cualitativas e investigación en salud: un debate abierto* (43-63). Publicaciones URV: Tarragona.

RAMOS, Ana Margarita y RODRÍGUEZ, Mariela Eva (2020). Introducción: Memorias fragmentadas y tramas de memorias. En El Zanjón. En Ana Margarita Ramos y Mariela Eva Rodríguez (Coords) *Memorias y fragmentos de contexto de lucha* (11-42). Buenos Aires: Editorial Teseo.

RENN, Ortwin (1992). Concepts of Risk: A Classification. En Sheldon Krimsky y Dominic Golding (eds.), *Social Theory of Risk* (pp. 53-79). Londres: Praeger.

RIVERA CUSICANQUI, Silvia (2010) *Ch'ixinakax utxiwa. Una reflexión sobre prácticas y discursos descolonizadores*. Buenos Aires: Tinta Limón.

RIVERA CUSICANQUI, Silvia (2016) *Un mundo ch'ixi es posible. Ensayos desde un presente en crisis*. Buenos Aires: Tinta Limón.

ROSEN, George (1985). *De la policía médica a la medicina social. Ensayos sobre historia de la atención a la salud*. México DF: Siglo XXI editores.

ROVERE, Mario (1999) *Redes en salud*. Instituto Lazarte. Secretaría de salud pública Municipalidad de Rosario.

RUBIN, Gayle (1986). El tráfico de mujeres: Notas sobre la “economía política del sexo”. *Revista Nueva Antropología*, 8(30), 95-145.

SALA, Gabriela (2012) Acciones sanitarias dirigidas a los migrantes bolivianos residentes en Jujuy durante los años noventa. *Cuadernos de la Facultad de Humanidades y Ciencias Sociales de la Universidad Nacional de Jujuy*, 41, 273-292.

SANTI, Isabel (2006) El paciente inmigrante en Buenos Aires a fines del siglo xix. De la filantropía a la tecnología alienista. *Amérique Latine Histoire et Mémoire. Les Cahiers ALHIM*. Disponible en: <http://journals.openedition.org/alhim/1322> ; DOI : <https://doi.org/10.4000/alhim.1322>

SAYAD, Abdelmalek. (1996) El país al que nunca se llega, en *El correo de la Unesco*, Los mundos del exilio. Recuperado de: <http://unesdoc.unesco.org>

SAYAD, Abdelmalek. (2008) Estado, nación e inmigración. El orden nacional ante el desafío de la inmigración. *Apuntes de Investigación del CECYP*, 12(13), 101-116.

SCARZANELLA, Eugenia (2003) *Ni gringos ni indios. Inmigración, criminalidad y racismo en la Argentina, 1890-1940*. Universidad Nacional de Quilmes: Bernal.

SCOTT, Joan (1985) *Las armas de los débiles. Formas cotidianas de resistencia campesina*. Yale University Press.

SCOTT, Joan; CONWAY, Jill y BOURQUE, Susan (2013). El concepto de género. En M. Lamas (Comp.). *El género. La construcción cultural de la diferencia sexual*. México DF: Miguel Ángel Porrúa.

SEGATO, Rita Laura (2007). *La nación y sus otros. Raza, etnicidad y diversidad religiosa en tiempos de Políticas de la identidad*. Buenos Aires: Prometeo Libros.

SEGATO, Rita Laura (2015). Género y colonialidad: del patriarcado comunitario de baja intensidad al patriarcado colonial moderno de alta intensidad. En Segato Rita, *La crítica de la colonialidad en ocho ensayos. Y una antropología por demanda* (69-100). Buenos Aires, Prometeo

SEGATO, Rita Laura (2015). *La guerra contra las mujeres*. Colección Mapas 45. Madrid: Traficantes de Sueños.

SEMÁN, Pablo (2001) Cosmológica, holista y relacional: una corriente de la religiosidad popular contemporánea. *Ciencias Sociales y Religión*, 3(3), 45-74.

SETO, Junko (2016) El cambio recíproco entre los aymaras. *Ciencia y Cultura*, 37, 79-104.

SHARMA, Aradhana y GUPTA, Aakhil (2006) *The Anthropology of the State. A Reader*. London: Blackwell Publishing.

SHORE, Cris (2010). La antropología y el estudio de la política pública: reflexiones sobre la 'formulación' de las políticas. *Antípoda: Revista de Antropología y Arqueología*, (10), 21-49.

SOPRANO, German (2015). El Estado en los extremos. Contribuciones de la historiografía hispanocolonial y la antropología de la política al estudio del Estado en el siglo XX. *Estudios Sociales del Estado*, 1(1), 5-25.

SORUCO SOLOGUREN, Ximena (2006) La chola boliviana en la primera mitad del siglo XX. De femme fatale a madre de la nación. L'Âge d'or Disponible en: <https://doi.org/10.4000/agedor.169>

SORUCO SOLOGUREN, Ximena (2006) *Teatro popular en Bolivia: La afirmación de la identidad chola a través de la metáfora de la hija pródiga*. Lima: Lugar IEP - Instituto de Estudios Peruanos Editorial.

SUÁREZ, Roberto; BELTRÁN, Elsa María y SÁNCHEZ, Tatiana (2006). El sentido del riesgo desde la antropología médica: consonancias y disonancias con la salud pública en dos enfermedades transmisibles. *Antípoda*. *Revista de Antropología y Arqueología*, (3),123-154.

SUAREZ, Roberto; BELTRAN, Elsa y SÁNCHEZ, Tatiana (2006) El sentido del riesgo desde la antropología médica: consonancias y disonancias con la salud pública en dos enfermedades transmisibles. *Antípoda*, 3, 123-154.

SUAREZ, Rubén (2014) *Una aproximación a la historia de la salud en Río Negro, Chubut y Neuquén: del territorio a la provincialización* (Tesis doctoral). Tesis de doctorado en Historia. Bahía Blanca: Universidad Nacional de Sur. Disponible en: <https://repositoriodigital.uns.edu.ar/handle/123456789/2449> para evitar el olvido. Buenos Aires: Editorial Biblos.

TELLO, Mariana Eva (2017) (Re)pensando el concepto de reflexividad en el contexto del trabajo de campo; Universidad de Santiago del Estero. Facultad de Humanidades y Ciencias Sociales Instituto de Estudios para el Desarrollo Social. *Trabajo y Sociedad*, 29(8), 667-675.

TOBAR, Federico (2012) Breve historia del sistema argentino de salud. En Garay, Oscar, *Responsabilidad Profesional de los Médicos. Ética, Bioética y Jurídica. Civil y Penal*. Buenos Aires: La Ley.

TRIGO, Abril (2011). De memorias, desmemorias y antimemorias. *Taller de letras*, 49, 17-28

TROUILLOT, Michel-Rolph (2001) The Anthropology of the State in the Age of Globalization. Close Encounters of the Deceptive Kind. *Current Anthropology*, 42, 125-138.

TSING, Anna (2005) *Friction. An Ethnography of Global Connection*. Princeton: Princeton University Press.

USACH, Natalia y FREDDO, Bianca (2016) Dispersión y fragmentación socioespacial en el crecimiento reciente de una ciudad petrolera de la Patagonia argentina. *Papeles de población*, 90, 265-301.

- VALERA, Sergi (1999). Espacio privado, espacio público: Dialécticas urbanas y construcción de significados. *Tres al cuarto*, 6, 22-24.
- VARGAS, Amalia Noemí (2015) El rutichico y el bautismo en el noroeste argentino. *Mitológicas*, 30, 77-96.
- VAZQUEZ, Letizia (2020) *Políticas urbanas y asentamientos informales en Comodoro Rivadavia* (Tesis de Maestría en Estudios Socioterritoriales) Universidad Nacional de la Patagonia San Juan Bosco.
- VERONELLI, Juan Carlos y VERONELLI, Magalí (2004) *Los orígenes institucionales de la salud pública en Argentina*. Buenos Aires: Organización Panamericana de la Salud.
- VIAÑA, Jorge (2009) *Interculturalidad como herramienta de emancipación. Hacia una redefinición de la interculturalidad y sus usos estatales*. La Paz: Instituto Internacional de Integración.
- VILLEGAS POLJAK, Asia (2009) La violencia obstétrica y la esterilización forzada frente al discurso médico. *Revista venezolana de estudios de la mujer*, 14 (32).
- VIRUELL-FUENTES, Edna; MIRANDA, Patricia y ABDULRAHIM, Sawsan (2012). More than culture: structural racism, intersectionality theory, and immigrant health. *Social Science & Medicine*, 75(12), 1524-1535.
- VIVEROS VIGOYA, Mara (2016). La interseccionalidad. Una aproximación situada a la dominación. *Debate feminista*, 52, 1-17.
- WALSH, Catherine (2007). Interculturalidad, colonialidad y educación. *Revista Educación y Pedagogía*, 19(48), 25-35.
- WALSH, Catherine (2008). Interculturalidad, plurinacionalidad y decolonialidad: las insurgencias político- epistémicas de refundar el Estado. *Tabula Rasa*, 9, 131-152.
- WEDEL, Jannie; SHORE, Cris; FELDMAN, Gregory y LATHROP, Stacy (2005). Towards an Anthropology of Public Policy. *The Annals of the American Academy of Political and Social Sciences*, 600, 30-51.
- WILLIAMS, Guillermo (2010) *Identidades y Discurso: Las "Comunidades extranjeras" de Comodoro Rivadavia, Chubut (1989-2010)*. Tesis de Licenciatura en Historia. Universidad Nacional de la Patagonia San Juan Bosco. Facultad de Humanidades y Ciencias Sociales.
- WIMMER, Andreas y GLICK SCHILLER, Nina (2002) Methodological nationalism and beyond: nation-state building, migration and the social sciences. *Global Networks: A Journal of Transnational Affairs* 2 (4), pp. 301-334.
- WRIGHT, Pablo (1995). El espacio utópico de la antropología. Una visión desde la Cruz del Sur. Cuadernos. *INA* 16, 191-200.

YEDLIN, Daniel; BIASOTTI, Javier; GALLO, Susana; JAIT, Andrea; LAZOVSKI, Jaime; PENA, Raul y ZAPESOCHNY, Valeria (2012) *El derecho a la salud. 200 años de políticas sanitarias en Argentina*. Buenos Aires: Ministerio de Salud de la Nación.

ZEBALLOS, José Luis (2003) Argentina: Efectos sociosanitarios de la crisis 2001-2003. Buenos Aires: Organización Panamericana de la Salud. <https://iris.paho.org/bitstream/handle/10665.2/6247/2003-ARG-efectos-sociosanitarios-crisis.pdf?sequence=4>

OTRAS FUENTES. Archivos, leyes, decretos e informes

CONSEJO NACIONAL DE COORDINACIÓN DE POLÍTICAS SOCIALES (CNCPS) – PNUD Argentina (2009): Objetivos de Desarrollo del Milenio. Informe país 2009, Buenos Aires.

Decreto Nacional 616/2010. Reglamentación de la Ley de Migraciones N° 25.871 y sus modificatorias. Boletín oficial 3 de mayo de 2010.

DIARIO CRÓNICA (2001) 1901-2001 Crónicas del centenario. Comodoro Rivadavia. Buenos Aires: Gráfica Balbi.

DIRECCIÓN GENERAL DE ESTADÍSTICAS Y CENSOS (2015). Censo nacional de población 2010, Chubut, Argentina: DGEyC. Recuperado de http://www.estadistica.chubut.gov.ar/index.php?option=com_content&view=article&id=344

DIRECCIÓN NACIONAL DE RELACIONES ECONÓMICAS CON LAS PROVINCIAS (DINREP) Subsecretaría de Relaciones con Provincias Ministerio de Economía y Finanzas Públicas de la Nación (2014) Necesidades Básicas Insatisfechas (NBI) Información censal del año 2010 Enero 2014 (Versión ampliada con datos departamentales). Disponible en: <http://www2.mecon.gov.ar/hacienda/dinrep/Informes/archivos/NBIAmpliado.pdf>

EL RIVADAVIA (1951) Libro del Cincuentenario de Comodoro Rivadavia, 1901-1951 (publicado por el diario El Rivadavia en febrero de 1951 y reproducido electrónicamente en 2005) Volumen conmemorativo del cincuentenario de la fundación de Comodoro Rivadavia. Disponible en: <http://deila.dickinson.edu/patagonia/newsite/es/centro/biblioteca/CCR1951/CCR1951sp.htm>

FUNDACIÓN SOBERANÍA SANITARIA (2018) Informe N° 38 El impacto en salud de los tres años de gestión de Cambiemos. Disponible en: www.soberaniasanitaria.org.ar

Ley Nacional de Migraciones 25.871. Política Migratoria Argentina. Derechos y obligaciones de los extranjeros. Atribuciones del Estado. Admisión de extranjeros a la República Argentina y sus excepciones. Ingreso y egreso de personas. Obligaciones de los medios de transporte internacional. Permanencia de los extranjeros. Legalidad e ilegalidad de la permanencia. Régimen de los recursos. Competencia. Tasas. Argentinos

en el exterior. Autoridad de aplicación. Disposiciones complementarias y transitorias. Boletín oficial 20 de enero de 2004.

Ley Nacional Nº 25673. Programa Nacional de Salud Sexual y Procreación Responsable, en el ámbito del Ministerio de Salud. Boletín oficial 21 de noviembre de 2002.

Ley Provincial Nº 4.545. Creación del Programa de salud sexual y reproductiva. Boletín oficial 23 de noviembre de 1999.

MINISTERIO DE SALUD DE ARGENTINA (2009) Armonización de las categorías de los establecimientos. Secretaria de Políticas, Regulación e Institutos Subsecretaría de políticas, regulación y fiscalización. Disponible en: http://www.msal.gob.ar/images/stories/cofesa/2009/acta-01-09/anexo-4_registro-establecimientos.pdf

MINISTERIO DE SALUD DE LA PROVINCIA DE CHUBUT (2015) Anuario Estadístico. Disponible en: <http://www.chubut.gov.ar/portal/wp-organismos/estadisticas/wp-content/uploads/sites/28/2015/11/AnuarioHospitalariaPublicacion2015.pdf>

MINISTRO DE EDUCACIÓN NACIONAL Y SECRETARÍA DE SALUD DE LA PROVINCIA DE CHUBUT (2009) Diseño curricular de la tecnicatura superior en salud comunitaria. Recuperado de: http://isfd804.chu.infed.edu.ar/sitio/upload/Tecn._Salud_Comunitaria.pdf

ORGANIZACIÓN MUNDIAL DE LA SALUD (1978) Declaración de Alma-Ata. Conferencia Internacional sobre Atención Primaria de Salud, Alma-Ata: OMS. Disponible en: <http://whqlibdoc.who.int/publications/9243541358.pdf>

ORGANIZACIÓN PANAMERICANA DE LA SALUD (2010). Redes integradas de servicios de salud. Conceptos, opciones de política y hoja de ruta para su implementación en las Américas. Washington D. C.: OPS.

ORGANIZACIÓN PANAMERICANA DE LA SALUD (2011) Sistema informático perinatal historia clínica perinatal y Formularios Complementarios. Publicación Científica CLAP/SMR: Montevideo, Uruguay. Disponible en: <https://www.paho.org/clap/dmdocuments/CLAP1584.pdf>

PROVINCIA DE CHUBUT (1957) Constitución de la Provincia de Chubut. Disponible en: <https://repositoriodigital.uns.edu.ar/handle/123456789/2449>

SECRETARÍA DE SALUD PÚBLICA DE LA NACIÓN (1948) Almanaque de la salud 1948. Talleres Anglo Argentinos, Rivadavia 736. Secretaría de Salud Pública de la Nación.

UNIÓN NACIONAL DE INSTITUCIONES PARA EL TRABAJO DE ACCIÓN SOCIAL (2019). Informe sobre la cooperación internacional en Bolivia desde la perspectiva de las organizaciones de la sociedad civil. La Paz: Hebron Printers.