


“Mamá, tenés tarea”: una aproximación etnográfica a las políticas focalizadas en salud. Seguimiento, intervención y control sobre prácticas de mujeres migrantes

“Mamá, tenés tarea”: an ethnographic approach to policies focused on health. Monitoring, intervention and control over practices of migrant women

Carlos Barria Oyarzo^a

 <https://orcid.org/0000-0002-0965-5850>

E-mail: carlosbarriaoyarzo@gmail.com

^aUniversidad Nacional de la Patagonia. Facultad de Humanidades y Ciencias Sociales. Instituto de Estudios Sociales y Políticos de la Patagonia. Comodoro Rivadavia, Chubut, Argentina.

Resumo

En este trabajo analizo las particularidades que adquiere la gestión cotidiana de política sanitaria en una ciudad de la Patagonia argentina, donde se evidencia una política focalizada y no explicitada sobre las mujeres migrantes provenientes de zonas rurales de Bolivia. A partir de una perspectiva de conocimiento etnográfica y la observación participante en diferentes espacios del sistema público de salud se evidencia el modo en que los equipos sanitarios identifican los factores de riesgo e instrumentan lógicas de seguimiento, intervención y control. En los encuentros entre las mujeres migrantes y las trabajadoras de salud se evidencian 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, en la que se evalúan prioridades para el acceso a la atención sanitaria según interpretación de las efectoras de salud. En este sentido analizo las estrategias de trabajadoras comunitarias en estos encuentros y en sus relaciones laborales, en las cuales deben responder con resultados evidenciables estadísticamente. Aquí las mujeres migrantes agencian modos de construir salud en contextos de desigualdad.

Palabras clave: Política de salud; Riesgo; Atención primaria de salud; Migración; Control.

Correspondência

Carlos Barria Oyarzo

Ciudad Universitaria. Ruta Provincial N° S/N. 4° piso. Comodoro Rivadavia. Chubut, Argentina. CP9000. Km. 4.

Abstract

In this work, I analyze the particularities that the daily management of health policy acquires in a city in the Argentine Patagonia, where a focused and non-explicit policy on migrant women from rural areas of Bolivia is evident. From an ethnographic knowledge perspective and participant observation in different spaces of the public health system, the way in which health teams identify risk factors and implement monitoring, intervention and control logics is evidenced. In the meetings between migrant women and health workers, tensions over health practices are evident in a context crossed by multiple forms of inequality. In some situations, conceptions of risk emerge as a category that gives rights, where priorities for access to health care are evaluated according to the interpretation of health effectors. In this sense, I analyze the strategies of community workers in these meetings and in their labor relations, where they must respond with statistically evident results. Here migrant women organize ways to build health in contexts of inequality.

Keywords: Health policy; Risk; Primary health care; Migration; Control.

Introducción

Este trabajo es parte de una etnografía de la gestión cotidiana de política sanitaria en la ciudad de Comodoro Rivadavia, en Argentina. Aquí caracterizo la gestión de la política pública en salud que tiene como destinatarias a las mujeres migrantes en sus procesos de cuidados, así como sus efectos, las experiencias y prácticas vinculadas con estos. Particularmente, en este artículo, analizo la 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 control, seguimiento e intervención sobre las prácticas de migrantes. Así, describo una serie de relaciones y encuentros entre mujeres migrantes y trabajadoras comunitarias de salud en terreno¹ (en adelante trabajadoras comunitarias) que se dan por medio de las visitas periódicas domiciliarias, en las cuales se evidencian algunas tensiones sobre las prácticas de salud. En otros trabajos se ha dado cuenta del modo que las interpretaciones acerca del riesgo sobre las prácticas de mujeres migrantes velan una lectura generizada, de clase social, etnicizada y generacional, en que se tiende a apelar a la cultura de las migrantes, particularmente mujeres en “edad reproductiva” y madres, sobre quienes recaen las responsabilidades de cuidado (Baeza; Aizenberg; Barria Oyarzo, 2019; Barria Oyarzo, 2020).

Diferentes estudios han mostrado las relaciones de discriminación con la población migrante proveniente de Bolivia en Argentina, evidenciando las dificultades que presenta los migrantes en el acceso al sistema de salud (Aizenberg; Rodriguez; Carbonetti, 2015; Baeza, 2013; Caggiano, 2007; Cerruti, 2010; Jelin; Grimson; Zamberlin, 2006; entre otros). 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

¹ Esta figura se constituye como miembro 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”. Estas son todas trabajadoras que, en los equipos de atención primaria de la salud, tienen como función ser un nexo entre la comunidad y el sistema de salud, trabajando particularmente mediante el seguimiento de indicadores de salud y controles médicos de grupos familiares “de riesgo sociosanitario” y “necesidades básicas insatisfechas” con el fin de disminuir las “barreras en la implementación de los programas propios del sector salud” (Argentina, 2009).

enfatar parte de la bibliografía, aquí damos cuenta de una hipervisibilización de la población migrante. En este caso observamos 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 del cuidado de sus hijos.

Este trabajo se posiciona desde una perspectiva antropológica sobre el Estado, en que las políticas públicas pueden ser interpretadas en cuanto a sus efectos, las relaciones que crean y los sistemas de pensamiento más amplios en las que están inmersas (Sharma; Gupta, 2006; Shore, 2010). Asimismo la antropología crítica de la salud nos permite indagar las particularidades de la construcción de la salud, la enfermedad, la atención y los cuidados y sus diferentes formas de organización, particularmente en la biomedicina y la política sanitaria (Martínez Hernáez, 2008; Fassin, 2004).

El trabajo de campo se realizó entre los años 2015 y 2019 en diferentes instituciones de salud pública de la ciudad, a partir de la observación participante en el acompañamiento a efectoras de salud y en la relación con mujeres migrantes en dos barrios periurbanos de la ciudad de Comodoro Rivadavia. Los espacios de observación están constituidos por la cotidianidad de dos Centros de Atención Primaria de Salud (CAPS) y las visitas domiciliarias, acompañando a efectoras de salud, donde participo de estas relaciones.

Visitas domiciliarias: Seguimiento, intervención y control

Las trabajadoras comunitarias se presentan en los equipos de Atención primaria de salud (APS) como quienes “salvan las distancias” entre equipos de salud y la población. Su tarea se constituye fundamentalmente por las “salidas a terreno”, caminata hacia las zonas del barrio donde realizan las visitas a cada “familia a cargo”, generalmente en las zonas 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.

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. Cada encuentro puede darse en el espacio público o privado, así como puede variar entre una visita más administrativa, en que la trabajadora pide libretas sanitarias y recoge datos mediante preguntas concretas o puede darse a través de un dialogo más distendido, en que 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 previamente, 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 por medio de las visitas domiciliarias a las “familias a cargo” que se instrumentan seguimientos, controles e intervenciones sobre aquellas pautas consideradas de riesgo. Una “familia a cargo” implica para las trabajadoras comunitarias la responsabilidad de seguimiento de los indicadores estadísticos de salud y su mejoría.

En una de las salidas a terreno con Susana, trabajadora comunitaria, ella va a la casa de Eladia para preguntarle cómo anda y rápidamente le consulta si se había hecho el PAP (examen citológico de cuello uterino). Eladia, 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 y Susana le pregunta qué día puede acercarse al CAPS, acordando una visita para la semana próxima. Eladia tiene 44 años, es quechuahablante y habla español con dificultad. Cuando nos retiramos para continuar con las visitas, Susana me comenta en el camino que Eladia no tiene el PAP al día desde el año pasado. Para las trabajadoras “estar cubiertas por el PAP” implica haberse realizado el examen al menos en los últimos dos años (julio de 2016).

La actitud avergonzada de Eladia, ante la exigencia de la efectora de salud, da cuenta de una relación asimétrica. En algunos casos, las trabajadoras se detienen a explicar a las mujeres en qué consiste el PAP y cómo es el procedimiento, pero en otros dan por sentado el conocimiento de estas técnicas médicas. Esta situación suele ser reiterada en las visitas domiciliarias con relación a los controles ginecológicos y la realización del PAP. En las “planillas de familias”² cada trabajadora comunitaria debe consignar el seguimiento de embarazos, partos, procreación responsable y Papanicolau, con el mes y el año de realización.

Las trabajadoras comunitarias desarrollan algunas estrategias para motivar las consultas ginecológicas, como las “actividades comunitarias”. Estas actividades son talleres en las salas de espera de CAPS, en las que se busca la promoción de estos controles o campañas de realización de consultas médicas. 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. Allí las trabajadoras realizan folletos, al estilo invitaciones, para publicitar las actividades que realizan y, días previos al evento, reparten en los domicilios de quienes visitan. En uno de los folletos realizado se puede observar una frase a modo de título y en letra grande que dice “Mamá... tenés tarea!!” y la imagen una mano que sostiene un lápiz arriba de una hoja con renglones, sobre la que se encuentra el texto del folleto. 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. El tono de obligatoriedad se refuerza y queda claro en la primera frase: “si tenés entre 15 y 64 años hacéte un Papanicolau”. Esta enunciación manifiesta de modo imperativo la realización del estudio a las madres

del rango etario que se detalla. 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.

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 mediante 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. Particularmente, en las visitas domiciliarias, las trabajadoras comunitarias 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 (Barria Oyarzo, 2020).

Otra de las preocupaciones de efectoras de salud es la utilización de métodos anticonceptivos por las mujeres migrantes. A través de las visitas domiciliarias, las trabajadoras promueven la utilización de dispositivos hormonales y quirúrgicos, como las pastillas anticonceptivas, DIU (dispositivos intrauterinos), inyectables anticonceptivos y en algunos casos “ligadura de trompas”³ para evitar embarazos no planificados. En un encuentro con dos trabajadoras comunitarias ellas hacen referencia a que esta utilización depende mucho de la proveniencia de las mujeres; 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

2 Las planillas de familia son fichas en las cuales las trabajadoras comunitarias registran los indicadores de salud para cada vivienda. Allí se recopilan los datos sociodemográficos y una serie de categorías que evalúan el riesgo de las respondientes, las cuales 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 sociosanitario” implica que no cumpla con tres o más de estos indicadores esperables.

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

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.

En lo que respecta a los controles obstétricos, las trabajadoras comunitarias visitan periódicamente a mujeres 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 dependen de su edad, proveniencia y relación con agentes de salud. En algunos casos observamos el modo en que las mujeres buscan evitar la intervención médica del parto.

En las visitas domiciliarias también existe un control sobre las vacunaciones y cuidados pediátricos. Una de las trabajadoras comunitarias comenta que 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 en las que 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 Salud⁴.

En los 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, y situaciones de padecimiento que refieren las propias migrantes.

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 y escaso personal sanitario. Esto tiende a generar conflictos y descontento por parte de usuarios/as y equipos de salud. Si bien el sistema de salud busca llegar a la mayor cantidad de personas posible, el personal de salud es escaso para la población. 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.

En ambos CAPS existen los denominados “turnos protegidos” o “especiales”, que son entre cinco y diez consultas médicas ginecológicas y pediátricas mensuales que cada trabajadora comunitaria tiene a disposición para entregar a las mujeres que visitan.

⁴ Calendario nacional de vacunación. Disponible en: <<http://www.msal.gov.ar/images/stories/ryc/graficos/0000001013cnt-2017-01-01-calendario-vacunacion.pdf>> Acceso en: 7 feb. 2022.

Estos turnos, por medio 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, trabajadora comunitaria, visitamos a Francisca, una mujer de 30 años proveniente de Bolivia, que debía realizar el control de sus dos hijos, de 1 año y 3 años, y no fue. Cuando llegamos a la casa, Carolina le pregunta a Francisca, quien habla solo un poco español, por qué no fue al turno con el pediatra, a lo que esta responde, 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 niños, ya que les falta el control. Le enfatiza que no falte, pues la otra vez la pediatra la estuvo esperando, 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 de 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 acompañando a Danila, trabajadora comunitaria, nos dirigíamos de regreso al centro de salud cuando nos llama Sabina. Esta le dice a Danila que quería un turno, porque lo tenía que llevar el mes pasado a control al más chico que ya cumplió el año. Danila 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. Danila exclama: “Ay Dios... esta mujer” mientras se ríe. Diana le pide

las libretas de los niños y le entrega uno de los turnos que ella tiene reservados para el mes. Sabina sabe de los “turnos especiales” y se los pide a la trabajadora, 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 en los CAPS 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.

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; pues deben responder ante el sistema de salud con mejoras que se visibilicen en los relevamientos estadísticos. El objetivo de las visitas 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.

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 en que 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 sociosanitario es objeto de diferentes estrategias para lograr el cuidado de la salud esperable para el sistema sanitario.

Políticas focalizadas e inclusión subordinada

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.

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 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 observa 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. 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 (2002) 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 expande en un campo de acciones y lógicas que se visibilizan en la tarea de trabajadoras comunitarias hacia las 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 ingresan 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.

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 es una categoría propia de la epidemiología, en este caso cuantificable en términos poblacionales y observables en los casos individuales por medio del relevamiento por planillas de trabajadoras comunitarias. En palabras de Suarez, Beltran y Sánchez (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 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. De esta manera, 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, en Bolivia, 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, en la que 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 organismos internacionales neoliberales, sin un cuestionamiento profundo y estructural de sus principios. Otras autoras han trabajado en 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; Diez, 2011). 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 en que 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 por medio 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 bajo los parámetros de la biomedicina.

También es necesario dar cuenta de las condiciones de desigualdad socioeconómica en las que se encuentra la población migrante que habita los barrios que visitan las trabajadoras comunitarias. 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 por medio 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 las trabajadoras comunitarias y el acceso a recursos que estas pueden ofrecerles, decisiones sobre sus formas de cuidar la salud que pueden estar o no con relación al 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 precariedad 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 la regularización de migrantes por “razón humanitaria”, en que el cuerpo, el sufrimiento o la enfermedad sirve de recursos para reivindicar un derecho, dependiendo de las “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 quienes solicitan este recurso apelando a dificultades personales.

Consideraciones finales

La política focalizada, no explicitada y tutelar sobre las mujeres migrantes provenientes de zonas rurales de Bolivia se produce por la identificación de los factores de riesgo ligados al “no cuidado” en los equipos de salud, que instrumentan lógicas de seguimiento, intervención y control. Estas acciones interpelan prácticas de cuidado gineco-obstétricas y pediátricas que son consideradas “de riesgo”. Así en la Atención Primaria de Salud, se visibilizan una serie de relaciones y dispositivos a través de las

cuales se busca encausar las prácticas de mujeres migrantes bolivianas a un tipo de prácticas de cuidado esperables para el sistema público de salud. Particularmente, en los encuentros entre mujeres migrantes y trabajadoras comunitarias se observan algunas tensiones sobre las prácticas de salud en un contexto atravesado por múltiples formas de desigualdad. Aquí se observa un modo de inclusión subordinada por medio de la desautorización de las mujeres en sus procesos de cuidado, en el que el Estado se amplía en el territorio garantizando derechos y ampliando su cobertura bajo los parámetros de la biomedicina.

La política sanitaria toma forma, mediante la codificación por parte de efectores de salud, de lógicas de la salud pública que exceden este espacio. En este contexto, 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 de las efectores de salud. Así observamos estrategias de las trabajadoras comunitarias en las visitas domiciliarias y en sus relaciones laborales, las cuales 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 desigualdad.

Referencias

- AIZENBERG, L.; RODRIGUEZ M.; CARBONETTI, A. Percepciones de los equipos de salud en torno a las mujeres migrantes bolivianas y peruanas en la ciudad de Córdoba. *Migraciones Internacionales*, Tijuana, v. 8, n. 1, p. 65-94, 2015.
- ARGENTINA. Ministro de Educación y Secretaría de Salud de la Provincia de Chubut. *Diseño de la tecnicatura superior en salud comunitaria*. Chubut, 2009. Disponible en: <http://isfd804-chu.infed.edu.ar/sitio/upload/Tecn._Salud_Comunitaria.pdf> Acceso en: 6 mar. 2021.

- BAEZA, B. 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*, Zaragoza, n. 11, p. 179-197, 2013.
- BAEZA, B.; AIZENBERG, L.; BARRIA OYARZO, C. Cultura y salud migratoria: miradas comparativas entre profesionales sanitarios y mujeres migrantes bolivianas. *Sí Somos Americanos*, Santiago, v. 19, n. 1, p. 43-66, 2019. DOI: 10.4067/So719-09482019000100043
- BARRIA OYARZO, C. Gestión de políticas públicas en salud: Mujeres migrantes en una ciudad de la Patagonia, Argentina. *Anthropologica*, Lima, v. 38, n. 44, p. 157-185, 2020. DOI: 10.18800/anthropologica.202001.007
- CAGGIANO, S. Madres en la frontera: género, nación y los peligros de la reproducción. *Iconos - Revista de Ciencias Sociales*, Quito, v. 27, p. 93-106, 2007. DOI: 10.17141/iconos.28.2007.220
- CERRUTTI, M. *Salud y migración internacional: mujeres bolivianas en la Argentina*. Buenos Aires: Programa Naciones Unidas para el Desarrollo, 2010.
- FASSIN, D. Entre las políticas de lo viviente y las políticas de la vida. hacia una antropología de la salud. *Revista Colombiana de Antropología*, Bogotá, n. 40, p. 283-318, 2004.
- FOUCAULT, M. *Vigilar y castigar: nacimiento de la prisión*. Buenos Aires: Siglo XXI Editores, 2002.
- MARTÍNEZ HERNÁEZ, A. *Antropología médica: teorías sobre la cultura, el poder y la enfermedad*. Barcelona: Anthropos, 2008.
- JELIN, E.; GRIMSON, A.; ZAMBERLIN, N. Los pacientes extranjeros en la mira. In: JELIN, E. (Dir.). *Salud y migración regional: Ciudadanía, discriminación y comunicación intercultural*. Buenos Aires: IDES, 2006. p. 47-56.
- NOVARO, G.; DIEZ, M. L. ¿Una inclusión silenciosa o las sutiles formas de la discriminación? Reflexiones a propósito de la escolarización de niños bolivianos. In: COURTIS, C.; PACECCA, M. *Discriminaciones étnicas y nacionales: un diagnóstico participativo*. Buenos Aires: Editores del Puerto, 2011. p. 37-57.
- RAMÍREZ-HITA, S. *Donde el viento llega cansado, sistemas y prácticas de salud en la ciudad de Potosí*. La Paz: Cooperación Italiana, 2005.
- SHARMA, A.; GUPTA, A. (Ed.). *The Anthropology of the State: A Reader*. London: Wiley-Blackwell, 2006.
- SHORE, C. La antropología y el estudio de la política pública: reflexiones sobre la 'formulación' de las políticas. *Antípoda: Revista de Antropología y Arqueología*, Bogotá, n. 10, p. 21-49, 2010.
- SUAREZ, R.; BELTRAN, E.; SÁNCHEZ, T. 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*, n. 3, p. 123-154, 2006.
- TOBAR, F. Breve historia del sistema argentino de salud. In: GARAY, O. *Responsabilidad profesional de los médicos: ética, bioética y jurídica: civil y penal*. Buenos Aires: La Ley, 2012. p. 1-19.
- VIAÑA, J. *Interculturalidad como herramienta de emancipación: Hacia una redefinición de la interculturalidad y sus usos estatales*. La Paz: Instituto Internacional de Integración, 2009.
- VIVEROS VIGOYA, M. La interseccionalidad. Una aproximación situada a la dominación. *Debate feminista*, Ciudad de México, v. 52, p. 1-17, 2016. DOI: 10.1016/j.df.2016.09.005

Contribución del autor

El autor ha llevado adelante todas las instancias de elaboración del artículo, desde el trabajo de campo, entre los años 2015 y 2019, su concepción, análisis de datos, elaboración del manuscrito, redacción y revisión.

Agradecimientos

El autor expresa sus agradecimientos a las interlocutoras en el proceso de investigación: a las mujeres migrantes, a las trabajadoras comunitarias, a la Dra. Brígida Baeza y el equipo del Instituto de Estudios Sociales y Políticos de la Patagonia (UNPSJB), por la tutoría y el intercambio en el análisis del trabajo.

Recibido: 16/3/2022

Aprobado: 2/2/2023