

Gestión de políticas públicas en salud: mujeres migrantes en una ciudad de la Patagonia, Argentina

Management of Public Health Policy: Female Migrants in a Patagonian City, Argentina

Carlos Barria Oyarzo^{1 2} 0000-0002-0965-5850

¹Consejo Nacional de Investigaciones Científicas y Técnicas

²Instituto de Estudios Sociales y Políticos de la Patagonia, Universidad Nacional de la Patagonia San Juan Bosco, c_s_barria@hotmail.com

Resumen

Este trabajo busca caracterizar la gestión cotidiana de la política pública en salud que tiene como destinatarias a mujeres migrantes de zonas rurales de Bolivia en una ciudad de la Patagonia, Argentina. El trabajo de campo se realizó entre los años 2016 y 2018 en dos centros de atención primaria de salud, ubicados en barrios periurbanos de la ciudad de Comodoro Rivadavia, a través del acompañamiento en las tareas cotidianas de efectoras de salud, encuentros, charlas y entrevistas con profesionales, funcionarios y mujeres migrantes. Se evidencia una política focalizada y tutelar en lo que respecta a la salud de migrantes, que vela una lectura generizada, etnicizada, de clase social y generacional, fundamentando técnicas de control y subjetivación, que en algunos casos se presentan disputadas. Desde un enfoque etnográfico, aportes de la antropología de la salud, del Estado y una perspectiva de género interseccional se da cuenta de la producción y gestión del riesgo, así como de sus tensiones en contextos de desigualdad.

Palabras clave: política pública, salud, riesgo, migración, desigualdades.

Abstract

This work seeks to characterize the daily management of public health policy that targets women migrants from rural Bolivia in a city in Patagonia, Argentina. The fieldwork was carried out between 2016 and 2018 in two primary health care centers, located in periurban neighborhoods of the city of Comodoro Rivadavia, through accompanying the daily tasks of health agents, meetings, conversations and interviews with professionals, officials and migrant women. A focused and

protective policy regarding the health of migrants was found, one that obscures a gendered, ethnic, social class and generational reading justifying control and subjectivation techniques, which in some cases are disputed. From an ethnographic perspective, contributions from the anthropology of health, the anthropology of the State and an intersectional gender perspective are able to identify the production and management of risk, as well as tensions created in contexts of inequality.

Keywords: public policy, health, risk, migration, inequalities.

Introducción

Este trabajo surge de un interés por comprender y dar respuestas a algunos conflictos ligados a los desentendimientos en el sistema 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, Chubut, Argentina. Los y las profesionales del hospital de alta complejidad, donde se atienden todos los partos hospitalizados de la ciudad, dan cuenta de algunas dificultades que presenta la atención a estas mujeres en los procesos de parto, a quienes definen como «dóciles», «frías», «sumisas», como «miembros de una comunidad machista», con «otra cultura»¹, con quienes tienen problema de entendimiento, en algunos casos por el idioma, ya que muchas hablan quechua.

Esto confirmaba los postulados de la bibliografía producida en otras zonas de Argentina, donde también se da 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). Para el caso de Comodoro Rivadavia, Baeza (2013) ha 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.

¹ Las palabras y frases entrecomilladas son parte del discurso de los interlocutores e interlocutoras en el proceso de investigación. Los nombres y algunos datos de contexto fueron modificados para preservar la identidad de participantes.

Los y las profesionales con los que hablé en el hospital comentan que a la mayoría de las mujeres las conocen recién cuando van a parir, ya que los controles previos y posteriores se los hacen en los centros de atención primaria de salud (CAPS). Es por esto que decidí acercarme a estas instituciones donde presumiblemente existía mayor contacto con estas mujeres. En estos centros de salud, además de médicas/os y enfermeras/os, existe la figura de «trabajadoras comunitarias de salud en terreno» (en adelante «trabajadoras comunitarias»), que tienen como función ser un nexo entre la comunidad y el sistema de salud, trabajando particularmente a través del seguimiento de indicadores de salud y controles médicos de grupos familiares «de riesgo sociosanitario»² y «necesidades básicas insatisfechas»³ con el fin de disminuir las «barreras en la implementación de los programas propios del sector salud»⁴. Estas se constituyen como miembros de los equipos de salud en la provincia de Chubut desde el año 2006 a partir de la propuesta de profesionalización de la figura de «agentes sanitarios»⁵. A través del acompañamiento en las actividades cotidianas de estas trabajadoras en dos barrios periurbanos de la ciudad pude comenzar a conocer otras dimensiones de interacción entre la población migrante y agentes del sistema de salud.

Para la política sanitaria, las condiciones de vida determinadas por la vivienda y el medio ambiente se constituyen en factores de riesgo a los que están expuestos los y las migrantes, pero cuya mejora no requiere una intervención directa. Según expone una trabajadora comunitaria (2016), los indicadores ligados a las condiciones de vivienda «van mejorando solos a medida que pasa

² El «riesgo sociosanitario», se define a través de tres o más de las siguientes características que las efectoras tienen detalladas en planillas: falta de vacunación, tener niños de 0 a 5 años, embarazos y puerperios, falta de papanicolaou al día (hecho al menos dentro de los últimos dos años), «procreación responsable» (seguimiento acerca de la utilización de métodos anticonceptivos), salud ambiental (evaluación de características de vivienda, forma de provisión de servicios básicos y eliminación de residuos), hipertensión, tuberculosis, diabetes, lesiones violentas, consumo de sustancias y discapacidades.

³ 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.

⁴ Ministerio de Educación y Secretaría de Salud de la provincia de Chubut (2009). Diseño curricular de la tecnicatura superior en salud comunitaria. Recuperado de https://isfd804-chu.infed.edu.ar/sitio/upload/Tecn._Salud_Comunitaria.pdf

⁵ Los agentes sanitarios se conforman como miembros de equipos de salud a través de diferentes programas de «salud rural» en provincias argentinas durante las décadas de 1960 y 1970. En principio los agentes sanitarios orientaban su trabajo hacia los parajes rurales; sin embargo, el proceso de urbanización fue modificando esta situación (Rovere, 2009).

el tiempo», no así los factores de riesgo ligados al «cuidado», que se atribuyen directamente a la cultura de las migrantes o a características personales de estas que pueden ser modificadas con una intervención adecuada. El «no cuidado» aparece como una categoría de los equipos de salud que hace referencia a la falta de utilización de métodos anticonceptivos, a la falta de controles gineco-obstétricos y pediátricos, lo cual se establece como un problema en el sistema de salud. En este sentido, las prácticas sociales de las migrantes cobran un relieve particular para el sistema sanitario, en contraposición a las prácticas médicas.

En el problema percibido, las trabajadoras comunitarias cumplen un rol fundamental, como estrategia de atención primaria de la salud, representando un nexo entre los y las profesionales de los CAPS y las usuarias del sistema de salud. En este sentido, amparados en su interpretación de las políticas de salud, 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 y seguimiento por las representantes del sistema de salud. En este contexto, comencé a preguntarme por las particularidades que adquiere la gestión de la política pública de salud; cómo se produce y gestiona del riesgo; de qué manera el «no cuidado» es definido, interpretado y abordado; cuáles son las obligaciones, valoraciones y moralidades que intervienen en la gestión de la política; qué tipo de relaciones construyen y cómo estas inciden en el cuidado de la salud.

De este modo, busco caracterizar la gestión cotidiana de la política pública en salud que tiene como destinatarias a las mujeres migrantes en sus procesos de cuidado, buscando analizar las categorías de clasificación que se (re)producen en la interacción social y a través de las cuales las personas toman posición en cada contexto, intentando dar cuenta de las implicancias que tiene el significativo de «lo cultural» en el sistema de salud y sus particularidades en una ciudad mediana de la Patagonia argentina, como Comodoro Rivadavia.

En primera instancia se ofrece una aproximación teórica del problema en estudio, dando cuenta de la construcción del objeto de indagación. En segundo lugar, se presentan los aspectos metodológicos, actividades e implicancias en el proceso de investigación, seguidos por una descripción del contexto del sistema de salud, haciendo hincapié en las particularidades de este en la ciudad de Comodoro Rivadavia. En el apartado sucesivo se presenta la construcción del problema por agentes de salud, ligada al (no) cuidado de migrantes provenientes de Bolivia, continuando con las implicancias que estas interpretaciones de la política pública tienen, particularmente, a través de la tarea cotidiana de trabajadoras comunitarias. De este modo, en el siguiente apartado se presentan algunas disputas que generan las técnicas de control sobre las prácticas de cuidado, y finalmente se presentan algunas reflexiones sobre la política pública

sanitaria en este contexto.

Construyendo un problema

Las problemáticas ligadas a las interacciones en el ámbito de la salud y la relación médico-paciente han sido un tema de recurrencia para la denominada 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 cuarenta y cincuenta dieron lugar al desarrollo de una antropología preocupada por la investigación de conjuntos de prácticas y conocimientos locales con el fin de establecer un diálogo entre ambas partes sin discutir la frontera entre aquello considerado como creencias y lo científico. Es recién hacia fines del siglo pasado cuando comienzan a ponerse en cuestión estos límites en el denominado «modelo crítico», donde la biomedicina pasa a ser objeto de indagación como otras instituciones sociales alejado de acercamientos positivistas (Mishler, 1981; Menéndez, 1985; Martínez Hernández, 2008).

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, a-sociabilidad, 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 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).

Se hace necesario recuperar una perspectiva antropológica sobre el Estado, que permite poner atención sobre el modo en que las personas lo perciben, 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). Si bien el Estado moderno se basa en una idea abstracta de comunidad

nacional, esta es una institución basada territorialmente, impersonal, soberana y autónoma que define sus márgenes a través de prácticas administrativas (Parekh, 2000; Asad, 2008; Koberwei, 2012). Siguiendo los planteamientos de Shore (2010), las políticas públicas del Estado reflejan un modo de pensar sobre el mundo, siendo herramientas de intervención para administrar, regular y cambiar la sociedad, presentándose como técnicas racionales y soluciones «naturales».

Este campo de estudios discute el esquema clásico de la elaboración de la política pública, como aquel proceso racional y lineal, que va de los estratos superiores de decisión hacia los inferiores, permitiendo pensarla como un principio (e ideología) metaorganizacional con diferentes funciones. En este sentido, las políticas 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). Es así como recupero la noción de «economías morales», definida como la producción, circulación y apropiación de normas, obligaciones, valores y emociones relativos a aquello que se formula como un problema en un tiempo y espacio específicos (Fassin, 2009), para dar cuenta de la gestión de la política pública en este contexto. Este concepto permite dar cuenta del modo en que un problema es definido, interpretado y abordado.

Los estudios sobre salud y migraciones en el ámbito local han dado cuenta de las dinámicas representacionales de agentes sanitarios (Jelin y otros, 2006; Abel y Caggiano, 2006; Mombello, 2006; Aizenberg y otros, 2015), vinculados en algunos casos con los conflictos sobre el ejercicio de derechos y ciudadanía (Mombello, 2006; Caggiano, 2007; Cerrutti, 2010; Courtis, Liguori y Cerrutti, 2010), y en menor medida, esfuerzos recientes buscan visibilizar trayectorias de cuidados de la salud de migrantes (Goldberg, 2009; Aizenberg y Baeza, 2017; Linardelli y Goldberg, 2018; Baeza, Aizenberg y Barria Oyarzo, 2019). En otros países se han producido algunos aportes que dan cuenta de los procesos de salud, enfermedad y atención de migrantes que también hacen hincapié en las condiciones de estigmatización y las limitaciones en el acceso a la salud (Dias, Gama, Silva, Cargaleiro y Martins, 2011; Liberona Concha, 2012; Deeb-Sossa, Díaz, Juárez-Ramírez, García y Aramis, 2013; Scozia Leighton, Leiva, Garrido y Álvarez, 2014; Bernales, Cabieses, McIntyre y Chepo, 2017; Liberona Concha y Mansilla, 2017). Otras investigaciones sobre el tema dan en cuenta los modos de vida, vivienda y trabajo precarizados que inciden negativamente en la salud, así como indagan en las trayectorias terapéuticas de migrantes (Goldberg y Silveira, 2013; Granada, Carreno, Ramos y Ramos, 2017; Lamarque y Moro Gutiérrez, 2020).

Un análisis centrado en las relaciones entre usuarias y agentes de salud, así como en las experiencias migratorias en este contexto, que se presenta con algunas particularidades, se hace necesario para conocer el modo en que la gestión de la política pública en salud visibiliza y responde a la atención. En

consecuencia, podrá darse cuenta del complejo de relaciones que se construyen en estas interacciones y las modalidades que adquieren los procesos de salud, enfermedad y atención en el contexto migratorio, superando así una perspectiva que ha tendido a focalizarse en las barreras en el acceso a los sistemas sanitarios. En tal sentido, este trabajo realiza un aporte al campo de estudios proponiendo una perspectiva de análisis sobre las políticas públicas como productoras de la salud y el riesgo en contextos de desigualdad.

En este trabajo me interesa conocer el modo en que efectores de salud interpretan las políticas públicas estatales y codifican lógicas de la salud pública en contextos de desigualdad. Precisamente, analizo el modo en que se produce y gestiona la salud y el riesgo en el campo de la atención primaria de la salud, en un espacio marcado por diferentes condiciones de desigualdad, donde se hace posible observar la dinámica que adquiere la economía moral en torno a los cuidados en salud. En palabras de Fassin (2004), la noción de riesgo se ha convertido en una mediación insuficientemente problematizada entre naturaleza y cultura, donde la salud pública en tanto escena cotidiana de puesta en práctica de esta mediación, ofrece un objeto de estudio particularmente heurístico poco estudiado. La salud es un producto social, en tanto es la sociedad quien define qué posee salud y a qué se da expresión sanitaria, donde las dimensiones de objetivación y subjetivación develan la tensión que existe entre la realidad objetivada y su traducción subjetiva en las representaciones y las acciones (Fassin, 2004).

Dadas las particularidades del fenómeno en estudio, se destaca la importancia de recuperar una perspectiva de género interseccional que dé cuenta de las categorías que se producen y reproducen en las experiencias y discursos en relación a la política sanitaria. Esta perspectiva da cuenta del modo en que imbrican la raza, clase, sexualidad, género, nacionalidad, edad, entre otras posibles variables de desigualdad (Lugones, 2005, 2008; Viveros Vigoya, 2016). De este modo, se 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).

Aspectos metodológicos

Aquí recupero parte del trabajo de campo que vengo realizando desde el año 2016 en la ciudad. Este trabajo de investigación toma la modalidad de una etnografía multilocal (Marcus, 2001), en tanto se busca seguir al conflicto que se presenta entre equipos de salud y las mujeres migrantes provenientes de zonas rurales de Bolivia, así como se acompaña a algunas personas que forman parte de estas relaciones, en diferentes escenarios. De este modo, la observación participante a través de una escucha y una mirada activa permiten rastrear las

lógicas de producción material y simbólica de los sujetos sociales (Guber, 2004). En palabras de Balbi (2010) 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.

El acompañamiento a las trabajadoras comunitarias «a terreno» me permitió conocer algunas dinámicas interaccionales entre estas y las mujeres migrantes, así como algunas experiencias y relatos, que luego pude ir profundizando a través de una separación de la institución de salud pública, que había marcado mi ingreso, pactando entrevistas y visitas sin la presencia de efectoras de salud. 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. De este modo, poder hacer conscientes mis propias pertenencias de clase, de género, nacional y profesional me permite realizar el constante ejercicio reflexivo de descentramiento necesario para el trabajo de mirada, escucha y escritura analítica, que se reactualiza en cada encuentro con los y las interlocutoras. Es así, que la presencia prolongada en los espacios de observación y las negociaciones con las personas me permiten ir conociendo «desde dentro» (Cardoso de Oliveira, 1996) los procesos sociales. En palabras de Guber (2014), la etnografía es una perspectiva de conocimiento donde se presenta una conclusión interpretativa del investigador o investigadora sobre la base del trabajo de campo. Aquí se ponen en interlocución categorías teóricas y prácticas de los investigadores, como académicos y ciudadanos, con aquellas categorías y prácticas nativas.

Aquí recupero notas del trabajo de observación participante, realizada en dos CAPS ubicados en dos de los barrios periurbanos con mayor número de población migrante de la ciudad de Comodoro Rivadavia, a través del acompañamiento en la tarea cotidiana de trabajadoras comunitarias de salud en terreno y el encuentro con mujeres migrantes. Recupero algunas charlas y entrevistas con profesionales del hospital de la ciudad y de estos dos CAPS, entre ellos médicos generalistas, ginecólogos, pediatras, enfermeros y trabajadoras comunitarias. Asimismo, rescato observaciones desde un enfoque descriptivo-interpretativo, formulando como eje vertebral de este trabajo la construcción y gestión del riesgo que tiene como destinatarias, particularmente, a mujeres migrantes provenientes de zonas rurales de Bolivia. Las personas con las que trabajé fueron informadas de los objetivos de la investigación, de su participación voluntaria y anónima, y prestaron su consentimiento informado de manera oral, circunscribiendo así este trabajo a los lineamientos para el comportamiento ético en ciencias sociales y humanas del CONICET (Res. N° 2857/06).

Sistema público de salud

El sistema de salud pública en Argentina está integrado por estructuras administrativas ministeriales de nivel nacional y provincial, subsecretaría 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, y es financiado con recursos fiscales (Belló y Becerril-Montekio, 2011). En lo que respecta a la política en migraciones, se establece el libre acceso al derecho a la salud, la asistencia social y atención sanitaria a todos los extranjeros, sin importar su situación migratoria⁶. La localidad de Comodoro Rivadavia cuenta con un hospital regional de alta complejidad de dependencia provincial, que atiende la demanda espontánea y programada de la ciudad y localidades aledañas. Asimismo, la ciudad cuenta con veintiséis centros de salud de baja complejidad, ubicados en diferentes barrios, de los cuales dieciséis son CAPS de dependencia provincial y diez son Centros de Promoción Barrial de dependencia municipal. Cada CAPS cuenta con un equipo compuesto por médica/o coordinador/a (de especialidad clínica o ginecológica), empleadas administrativas de mantenimiento, enfermeros, pediatras, odontólogos, psicólogos, y en algunos casos, kinesiólogos y trabajadoras comunitarias de salud en terreno.

El trabajo de los CAPS se enmarca en el programa nacional «Sumar»⁷, que brinda cobertura a la población materno-infantil, niños, niñas 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, niñas y adolescentes y de la mujer, buscando principalmente reducir el cáncer de útero y mama, y el cuidado del hombre, buscando reducir el cáncer colorrectal. Asimismo, este trabajo se da bajo los lineamientos nacionales y provinciales que se basan en el modelo de Atención Primaria de la Salud (APS) que fue ganando injerencia desde la década de 1970 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 (Organización Panamericana de la Salud, 1978).

Para este modelo cobró relevancia en Argentina la instalación de redes de servicio que ampliara la cobertura en salud y priorizara el contacto con las

⁶ Ley de Migraciones 25.871. Decreto 616/2010

⁷ Programa en funcionamiento desde el año 2012, dependiente del Ministerio de Salud nacional, que propone la ampliación de cobertura del anterior plan «Nacer». Fuente: <http://www.msal.gob.ar/sumar/>

comunidades, incorporando «agentes sanitarios» en zonas rurales y periurbanas (Hirsch y Lorenzetti, 2016). En la provincia de Chubut, particularmente, desde el año 2006 se profesionalizó la figura de «agentes sanitarios» tras una iniciativa del Ministerio de Salud Provincial y el Ministerio de Educación, creando 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 (entrevista con funcionario provincial de salud, 2017). 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 1990 en la región (Coicaud, 2013).

Los dos CAPS en los que me inserto se ubican en barrios periurbanos de la ciudad donde vive la mayor cantidad de migrantes provenientes de Bolivia. Esta población, en general, al no encontrar respuestas del Estado y del mercado formal constructor e inmobiliario, apela a la toma de tierras y a la autopromoción de la vivienda como un medio de satisfacer sus necesidades habitacionales (Bachiller, Baeza, Vázquez, Freddo y Usach, 2015). Estas tomas de tierra, conocidas localmente como «ilegales» o «extensiones barriales», se caracterizan por el acceso a tierras de manera «irregular», por la autoconstrucción de viviendas y autourbanización, donde la política pública indiferente a esta problemática constituye a estos barrios como periféricos, aislados de la infraestructura urbana y servicios básicos (Chanampa, 2014). 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 muchas personas 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).

Desde su fundación, la ciudad de Comodoro Rivadavia se ha constituido como receptora de grupos migrantes por la actividad de explotación petrolera, lo cual ha configurado históricamente su matriz social. Entre los años 2004 y 2008 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 los denominados «nuevos migrantes». Esta visibilidad adquiere particularidades en el sistema público de salud, donde las percepciones del riesgo sobre las prácticas de las mujeres migrantes fundamentan el seguimiento y control sobre el cuidado de su salud y el de su familia.

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 (charla con funcionario de salud, Comodoro Rivadavia, 2015). Por otro lado, las trabajadoras comunitarias son todas mujeres, nacidas en la ciudad o en otras localidades de la provincia que realizan un curso anual de capacitación para ingresar al sistema de salud o una tecnicatura superior en salud comunitaria impartida en la ciudad. En su práctica, estos equipos de salud responden organizacionalmente al hospital regional de dependencia provincial, teniendo un sistema altamente jerárquico, donde cada equipo de trabajadoras comunitarias cuenta con una supervisora por CAPS, que a la vez depende de otra supervisión zonal y otra provincial. Asimismo, cada CAPS cuenta con una persona supervisora que responde a la «supervisión de área programática de la ciudad» y a otro escalafón provincial.

El riesgo y el (no) cuidado

Como se expuso, el riesgo ligado al «no cuidado» aparece como una categoría que hace referencia a la falta de utilización de métodos anticonceptivos, a falta de controles gineco-obstétricos y pediátricos de las migrantes provenientes de Bolivia, lo cual se establece como un problema en el sistema de salud. Una médica comenta: «Algunas son de riesgo, que nos complican. De riesgo social, de riesgo materno... cuesta que vengan» (charla con médica, 2016). El riesgo en este caso se presenta pasible de ser modificado a través de la intervención, mejorando así las estadísticas de la población con la que se trabaja, ligada a comportamientos interpretados como sociales o que tienen que ver con la responsabilidad del rol materno.

En algunos casos, el riesgo se liga a «pautas culturales» de las migrantes. Como afirma un médico, «volviendo a las pautas culturales, se embarazan al poquito tiempo de haber tenido el primer hijo y no usan método anticonceptivo» (entrevista con médico, 2016). Por otro lado, otros efectores de salud atribuyen la «falta de cuidado» a características personales y motivacionales de las mujeres. Una médica ginecóloga (2016) dice: «Yo creo que es una cuestión de

dejadez de ellas. Sí, de tranquilidad o de comodidad», cuando explica las causas por las que las mujeres no acuden a los controles ginecológicos y no utilizan métodos anticonceptivos. Otro médico comenta que hay mujeres que se dejan estar, ya que les fue bien con otros partos (charla con médico, 2017). Estas conductas son leídas como una carencia en el interés del cuidado del cuerpo y su salud. En este sentido, algunos profesionales, explican la importancia de las trabajadoras comunitarias ante el no cuidado:

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 médico, 2016).

Es preciso realizar una distinción entre el cuidado como categoría de efectores de salud y el cuidado en tanto categoría analítica. Esta última permite comprender al cuidado como un proceso 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 o mantener el bienestar y la salud como a aliviar el dolor y el sufrimiento (Epele, 2012). En este sentido, el cuidado como categoría de los agentes estatales se encuentra ligado a 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. Por lo tanto, el riesgo siempre se encuentra bajo responsabilidad del sujeto, de quien dependen sus condiciones de existencia (Menéndez, 1998), 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 la gestión de la política sanitaria se interpela a las mujeres, focalizando el seguimiento en patologías gineco-obstétricas, el control de la reproducción, particularmente sobre la anticoncepción ligada al cuerpo de las mujeres, y en su rol de madres ligada al cuidado de sus hijos. 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 tienen que ver con su adscripción nacional, étnica, de clase social, etaria, que determina una estructura representacional, por los y las profesionales, y organizacional, en el nivel de política pública. Es así que el riesgo ligado al (no) cuidado de las mujeres migrantes se presenta generalmente atravesado por una lectura etnicizada (Briones, 2005) detrás de la categoría de adscripción nacional, en tanto subyace una concepción de «la cultura de las mujeres» pasible de ser modificada,

perpetuando representaciones culturalizadas de migrantes (Baeza y otros, 2019). 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, a quienes definen como «más agradecidas», «quienes los entienden», «cultas» y «educadas», en contraposición a «las bolivianas», realizando distinciones de riesgo según condiciones socioeconómicas (notas de campo, 2016).

Particularmente el enfoque de género interseccional da cuenta de relaciones de poder y desigualdad, lógicas de explotación, así como sus estrategias para enfrentarlas en un marco contextual y situacional (Magliano, 2015; Viveros Vigoya, 2016). 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 (Lugones, 2005, 2008). Como afirma Pozzio (2011, p. 29), los y las 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 con relación a la salud, justificando la intervención y el seguimiento sobre estas y sus pautas de cuidado.

Existe una «economía moral» sobre las formas de cuidados de la salud, donde las características del riesgo dependen de la estructura social y se suele estar más atento cuando las personas portadoras de este presentan mayores distancias con los valores del grupo de referencia (Lurbe i Puerto, 2010). Es a partir del proceso de identificación y cualificación que algo se convierte, como problema, en objeto de intervención sanitaria. Este es el trabajo de «producción de la salud», donde los agentes movilizan, con o sin intención, sus competencias y alianzas para imponer su propio sentido del orden de las cosas en contraposición de otros (Fassin, 2004).

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 a una serie de comportamientos indeseados según las pautas de cuidados de referencia. Como afirman Aizenberg y Maure (2017), en su estudio sobre proveedores de salud en la provincia de Mendoza, Argentina, existen

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 el contexto de estudio, contrario a lo que podría presumirse en torno a la falta de acceso al sistema de salud de mujeres migrantes o el conflicto en relación al ejercicio de derecho, como se ha evidenciado en otras zonas de Argentina (Caggiano, 2007) y otros países (Dias y otros, 2011; Deeb-Sossa y otros, 2013; Scozia Leighton y otros, 2014; Liberona Concha y Mansilla, 2017), en la práctica cotidiana de los y las agentes del sistema de salud se da una hipervisibilización de esta población, instrumentándose una política focalizada, no explicitada, hacia las mujeres migrantes provenientes de Bolivia, quienes no se adscriben a las pautas de cuidado de sí y de otros, en tanto mujeres y madres, esperable para la política estatal. Esto coexiste con lógicas restrictivas de derechos para migrantes, dándose discusiones vinculadas a proyectos de arancelamiento del sistema de salud pública en el ámbito local, desde el año 2016⁸, y en el nacional, en 2018⁹ en medios de comunicación y en altos círculos de decisión de política pública.

Salir «a terreno»

La tarea cotidiana de las trabajadoras comunitarias se constituye por las salidas a terreno, caminatas hacia las zonas del barrio donde realizan las visitas a cada familia a cargo, generalmente a las «extensiones barriales» donde vive la población de riesgo. En estas visitas establecen un 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, con el cual buscan captar familias con niños recién nacidos. Una trabajadora me explica: «Nosotras vemos un bebé y ahí nos vamos, tratamos de captarlos» (charla con trabajadora comunitaria, 2017). Cada

⁸ «Se analiza el posible cobro a pacientes extranjeros que se atienden en el Regional». El Patagónico, 21 mayo 2016. Disponible en: <https://www.elpatagonico.com/se-analiza-el-posible-cobro-pacientes-extranjeros-que-se-atienden-el-regional-n1487833>

⁹ «El oficialismo impulsa un proyecto para cobrarles a los extranjeros por la salud y la educación». Clarín, 27 febrero 2018. Disponible en: https://www.clarin.com/politica/diputados-oficialistas-impulsan-proyecto-arancelamiento-salud-educacion-residentes-permanentes_0_rJG2kNXuf.html

trabajadora comunitaria realiza el seguimiento de aproximadamente 120 familias, las cuales pueden darse de baja por dejar de ser consideradas de riesgo o por traslado del grupo familiar. En cada casa visitada, estas realizan el control de libretas sanitarias y a través de algunas preguntas recogen esta información, datos sociodemográficos, datos sobre algunas enfermedades, vacunaciones y salud sexual y reproductiva (control de embarazos, utilización de métodos anticonceptivos y papanicolaou¹⁰ al día). Asimismo, en cada caso, según crea pertinente la trabajadora comunitaria, se brinda información sobre prevención de algunas enfermedades y cuidados.

Algunas trabajadoras comunitarias me comentan que en las primeras visitas que realizaban a la zona, donde debían captar familias, generalmente las mujeres migrantes se mostraban desconfiadas o reacias a darles la información que ellas necesitaban para realizar el censo, ya que creían que les iban a cobrar por las prestaciones de salud o, como comenta Graciela, trabajadora comunitaria, quizás las mujeres creían que ellas pertenecían a alguna entidad que iba a reclamar por los «terrenos usurpados». A través de la explicación de su trabajo y el reconocimiento por otras vecinas o familiares, a quienes también visitaban, es como lograron generar vínculos con algunas mujeres.

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 asisto a las visitas sin uniforme. Las trabajadoras comunitarias me presentan como psicólogo, parte de la universidad o en algunos casos les explican que estoy haciendo un trabajo de investigación con la comunidad boliviana. En algunos de estos encuentros, cuando las trabajadoras comunitarias disponían de tiempo, a partir de mi interés por conocer las experiencias de las mujeres, comenzábamos a dialogar. Es así que comenzaron a cobrar relevancia, para mí y las trabajadoras comunitarias, las zonas de procedencia dentro de Bolivia de las familias, donde las características regionales o el modo de hablar quechua tienen sus particularidades. De este modo, fui comprendiendo que el significado 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 darme cuenta de 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 procedencia dentro de Bolivia, a través del cual se agrupan familias migrantes.

Una de las particularidades que presenta esta población es su procedencia

¹⁰ Examen médico citológico de cuello uterino, también conocido como «PAP».

de zonas rurales, en su mayoría de la provincia de Cochabamba, quechuahablantes que migran por lazos familiares y posibilidades de trabajo en la ciudad. Estos desplazamientos generalmente se realizan desde otras ciudades de Argentina, que se constituyen como ciudades de paso, o directamente desde las zonas rurales, como se observa en las movilizaciones más recientes. El poder llegar a la casa de un familiar, donde vivir por un tiempo hasta poder conseguir armar una casa y traer a parte de la familia que quedó en el lugar de procedencia, fortalece y construye lazos de mutua ayuda. Asimismo, los vínculos de «paisanaje» que se materializan a través de la cohabitación en un espacio, permite sostener prácticas que rememoran y resignifican las prácticas del lugar de origen, en algunos casos, a través de la cría de animales, la cosecha, las celebraciones de eventos sociales y aquellos ligados al «mundo andino» fortalecen vínculos en un territorio que por momento se presenta hostil. La mayoría de los núcleos familiares está constituida por parejas heterosexuales, de entre veinte y cincuenta años de edad, e hijos. Los varones, en general, se insertan en el mercado de trabajo de la construcción, en menor medida en servicios petroleros y pesqueras. Las mujeres se dedican al trabajo doméstico, el comercio ambulante y en menor medida se emplean en pequeños comercios y en empresas pesqueras.

El tipo de visita domiciliar de las trabajadoras comunitarias varía siempre, dependiendo del vínculo que haya establecido la trabajadora con miembros de las familias, el estilo personal de trabajo y las características de quien la reciba. 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 se puede hablar de diferentes temas. Con las mujeres quechuahablantes, que utilizan la lengua española con dificultad, predomina un tipo de diálogo modulado en volumen alto y pausado, y a menudo las trabajadoras son traductoras simbólicas de las indicaciones o recetas médicas. 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, lo cual es fundamentado por la percepción acerca del «no cuidado» de estas mujeres.

Las trabajadoras comunitarias, desde una perspectiva preventiva y de control epidemiológico, monitorean y administran riesgos (Lorenzetti, 2012) con la responsabilidad de las mujeres que tienen a cargo. El «tener a cargo» implica para estas una responsabilidad con el sistema de salud, sobre las mujeres y con las mujeres. Ellas 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 a través de lo que estas pueden ofrecerles.

Las exigencias hacia las trabajadoras comunitarias por el 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 exigencias de resultados numéricos obligan a realizar muchas visitas en poco tiempo, lo que repercute en la calidad del trabajo por «cumplir con los números» (nota de campo, 2017). Esto se contraponen, 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 (Muñoz, 2013).

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, identificada como asistencialista. Si bien la trayectoria de cada una de las trabajadoras comunitarias es diferente en cuanto a su formación y compromiso, en muchos casos las exigencias del sistema de salud hacen que las visitas domiciliarias se conviertan en entrevistas administrativas. De este modo, los problemas de salud en este contexto se individualizan, desconociendo las condiciones sociales que los generan, buscando comprometer particularmente a las mujeres en su «cuidado», en lo que puede pensarse como tecnologías de subjetivación y regularización que buscan encauzar sus conductas (Castro-Gómez, 2010; Foucault, 2001).

Subvirtiendo, coexistiendo y silenciando

En algunos casos surge en las interacciones entre agentes estatales y las mujeres migrantes otras formas de cuidado, que en general no son tenidas en cuenta o directamente proscriptas por efectores de salud. En una charla con una trabajadora comunitaria en relación a los cuidados de recién nacidos, comenta: «Los vendan [las mujeres bolivianas] a los bebés, les vendan los pies, quedan

duros... le ponen una moneda en el ombligo... y nosotras le decíamos: eso no tenés que hacer, mamá, eso no es sano» (charla con trabajadora comunitaria, 2016). En la misma línea, un médico comenta: «Usan mucho yuyo. Tienen otra cultura en relación a la alimentación [...] cuando los chicos están con diarrea o están empachados, te dicen ellas, les dan esos yuyos [...] Nosotros no lo recomendamos, eso nos complica mucho» (entrevista con médico, 2016).

En una de las salidas a terreno en la que acompañé a Yanina, una de las trabajadoras comunitarias, visitamos por primera vez a Elva, de veintitrés años, quien vive con su pareja y la familia de su hermana. Ellos llegaron hace unos meses a la ciudad, por lo cual Yanina realiza todas las preguntas para el primer «censo sociodemográfico», y ante la pregunta acerca de la utilización de métodos anticonceptivos, Elva comenta que ya no usa, porque habían estado buscando un bebé, pero no puede quedar embarazada. Nos cuenta que anda con mucho dolor en la panza y que le pusieron una venda. Y en efecto, nos mostró una venda 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 del barrio. Elva responde que no, «a lo de una paisana [...] que también cura el susto». La trabajadora rápidamente le dice que es importante que vaya a hacerse el PAP, para que vea si no tiene alguna infección y para descartar cualquier enfermedad, y le da indicaciones para sacar un turno (nota de campo, 2017). Esta es una escena que suele repetirse en las visitas domiciliarias.

Una trabajadora comunitaria me cuenta el caso de Rosa, una mujer boliviana de treinta años que ella visitaba. La efectora se enteró por una vecina de Rosa que esta había tenido un hijo y se lo estaba «escondiendo». La trabajadora me comenta la anécdota con un tono de gracia y cierta sorpresa: «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!”», y se lamenta diciendo «las bolivianas no se cuidan» (charla con trabajadora comunitaria, 2016). Las visitas domiciliarias se convierten en un mecanismo de control, en este caso 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.

Ante los mecanismos de control que se instrumentan en la gestión cotidiana de la política pública, las migrantes agencian algunas estrategias para evadir la atención o las consecuencias que implicaría esta, así como sostienen y reconfiguran prácticas de cuidado que subvierten o coexisten con las prácticas que promueve el sistema de salud. De este modo, en estos casos se evidencia en la dimensión interaccional el modo en que se reproducen relaciones de poder que disputan el ámbito de la experiencia a través de la intervención estatal. En estos casos el control médico recae sobre comportamientos, considerados de riesgo, fundamentando el accionar de los centros de salud en la prevención y

promoción de la salud.

Si bien, a través de la construcción de relaciones de confianza con migrantes, algunas trabajadoras comunitarias se interesan por otras prácticas de cuidado, fue debido a mi progresiva separación del personal sanitario, por medio del cual entré en contacto con varias mujeres quechuahablantes, que pude conocer otras experiencias ligadas al sostenimiento de la salud que se mantenían vedadas para mí en tanto mi figura estaba ligada a aquellas de autoridad, representantes del sistema de salud. Es así como pude comenzar a escuchar y observar otras lógicas de cuidado de la salud que «no se cuentan a los médicos», diferentes de las instituidas por el sistema de salud, que implican la autoatención a través de la utilización de yuyos o el poder acudir a sanadores, «paisanas» de la misma zona de procedencia de las mujeres, ante algunos malestares. La cercanía espacial en la que habitan los grupos migrantes facilita la recuperación de conocimientos ligados al sostenimiento de la salud a través de redes comunitarias. En este sentido, existen «personas que saben curar» referentes por cada zona donde habita la población migrante, así como relaciones que posibilitan la transmisión de saberes ligados al cuidado de la salud, generalmente en relaciones intergeneracionales con mujeres de la misma zona de procedencia. En consecuencia, las experiencias con agentes del sistema de salud, vínculos familiares y comunitarios van conformando «itinerarios terapéuticos», o lo que podríamos denominar 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 (Perdiguero-Gil, 2006; Lamarque y Moro Gutiérrez, 2020).

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, lo cual se pone de relieve en la presente investigación. 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. En este sentido, se hace necesario seguir explorando en este contexto las modalidades que adquieren los cuidados de la salud, que en algunos casos llevan a estas mujeres a silenciar saberes o generar estrategias para evitar o combinar diferentes tipos de atención.

Reflexiones finales

Este trabajo, en tanto caracteriza las relaciones entre usuarias y agentes de salud, así como las experiencias migratorias y de cuidado, da cuenta de las particularidades de la gestión de la política pública y de algunas modalidades que adquieren los procesos de salud, enfermedad y atención en este contexto. Se evidencia así la potencialidad de una perspectiva antropológica de la política pública en un espacio caracterizado por las desigualdades, donde se presumen barreras en el acceso al sistema sanitario. Si bien para diferentes aportes en el campo de la antropología médica y de la salud ha sido central el análisis de las relaciones médico-paciente y el acceso a los servicios de salud, aquí se propone una mirada sobre los procesos de la gestión de políticas públicas como productores de la salud y el riesgo, particularmente desde una perspectiva de género interseccional.

En la gestión cotidiana de los y las agentes estatales se evidencia una política focalizada y tutelar, no explicitada, en lo que respecta a la salud de las mujeres migrantes provenientes de zonas rurales de Bolivia, en edad reproductiva y «madres», especialmente aquellas consideradas como población con «necesidades básicas insatisfechas», interpelando sus prácticas de cuidado gineco-obstétricas y pediátricas, para con sus hijas e hijos, consideradas «de riesgo». Estas interpretaciones velan una lectura generizada, de clase social, etnicizada y generacional que invisibiliza las condiciones estructurales de existencia, fundamentando técnicas de control y subjetivación. Aquí los aportes de la perspectiva de género interseccional permiten evidenciar la imbricación de clasificaciones sociales que generalmente se esconden en supuestos universales, en este caso «las bolivianas» o «lo cultural», ubicándolas en un espacio de alteridad e hipervisibilización. De este modo se observa la circulación de normas, obligaciones, valores y emociones ligados particularmente al (no) cuidado de estas mujeres, que se constituye como un problema en el sistema de salud.

Los aportes de la antropología de la política pública nos permiten observar el modo en que agentes de salud interpretan, redefinen y dan sentido a las políticas explicitadas del Estado, y cómo estas se manifiestan en la vida de las personas. La política pública aquí presentada toma forma a través de una serie de actores, a escala global, estatal y local en la interacción con las mujeres. Mediante la percepción de profesionales de salud sobre la población con la que trabajan, permeada por las políticas sanitarias de atención primaria de salud y el programa «Sumar», se construye el riesgo que debe ser gestionado, a través del control y regularización de prácticas de cuidado, evaluado de manera estadística y periódica. Esto se da atravesado por algunas disputas en los equipos de salud, donde las exigencias sobre el monitoreo y control estadístico deja de lado algunas particularidades del rol de trabajadoras comunitarias de salud en

terreno. Al mismo tiempo, las técnicas de control y subjetivación sobre las prácticas de cuidado se presentan disputadas, en algunos casos, por las mujeres migrantes, que sostienen y reconfiguran prácticas que subvierten o coexisten con aquellas que promueve el sistema de salud.

En este contexto, donde coexisten lógicas restrictivas sobre el acceso a la salud y aquellas de visibilización, intervención y control en la atención primaria de salud, se hace necesario reflexionar sobre las posibilidades de apertura a otros conocimientos no biomédicos en la gestión de la política, prácticas que en muchos casos quedan reservadas a las voluntades particulares de agentes sanitarios. En este sentido, se espera en futuras contribuciones continuar la indagación sobre las particularidades que adquiere el cuidado de la salud en el contexto migratorio a partir de diferentes trayectorias, así como en la relación con instituciones sanitarias. Asimismo, trabajar en el análisis de los sentidos que circulan en los equipos de salud sobre sus propias prácticas, intereses vocacionales e interacciones podrá aportar algunos indicios para ampliar nuestra comprensión sobre las lógicas de la gestión de las políticas públicas y sus posibilidades de cambio.

Referencias Bibliográficas

1. Abad González, Luisa (2004). Salud intercultural y pueblos indígenas. La experiencia de un programa de salud de atención primaria con comunidades aguarunas de la selva amazónica en Perú. En G. Fernández Juárez (coord.), *Salud e interculturalidad en América Latina. Perspectivas antropológicas* (pp. 75-92). Quito: Abya Yala.
2. Abel, Lidia y Sergio Caggiano (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: IDES.
3. Aizenberg, Lila y Brígida Baeza (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. <https://doi.org/10.1080/14461242.2017.1370971>
4. Aizenberg, Lila y Gabriela Maure (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 de Movilidad Humana, Brasilia*, 25(51), 149-164. <https://doi.org/10.1590/1980-85852503880005110>
5. Aizenberg, Lila, María Laura Rodríguez y Adrián Carbonetti (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.
6. Anthias, Floya (1998). Rethinking Social Divisions: Some Notes towards a

- Theoretical Framework. *The Sociological Review*, 46(3), 505-535.
<https://doi.org/10.1111/1467-954X.00129>
7. Asad, Talal (2008). ¿Dónde están los márgenes del Estado? *Cuadernos de Antropología Social*, 27(3), 53-62.
 8. Bachiller, Santiago, Brígida Baeza, Letizia Vázquez, Bianca Freddo y Natalia Usach (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 Santiago Bachiller (ed.), *Toma de tierras y dificultades de acceso al suelo urbano en la Patagonia central* (pp. 69-124). Buenos Aires: Miño y Dávila Editores y UNPA EDITA.
 9. Baeza, Brígida (2008). Etnogénesis e identificaciones de migrantes bolivianos en Comodoro Rivadavia. En III Jornadas de Historia de la Patagonia, Unco, 6, 7 y 8 de noviembre de 2008. San Carlos de Bariloche. Recuperado de <http://www.hechohistorico.com.ar/Trabajos/Jornadas%20de%20Bariloche%20-%202008/Baeza.pdf>
 10. 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.
 11. 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), 76-107.
 12. Baeza, Brígida, Lila Aizenberg y Carlos Barria Oyarzo (2019). Cultura y salud migratoria: miradas comparativas entre profesionales sanitarios y mujeres migrantes bolivianas. *Sí Somos Americanos*, 19(1), 43-66. <https://doi.org/10.4067/S0719-09482019000100043>
 13. Balbi, Fernando Alberto (2010). Perspectivas en el análisis etnográfico de la producción social del carácter ilusorio del Estado. *Debates*, 3(3), 172-179.
 14. Belló, Mariana y Víctor Becerril-Montekio (2011). Sistema de salud de Argentina. *Salud pública México*, 53(2), 96-109.
 15. Bernal, Margarita, Báltica Cabieses, Ana María McIntyre y Macarena Chepo (2017). Desafíos en la atención sanitaria de migrantes internacionales en Chile. *Revista Peruana de Medicina Experimental y Salud Pública*, 34(2), 167-175. <https://doi.org/10.17843/rpmesp.2017.342.2510>
 16. Briones, Claudia (2005). *Cartografías argentinas. Políticas indigenistas y formaciones provinciales de alteridad*. Buenos Aires: Antropofagia.
 17. Caggiano, Sergio (2007). Madres en la frontera: género, nación y los peligros de la reproducción. *Iconos de Ciencias Sociales* (27), 93-106.

<https://doi.org/10.17141/iconos.28.2007.220>

18. 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 Pública*, 27(1), 114-122. <https://doi.org/10.1590/S1726-46342010000100016>
19. Cardoso de Oliveira, Roberto (1996). El trabajo del antropólogo: mirar, escuchar, escribir. *Revista de Antropología*, 39(1), 13-37.
20. Castro-Gómez, Santiago (2010). *Historia de la gubernamentalidad. Razón de Estado, liberalismo y neoliberalismo en Foucault*. Bogotá: Siglo del Hombre.
21. Cerrutti, Marcela (2010). *Salud y migración internacional: mujeres bolivianas en la Argentina*. Buenos Aires: Latingráfica.
22. Chanampa, Magalí Elizabeth (2014). El asentamiento informal «Extensión 30 de Octubre» de Comodoro Rivadavia y sus problemas ambientales: una cuestión indiferente. *Cuaderno urbano*, 17(17), 71-88. <https://doi.org/10.30972/crn.1717185>
23. 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). Comodoro Rivadavia: Editorial Universitaria Patagónica.
24. Courtis, Corina; Gabriela Liguori y Graciela Cerrutti (2010). *Migración y salud en zonas fronterizas: el Estado plurinacional de Bolivia y Argentina*. Santiago de Chile: CEPAL/UNFPA.
25. Deeb-Sossa, Natalia, Claudia Díaz Olavarrieta, Clara Juárez-Ramírez, Sandra García y Aremis Villalobos (2013). Experiencias de mujeres mexicanas migrantes indocumentadas en California, Estados Unidos, en su acceso a los servicios de salud sexual y reproductiva: estudio de caso. *Cad. Saúde Pública*, 29(5), 981-991 <https://doi.org/10.1590/S0102-311X2013000500015>
26. Dias, Ana, Ana Gama, Antonio Silva, Helena Cargaleiro y María Martins (2011). Barreiras no acesso e utilização dos serviços de saúde pelos imigrantes. A perspectiva dos profissionais de saúde. *Acta Med Port*, 24, 511-516.
27. 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=34
28. Epele, María (2012). *Padecer, cuidar y tratar: estudios socio-antropológicos sobre consumo problemático de drogas*. Buenos Aires: Antropofagia.

29. Fassin, Didier (2004). 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.
30. Fassin, Didier (2009). Les économies morales revisitées. *Annales. Histoire, Sciences Sociales*, 64(6), 1237-1266. <https://doi.org/10.1017/S0395264900027499>
31. Foucault, Michel (1977). Historia de la medicalización. *Educación Médica y Salud*, 11(1), 3-25.
32. Foucault, Michel (2001). El sujeto y el poder. En Huber Dreyfus y Paul Rabinow, *Michel Foucault. Más allá del estructuralismo y la hermenéutica* (pp. 241-260). Buenos Aires: Nueva Visión.
33. Goldberg, Alejandro (2009). Salud e interculturalidad: aportes de la Antropología Médica para un abordaje sociosanitario de la población boliviana de la Ciudad Autónoma de Buenos Aires. *Temas de patrimonio cultural*. Recuperado de http://estatico.buenosaires.gov.ar/areas/cultura/cpphc/archivos/libros/temas_24.pdf
34. Goldberg, Alejandro y Cássio Silveira (2013). Desigualdad social, condiciones de acceso a la salud pública y procesos de atención en inmigrantes bolivianos de Buenos Aires y Sao Paulo: una indagación comparativa. *Saúde e Sociedade*, 22(2), 283-297. <https://doi.org/10.1590/S0104-12902013000200003>
35. Granada, Daniel, Ioná Carreno, Natália Ramos y Maria da Conceição Pereira Ramos (2017). Discutir saúde e imigração no contexto atual de intensa mobilidade humana. *Interface - Comunicação, Saúde, Educação*, 21(61), 285-296. <https://doi.org/10.1590/1807-57622016.0626>
36. Guber, Rosana (2004). *El salvaje metropolitano. Reconstrucción del conocimiento social en el trabajo de campo*. Buenos Aires: Paidós.
37. Guber, Rosana (2014). *La articulación etnográfica. Descubrimiento y trabajo de campo en la investigación de Esther Hermite*. Buenos Aires: Biblos.
38. Hahn, Robert y Arthur Kleinman (1983). Biomedical practice and anthropological theory: Frameworks and Directions. *Annual Reviews*, 12, 305-333. <https://doi.org/10.1146/annurev.an.12.100183.001513>
39. Haro Encinas, Jesús (2000). Cuidados profanos: una dimensión ambigua en la atención de la salud. En Enrique Perdiguero-Gil y Josep Comelles (eds.), *Medicina y cultura. Estudios entre la antropología y la medicina* (pp. 101-162). Barcelona: Bellaterra.
40. Hirsch, Silvia y Mariana Lorenzetti (2016). Biomedicina y pueblos indígenas en Argentina. Un recorrido por las políticas de salud. En Silvia Hirsch y Mariana Lorenzetti (comps.), *Salud pública y pueblos indígenas en la Argentina. Encuentros, tensiones e interculturalidad* (pp. 19-50).

Buenos Aires: UNSAM.

41. Jelin, Elizabeth, Alejandro Grimson y Nina Zamberlin (2006). Los pacientes extranjeros en la mira. En E. Jelin (ed.), *Salud y migración regional. Ciudadanía, discriminación y comunicación intercultural* (pp. 47-56). Buenos Aires: IDES.
42. Koberwein, Adrián (2012). El estado como categoría nativa: trabajo, territorio y proyecto nacional. *Avá*, (21), 63-84.
43. Lamarque, Muriel y Lourdes Moro Gutiérrez (2020). Itinerarios terapéuticos y procesos de atención de la enfermedad en migrantes latinoamericanos: conflictos, negociaciones y adaptaciones. *Migraciones Internacionales*, 11(2), 1-20.
44. 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.
45. Liberona Concha, Nanette y Miguel Ángel Mansilla (2017). Pacientes ilegítimos: acceso a la salud de los inmigrantes indocumentados en Chile. *Salud Colectiva*, 13(3), 507-520. <https://doi.org/10.18294/sc.2017.1110>
46. Linardelli, María y Alejandro Goldberg (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. <https://doi.org/10.14422/mig.i45.y2018.002>
47. 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.
48. 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.
49. Lugones, María (2005). Multiculturalismo radical y feminismos de mujeres de color. *Revista Internacional de Filosofía Política* (25), 61-76.
50. Lugones, María (2008). Colonialidad y género. *Tabula Rasa* (9), 73-101. <https://doi.org/10.25058/20112742.340>
51. 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* (pp. 55-70). Tarragona: URV.
52. Magliano, María José (2015). Interseccionalidad y migraciones: potencialidades y desafíos. *Revista Estudios Feministas*, 23(3), 691-712. <https://doi.org/10.1590/0104-026X2015v23n3p691>
53. Marcus, George (2001). Etnografía en/del sistema mundo. El surgimiento de la etnografía multilocal. *Alteridades*, 11(22), 111-127.

54. Martínez Hernáez, Ángel (2008). *Antropología médica: teorías sobre la cultura, el poder y la enfermedad*. Barcelona: Anthropos.
55. Menéndez, Eduardo (1978). El modelo médico y la salud de los trabajadores. En Franco Basaglia, *La salud de los trabajadores* (pp. 11-53). México D. F.: Nueva Imagen.
56. Menéndez, Eduardo (1985). Aproximación crítica al desarrollo de la antropología médica en América Latina. *Nueva Antropología*, 7(28), 11-28.
57. Menéndez, Eduardo (1998). Estilos de vida, riesgos y construcción social. Conceptos similares y significados diferentes. *Estudios Sociológicos*, 16(46), 37-67.
58. Ministerio de Educación y Secretaría de Salud de la provincia de Chubut (2009). *Diseño curricular de la tecnicatura superior en salud comunitaria*. Recuperado de https://isfd804-chu.infed.edu.ar/sitio/upload/Tecn._Salud_Comunitaria.pdf
59. 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.
60. 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: IDES.
61. Muñoz, Susana (2013). Salud integral y fortalecimiento comunitario en la formación de técnico superior en Gestión de la Salud Comunitaria. En Beatriz Escudero (coord.), *Salud comunitaria: la construcción de un campo interdisciplinar: aproximaciones desde la formación de técnicos en salud* (pp. 35-62). Comodoro Rivadavia: Editorial Universitaria Patagónica.
62. Organización Panamericana de la Salud (1978). *Informe de la Conferencia Internacional sobre Atención Primaria de la Salud*. Alma-Ata, URSS. Recuperado de <https://www.paho.org/hq/dmdocuments/2012/Alma-Ata-1978Declaracion.pdf>
63. Parekh, Bhikhu (2000). El etnocentrismo del discurso nacionalista. En Álvaro Fernández Bravo (comp.), *La invención de la nación* (pp. 91-122). Buenos Aires: Manantial.
64. 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* (pp. 33-49). Quito: Ediciones Abya-Yala.
65. Pozzio, María (2011). *Madres, mujeres y amantes. Usos y sentidos de*

- género en la gestión cotidiana de las políticas públicas*. Buenos Aires: Antropofagia.
66. Renn, Ortwin (1992). Concepts of Risk: A Classification. En Sheldon Krimsky y Dominic Golding (eds.), *Social Theory of Risk* (pp. 53-79). Londres: Praeger.
67. Rosen, George (1985). *De la policía médica a la medicina social. Ensayos sobre historia de la atención a la salud*. México D. F.: Siglo XXI.
68. Rovere, Mario (2009). Atención primaria de la salud en debate. *Saúde em Debat*, 36(94), 327-342. <https://doi.org/10.1590/S0103-11042012000300003>
69. Scott, Jean; Jill Conway y Susan Bourque (2013). El concepto de género. En Marta Lamas (comp.), *El género. La construcción cultural de la diferencia sexual* (pp. 21-34). Distrito Federal: Miguel Ángel Porrúa.
70. Scozia Leighton, Camila; Catalina Leiva Báez; Natalia Garrido Maldonado y Andrea Álvarez Carimoney (2014). Barreras interaccionales en la atención materno-infantil a inmigrantes peruanas. *Rev. Sociedad & Equidad*, 6, 6-33. <https://doi.org/10.5354/0718-9990.2014.27213>
71. Sharma, Aradhana y Akhil Gupta (2006). *The Anthropology of the State. A Reader*. Londres: Blackwell Publishing.
72. 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. <https://doi.org/10.7440/antipoda10.2010.03>
73. Viveros Vigoya, Mara (2016). La interseccionalidad. Una aproximación situada a la dominación. *Debate feminista*, 52, 1-17. <https://doi.org/10.1016/j.df.2016.09.005>

Recibido: 16/04/2019.

Aprobado: 17/04/2020