

VII Jornadas Santiago Wallace de Investigación en Antropología Social. Sección de Antropología Social. Instituto de Ciencias Antropológicas. Facultad de Filosofía y Letras, UBA, Buenos Aires, 2013.

# **Miradas antropológicas en torno a las formas de Intervención sanitaria en Bahía Blanca en contextos de migración, el caso de poblaciones bolivianas.**

BERTONI MARIA BELEN.

Cita:

BERTONI MARIA BELEN (2013). *Miradas antropológicas en torno a las formas de Intervención sanitaria en Bahía Blanca en contextos de migración, el caso de poblaciones bolivianas. VII Jornadas Santiago Wallace de Investigación en Antropología Social. Sección de Antropología Social. Instituto de Ciencias Antropológicas. Facultad de Filosofía y Letras, UBA, Buenos Aires.*

Dirección estable: <https://www.aacademica.org/000-063/1>

*Acta Académica es un proyecto académico sin fines de lucro enmarcado en la iniciativa de acceso abierto. Acta Académica fue creado para facilitar a investigadores de todo el mundo el compartir su producción académica. Para crear un perfil gratuitamente o acceder a otros trabajos visite: <https://www.aacademica.org>.*

# **Miradas antropológicas en torno a las formas de Intervención sanitaria en Bahía Blanca en contextos de migración, el caso de poblaciones bolivianas.**

Bertoni María Belén

Universidad de Buenos Aires

belen\_bertoni@hotmail.com

## **GT01-Antropología y Procesos Migratorios**

### **Introducción**

Esta ponencia se desarrolla en el marco de una exploración etnográfica preliminar al desarrollo de tesis de licenciatura en antropología cuyo objetivo es describir el proceso de asentamiento estacional de migrantes llegadas/os de Bolivia al partido de Bahía Blanca y sus alrededores, y analizar los procesos de salud-enfermedad-atención-cuidado<sup>1</sup> (SEAC), por los que atraviesa esta población migrante en la región.

Nos preguntamos cómo y en qué condiciones estas poblaciones entablan relaciones laborales en torno a la producción ladrillera en el partido de Bahía Blanca, y a la producción agrícola en el partido de Villarino y en la localidad de General Daniel Cerri, también de Bahía Blanca. Para esta presentación focalizamos en el análisis de las vinculaciones que recientemente entretejieron los agentes estatales de la salud y la población migrante boliviana que, en condiciones estructurales de desigualdad socioeconómica, residen estacionalmente en un horno de ladrillo en las afueras de la ciudad de Bahía Blanca.

En esta ponencia específicamente nos preguntamos cómo afecta sobre la salud las particularidades que adquiere la migración boliviana en la zona y sobre ello qué respuestas se relevan desde los equipos de salud. Analizamos también qué construcciones reproducen los profesionales de salud sobre “la cultura” de los migrantes y cómo afecta ello las intervenciones sanitarias que discursivamente se posicionan desde un paradigma de Salud Colectiva que desestructura los abordajes epidemiológicos de la medicina convencional y biologicista.

Este escrito se estructura en cuatro apartados principales. En el primero describimos los procesos de las migraciones limítrofes, específicamente aquellas llegadas desde Bolivia hacia el Sudoeste bonaerense, la inserción laboral/residencial –no única ni homogénea- de dichos migrantes en el trabajo hortícola, en la producción cebollera y en los hornos de ladrillos; su relación con el campo de la salud y los efectos en los procesos de SEAC. En el

---

<sup>1</sup>Ayres (2002) define al “cuidado”: logro práctico en contraposición al “éxito técnico” que aparece como unilateral e incompleto

siguiente apartado, describimos el Sistema de Salud en Argentina, analizamos su configuración particular en Bahía Blanca, relevamos algunas complejidades. En el tercer apartado, focalizamos en las relaciones que entretejieron los agentes de salud, mayormente de atención primaria, con un horno en particular, a partir de un caso de tuberculosis meníngea en un migrante llegado de Bolivia residente en el horno de ladrillos. Esto nos permitirá, en el último apartado, preguntarnos por las limitaciones de la Epidemiología Tradicional, que hegemoniza las formas de intervenir en salud y sus preconceptos. Finalmente, planteamos una conclusión preliminar.

### **Residencia, trabajo y salud**

*Pero hay una realidad, la gente esta viene a trabajar, ¿entendes? y están lejos de todo...*

En este apartado desarrollamos las condiciones de la migración desde Bolivia a la región. Nos preguntamos en qué condiciones se desarrolla la migración boliviana en Argentina y qué particularidades adquiere en la región, para analizar cómo afectan las condiciones de la migración en el proceso de salud/enfermedad/atención/cuidado de dicha población, teniendo en cuenta sus particularidades históricas y coyunturales.

En la década de los 70' y más específicamente la década de los 90', con los procesos de globalización contemporáneos y la profundización del capitalismo neoliberal transnacional, se hizo evidente un aumento de la migración, desde países limítrofes en condiciones de desigualdad estructural a Argentina, siendo significativa la población proveniente de Bolivia (Benecia, 2004, 2005 a y b; Grimson, 2006, 2011; Goldberg, 2010 a y b; Hernández, 2010). Benecia (2004) indica que la migración constituye un aspecto relevante en desarrollo económico de Argentina, siendo más fuerte la migración limítrofe proveniente de Bolivia hacia los 90', que llegó a conformar más del 50% del total de inmigrantes en Argentina. Si bien, el autor refiere a que esta cifra no es totalmente significativa debido al número de indocumentados y trabajadores temporarios.

En el Sudoeste de la provincia de Buenos Aires, los/as migrantes llegados/as de Bolivia, algunas veces tras transitar sucesivos puntos migratorios a los que suelen llegar por redes familiares (Zalles Cueto, 2002; Benecia, 2005b; Torres, 2011; Hernández, 2013), se asientan en el partido de Bahía Blanca y Villarino, donde desarrollan dos actividades laborales principales: en la producción hortícola y en la producción de ladrillos, actividades en base a las que también organizan su residencia. Vargas (2005), reflexiona sobre la vinculación que existe entre la adscripción a un grupo étnico y la realización de un tipo de

trabajo, lo cual deriva en un círculo porque se configura una red social de trabajo que les posibilita la inserción laboral en determinadas actividades en el país receptor. Aunque ello no refiere a una actividad laboral que el/la migrante hubiera estado desarrollando previamente en su país de origen. Esto se observa en la población boliviana que se asienta en la región de estudio: los “pioneros” (Mallimaci, 2012) traen a sus connacionales a realizar el trabajo en las quintas, en los hornos o en los negocios.

Asimismo, diversos autores (Benecia, 2004, 2005a; Krasner y Ockler, 2007; Torres, 2011; Ferrelli et.al., 2011) refieren al crecimiento socioeconómico que produjo la migración boliviana en el sudoeste bonaerense. Torres (2011) señala que a partir de los 70’, en el valle inferior del Río Colorado la migración llegada desde Bolivia empieza a desarrollarse y ampliarse en la producción del subsector hortícola, principalmente en el partido de Villarino para la producción de la cebolla, y para la exportación a Brasil.

En el sudoeste bonaerense, la ciudad de Bahía Blanca se configura como un punto de recepción para la atención en Salud ya que es donde se localiza el Hospital Público –Hospital Interzonal de Agudos Dr. José Penna– de alta complejidad, que abarca La Región Sanitaria Uno<sup>2</sup>. Espacio en el que la población migrante realiza desplazamientos estacionales principalmente entre Bahía Blanca y Villarino. Como nos comenta una trabajadora social del área de salud, refiriéndose a las migrantes bolivianas:

G: Villarino, que es uno de los lugares donde ellas recalán. Recalan Mendoza, recalán Villarino, recalán Bahía Blanca y recalán toda la zona del Valle por la fruta.  
(Entrevista a trabajadora social del área de salud 17/09/13)

Por otro lado, nos comenta una enfermera:

B: y vos decís que hace un tiempo acá y después se van al trabajo de la cebolla.

C: sí, si es lo que hacen. Que estamos ahora en la época y hemos ido hace poquito con el grupo de los hornos a hacer una intervención y habían familias que yo había censado y que ya no estaban porque estaban en la cebolla.  
(Entrevista enfermera US 28-5-13)

En Bahía Blanca existen hornos de ladrillo en la zona periurbana y también a más de 10km por ruta. Se destaca que las/os migrantes recién llegados se asientan principalmente en los hornos más distantes, donde desarrollan sus actividades laborales y también residen:

C: los hornos están en zona periurbana pero la mayoría está en zona rural. La mayoría está en una zona que está en los bordes de lo periurbano. Entonces ¿qué pasa? Tienen que vivir ahí... aparte ellos vienen, vienen así como

---

<sup>2</sup> Incluye los partidos de Adolfo Alsina, Adolfo González Chavez, Bahía Blanca, Coronel de Marina R. González, Coronel Dorrego, Coronel Pringles, Coronel Suarez, Guaminí, Monte Hermoso, Patagones, Puán, Saavedra, Torquinst, Tres Arroyos y, Villarino

que no vienen, caen, caen... es como que vienen con la lluvia porque en verdad vos viste como vienen, vienen sin nada. Y son sostenidos por sus familiares que son los que los traen... y... algunos se van... y la mayoría se quedan (...) Entonces ¿qué pasa? Como los hornos están en la zona ya rural, entonces los dueños de los hornos construyen, yo te diría, los palomares de cuando yo era chica eran mejores construcciones que esas. Son habitáculos que son una pequeña unidad funcional, sin ventanas, con una sola puerta, sin piso. Y ellos tienen familia numerosa. Entonces, y... y tienen... no tienen gas... y bueno, qué se yo... vienen en condiciones de máxima precariedad...

B: y en esa habitación ¿vive una familia?

C: cada uno de esos habitáculos que es como un complejo habitacional, vive una familia. En lo que sería un lugar de 3 por 4.

B: sin baño, nada

C: sin baño, nada. Una letrina afuera para todos o dos letrinas para todos. Y tiene una pequeña división eso como que en la mitad tiene una pared que es como una división y está como más adentro la cama con las cosas y ellos... algunos no tienen ni mesas ni sillas ni nada...

(Entrevista a trabajadora social del área de salud 17/09/13)

Lo mismo sucede en el espacio hortícola de Sauce Chico, Colonia La Merced y Alférez San Martín, (pertenecientes a la Delegación Municipal Cerri, alejadas de 10 a 20 km del área urbana de la localidad). Este área se denomina ‘sector quintas’ y, se encuentra ubicada en la periferia del asentamiento, donde, en su gran mayoría, trabajan migrantes bolivianos (Kreaser y Ockier, 2007). La US más cercana se encuentra en Cerri a una distancia de hasta 20km por caminos de ruta y tierra, inaccesibles en caso de lluvia y sin transporte público<sup>3</sup> (lo mismo sucede con la ubicación de los hornos de ladrillos). En el caso del centro médico de Cerri el mismo cuenta con una “ambulancia social” que se utiliza en caso de ser necesario el transporte de pacientes de las quintas hacia la US o centro de salud y viceversa, o hacia el hospital que se encuentra a casi 25km de distancia, para traslados tanto programados como de urgencia. Sin embargo esta “ambulancia social” funciona hasta las 20hs, por lo que si sucede alguna situación de emergencia posterior a ese horario, no tiene cobertura.

E: Hay gente que trabaja en el Sauce que es un lugar cercano a Cerri donde es un lugar donde básicamente se dedican a la agricultura del vegetal y después hay muchos que se han dedicado al comercio que se han venido más para la población, o sea para Cerri, y que han puesto comercios. Verdulerías venta de ropa, con un trabajo más comercial digamos. Que el artesanal del cultivo.

(Entrevista enfermera de la US 12/06/13)

M: la ambulancia social nosotros la tenemos destinada a los traslados programados, si? Como puede ser... la usamos mucho con la gente del Sauce, si? Como te dice Dora, para la gente que carece de recursos o para la gente que vive acá dentro del radio del pueblo pero que tiene que llegar al Penna y un remis hasta allá para hacer cualquier consulta son de 100 a 150 pesos. Vos imaginate que una familia de media para abajo no puede pagar eso, entonces bueno, esto es un recurso que nosotros lo teníamos perdido hace unos años atrás y entonces bueno, conseguimos mediante gestiones que nos donaran una ambulancia y cuando el 911 desborda o cuando... el otro

---

<sup>3</sup> Tanto para la zona de quintas como para los hornos, la Municipalidad brinda combis para el transporte escolar diario de los/as niños/as y adolescentes.

día por ejemplo que nos pasó que teníamos una urgencia en el quirófano y 911 estaba en ruta y llegó primero esta unidad.

(Entrevista a administrativa 24/10/13)

Los fragmentos citados refieren a la estacionalidad, trabajos realizados en la zona destacan dos tendencias en la población: por un lado, residencia permanente (familias completas, más frecuente entre los bolivianos) y por otro, trabajadores solos/as o trabajadores familiares que vienen en la época de la cosecha (temporarios). Así también se visibiliza el factor del tiempo en la estadía en la región, en tanto aquellos que ya están hace un tiempo, ya no son “los caídos”, y en el espacio urbano ejercen actividades laborales en verdulerías, negocios, trabajo doméstico, polo petroquímico (Hernández, 2010; Kraser y Ockier, 2007), o en la construcción (yessería y pintura, principalmente). Los interlocutores refieren a que el asentamiento residencial/laboral en la localidad de General Daniel Cerri conforma parte del “último eslabón”, siendo los más pudientes y los que ya están hace un tiempo considerable trabajando en la región quienes acceden a ello.

Por su parte, al sur del partido de Bahía Blanca, se encuentra el partido de Villarino, ya nombrado, donde la población llegada de Bolivia, trabaja en la producción agrícola, principalmente cebollera (Kraser y Ockier, 2007; Picardi *et. al.*, 2007; Ginóbili y Perez, 2008; Ferrelli *et. al.*, 2011) para el mercado interno y para exportar, principalmente a Brasil.

Los relatos relevados en entrevistas semi-estructuradas a agentes de salud refieren que el trabajo tanto en los hornos de ladrillo como en el cultivo hortícola es intensivo, con jornadas laborales diarias de 12hs, por los cuales los migrantes reciben pagos mínimos, siendo necesaria la presencia de familiares colaborando para cubrir con el trabajo requerido. Nos cuenta una agente de salud cómo afectan las condiciones laborales en la salud:

C: (...) porque hay también mujeres que van a ayudar al hombre, a los hombres. Y los niños también van, obviamente al estar expuestos a la intemperie días de mucho calor, por ahí el no tomar líquido por ahí se deshidratan o se insolán. Eh... por ejemplo días así nublados, y viento y frío, obviamente. Si que te vas a enfermar

(Entrevista enfermera US 28-5-13)

M: vos fijate que empiezan a trabajar como a las 5 de la mañana de corrido hasta la noche, ponen el cuerpo para trabajar, desgasta mucho el cuerpo, eso genera inmuno-depresión, de alguna manera hay una... las condiciones habitacionales no son las más adecuadas, no comen de la mejor manera, no tienen todos los alimentos de alta calidad y mucho menos para descansar y demás. Predispone a un estado inmunológico bajo.

(Entrevista a médico 21/05/13)

Una trabajadora social destaca la relación entre el tipo de afecciones y el tipo de trabajo:

G: los cuerpos de ellos tienen un desgaste que se enferman, se enferman. Los hombres se enferman el 90% de la columna vertebral por eso que hacen con la carga y el corte con los ladrillos. Así que ellos se enferman, entonces son traídos por sus mujeres... bueno... igual siguen trabajando así como están, como pueden... (...). Eh... las enfermedades más comunes que les aparecen son enfermedades respiratorias. Eh... enfermedades de chagas (...)  
(Entrevista a trabajadora social del área de salud 17/09/13)

A lo largo de este apartado pudimos analizar las características que adquiere la migración boliviana en la región y cómo influye en sus condiciones salud/enfermedad y atención en las instituciones de salud en el partido y zona de influencia. Debido a las condiciones de asentamiento y trabajo, son las US las instituciones de salud pública donde se da una mayor relación. Específicamente en el partido de Bahía Blanca se destacaron las US de Cerri y VHG, así como el Hospital Penna para alta complejidad y para la atención de migrantes llegados del partido de Villarino. Sin embargo, existen algunas complejidades que se fueron visibilizando y que profundizaremos en el siguiente apartado.

### **Algunas consideraciones sobre el Campo de la Salud**

El Sistema de Salud en Argentina tiene tres sectores: el público, basado en la equidad y universalidad; el sector de obra sociales que implica la protección de salud obligatoria para trabajadores en relación de dependencia, y por último, el sector privado que se solventa con prepagas o pagos directos de usuarios (Jelin y Grimson, 2005). A su vez, el sistema público posee diferentes “niveles” de atención, según la complejidad de lo que se aborda y la tecnología implementada, desde Unidades Sanitarias (US) hasta Hospitales de alta complejidad.

Diversos autores señalan que, aunque no exenta de insuficiencias y de contradicciones, la Atención Primaria de Salud (APS) constituye un componente importante en el campo de la salud (Menéndez, 1994; Jelin y Grimson, 2005; Abel y Caggiano, 2006). La APS, se basa en una visión integral en tanto tiene en cuenta la influencia de los factores sociales, el entorno físico y la calidad de vida como determinantes del estado de salud de las personas. Asimismo, son espacios de interacción y participación cercana con la comunidad, se presupone que los profesionales de los centros de APS tienen más predisposición a solventar dificultades de comunicación que los médicos en los hospitales y existe mayor cercanía interpersonal entre profesionales y comunidad. Por ello el acceso a la atención médica suele ser más fácil y directo en los centros de salud que en los hospitales. (Jelin et. al, 2005)

Las principales actividades de la APS son la educación para la salud, la prevención y el control de enfermedades, la promoción de la salud y el suministro de medicamentos e

inmunizaciones. Los centros de atención primaria cuentan con equipos interdisciplinarios (médico/as generalistas, clínicos, pediatras, tocoginecólogos, enfermeros/as, trabajadores/as sociales, psicólogos/as y obstétricas). En las US/centros de salud se desarrollan talleres para la comunidad sobre diferentes temas, se entrega leche a mujeres embarazadas y niños/as menores de cinco<sup>4</sup> años y se realizan visitas domiciliarias para la atención y el seguimiento de enfermedades o la detención de familias en riesgo. (Jelin, 2005)

### **En Bahía Blanca...**

Como en otras zonas, en Bahía Blanca el aspecto comunitario del sistema público de salud posee a una división en áreas programáticas donde tienen lugar las distintas unidades sanitarias, según la división geográfica de la zona, la historia, el barrio, etc. Como ya se mencionó, las US constituyen el primer nivel de atención que se caracteriza por la promoción y la prevención de la salud, posibilitando abordajes comunitarios y salidas de la institución hacia los lugares de residencia y desarrollo de actividades cotidianas de la población. Generalmente es en este primer sector institucional de salud por el que las poblaciones transitan y sobre el cual se presupone una actitud “más abierta”, “más predispuesta” desde los profesionales de la salud y bajo posicionamientos menos vertical para con las/os pacientes.

Las US no poseen equipos de alta complejidad, por lo que ante situaciones que requieran abordajes especializados, las/os pacientes son derivados al Hospital Interzonal “Dr. José Penna” que es de incumbencia provincial. Por lo cual llegan pacientes migrantes residentes en otras zonas, como en el partido de Villarino al sur de Bahía Blanca. Aunque hay otro hospital público, Municipal, el mismo restringe su atención a residentes con domicilio bahiense en su documentación. Asimismo, y por ello, son los mismos profesionales de las US los que directamente derivan al Penna. Proceso que se describe como sinuoso y con sucesivas trabas desde el hospital. Profesionales y administrativos de las US se relatan las dificultades para conseguir turnos, para mantenerlos, para que haya una atención en condiciones, para que lleguen al hospital por las distancias, etc.

M: el Penna está desbordado, tiene pocos recursos económicos, pocos recursos humanos... y si ellos van a poner el freno, de alguna manera filtran. Si no es porque no tenes turno, es porque no tenes documento, si no es porque no tenes documento es porque te dimos un turno y no viniste.... O sea tienen varios métodos de filtrado digamos. Eh... si... que pueden pasar y de hecho acá nos pasa también. Eh...ellos cuando llueve no pueden salir del campo... se matan llamando un remis y no va nadie. La ambulancia del 911 no entra al Sauce si está lloviendo porque sabe que no salen... o sea, si tienen una emergencia...ni la policía se anima a entrar  
(Entrevista a administrativa 24/10/13)

---

<sup>4</sup> En Bahía Blanca es hasta los 6 años



Por las condiciones descriptas en el apartado anterior, se relevó que las US que presentan mayores interrelaciones con la población llegada de Bolivia son las US próximas a los asentamientos productivos/habitacionales del trabajo ladrillero en área periurbana de Villa Harding Green y el trabajo hortícola en el cinturón verde de General Daniel Cerri. Si bien, en conversaciones informales con profesionales de la salud de otras US, se describe que los migrantes también llegan a ellas cuando faltan medicamentos en las más cercanas a su residencia. Asimismo, relatan que cerca al “Mercado 1810 de Horticultores de la ciudad de Bahía Blanca” (ubicado de Thompson y calle 1810), se está constituyendo un “barrio boliviano” -nos comentó una enfermera- en el barrio Ferro, porque que familias bolivianas tienen puestos que deben mantener abastecidos todo el tiempo (Krasner y Ockler, 2007)

### ***No le pueden negar la atención a nadie. Y la niegan, la niegan sistemáticamente***

En Argentina, a finales de 2003, se deroga la ley de política migratoria N° 22.439, la “Ley Videla”, sancionada en 1981 durante la última dictadura militar, de carácter represivo y discriminatorio (Jelin y Grimson, 2005). Esta fue derogada por la nueva Ley de Política Migratoria N° 25.871, reglamentada por el Decreto 616/2010. A partir de la misma, se establece a la salud es un derecho que no se puede negar a nadie, por ello, se debe brindar el acceso a la salud y a la información a todo ser humano (Jelin y Grimson, 2005; Abel y Caggiano, 2006). Sobre este aspecto se relevó en las entrevistas, donde algunos profesionales del campo de la salud refieren a que la situación en términos de salud de la población migrante limítrofe hace ya algunos años que “está cambiando”.

Respecto de la atención y el acceso real de los migrantes a las instituciones de salud, Jelin y Grimson (2005) destacan dos puntos principales, por un lado: tendencias restrictivas y de control en el sector administrativo (pedido del documento o cobro de servicios)

Por otro lado, Jelin y Grimson (2005) describen diferentes posturas de los profesionales según las áreas o sectores institucionales que ocupan y las demandas con las que lleguen los pacientes. En el trabajo de campo preliminar también se relevó la diferencia entre la predisposición en la APS y en los hospitales, y entre los hospitales si es municipal o provincial. Asimismo, se observa que ante situaciones de atención en emergencia prevalecen la posturas indiscriminadas: “los despachamos a todos por igual, por la situación de emergencia”, nos comenta una enfermera que trabaja en emergencias.

No sucede lo mismo cuando se llega al hospital para una atención programada, por tratamientos de enfermedades crónicas, para la entrega de medicamentos o por la admisión a

diferentes programas del Ministerio de Salud de la Nación, aquí la posibilidad de que las personas en situación migratoria irregular sean admitidas se reduce significativamente (Jelin y Grimson, 2005). En estos casos administrativos y profesionales de la salud, principalmente de hospitales, suelen recurrir a estrategias de “policiamiento”: se pide el documento para dar turnos o para cerciorar si tiene cobertura médica, entonces el hospital recupera costos de la atención médica que brindó al paciente.

### **Relato de una intervención: el *Horno Puma Germán***

La US y sociedad de fomento de Villa Harding Green, barrio periférico de la ciudad que forma parte del área programática cuatro de salud, se encuentra a 15km del centro de la ciudad y a 10km del Hospital Interzonal Penna donde se atiende situaciones que requieran alta complejidad. Esta US es la más cercana a los hornos de ladrillo en los que trabajan y residen familias llegadas de Bolivia. Si bien, hay hornos cercanos a las US de dicha área, estos presentan mayor presencia criolla. Agentes públicos que trabajan en salud recientemente intervinieron en un horno ubicado a 10km de la US más cerca, a partir de la emergencia de una “enfermedad olvidada”: la tuberculosis. Es necesario destacar que si bien en las entrevistas se cuenta que la población boliviana con chagas es sumamente representativa, se destaca que está controlada por un programa de alcance municipal dirigido por una bióloga.

Describiremos la relación que recientemente –a fines del 2012- entretejieron los agentes de salud de la US de Villa Harding Green con el horno donde trabajaba un paciente que presentó la TB meníngea<sup>5</sup>. En las entrevistas a profesionales de salud, se describe que el proceso de interrelación con las familias bolivianas residentes en el horno, por fuera de la mera asistencia a la US, se inició cuando uno de los trabajadores de los hornos se enferma de tuberculosis meníngea, el caso se da a conocer en el Hospital Penna y toma conocimiento un médico de la Secretaría de Salud, encargado del control de la tuberculosis en la región. Él nos comenta:

---

<sup>5</sup> Enfermedad infecciosa causada por una bacteria llamada bacilo tuberculoso o bacilo de Koch. Las bacterias entran por las vías respiratorias y llegan al pulmón, destruyen unas células que ayudan a combatir infecciones y se multiplican. Si llegan a la sangre, pueden infectar a diferentes partes del cuerpo como los huesos, articulaciones, riñones, corazón, ganglios, intestinos, etc., si infecta el tejido que cubre el cerebro y la médula espinal (meninges) producen la tuberculosis meníngea. Se transmite al hablar, toser o estornudar, por tomar leche cruda o derivados de la leche no pasteurizados contaminados. Los niños de 0 a 4 años de edad, los desnutridos y con bajo peso al nacer son los más vulnerables para enfermar de tuberculosis meníngea. Las malas condiciones de higiene, la convivencia de varias personas en un lugar reducido (hacinamiento), el padecer enfermedades que disminuyan las defensas o tomar medicamentos que lo hagan; contribuyen a sea más fácil el contagio.

M: Todo comenzó en que hay un horno en esta zona (...) eso originalmente, una persona que vino migratoriamente de Bolivia a trabajar con los hornos de ladrillos, uno que está acá muy conocido (...)

B: de alguna zona en particular?

M: de Sucre, viene mucha gente de Sucre, los que yo conocí vienen mucho de Sucre (...) esa persona empezó con síntomas de tuberculosis meníngea, que es una forma rara, poco frecuente de tuberculosis que es cuando el bacilo de la bacteria de la enfermedad se va al cerebro, y afecta las meninges y genera todo un cuadro. Eh... la vacuna que se usa, que se llama BCG<sup>6</sup>, previene esa forma grave de tuberculosis, pero nada más que en Bolivia no está dentro del calendario, por lo menos hasta recientemente que creo que se incorporó hace muy poco la vacuna BCG (...) Todo empezó cuando el estaba internado en el hospital, se hace el diagnóstico de la enfermedad, se lo empieza a visitar y demás, y cuando se decide la externación eh... vuelve al horno de ladrillo y utiliza como centro de salud más cercano para los controles, el de VHG. Para que te des una idea, está acá [señala el mapa] estaba a 10km del centro de salud. (...)

[Entrevista a médico 21/05/13]

Se relata el conocimiento de un paciente -migrante boliviano y residente en Argentina en un contexto de precariedad laboral- que llega al hospital donde se visibiliza la enfermedad que llegó a hacer un tumor. El tratamiento y seguimiento del proceso de curación deriva en otras cuestiones pertinentes ya que el paciente no poseía las condiciones, recursos económicos y posibilidades de transporte, para acceder a los medicamentos y a las vacunaciones diarias que se requerían. El médico se contacta con la US más cercana a la zona de residencia del paciente y desde allí se produce la intervención en el horno de ladrillo en el cual la persona enferma trabajaba junto con otras familias provenientes de Bolivia:

M: Bueno como él tenía que ponerse una inyección por día, iban todos los días de lunes a viernes, un equipo de salud en un auto de la secretaría a ponerle la inyección al domicilio, al lugar en donde estaba viviendo

M: (...) y bueno, empezó todo lo que es el abordaje, el seguimiento del caso. Y nos encontramos con demás personas. La idea era hacer controles porque cada vez que hay una enfermedad de tuberculosis hay que tratar de examinar al resto de los que conviven para ver si hay alguno que este positivo también. si? Y que requiera tratamiento y demás. Bueno, comenzamos a interactuar un poco más. (...)

Bueno a partir de ahí, la idea fue empezar a visitar uno por uno, sin tiempos, con una lógica más de tecnología más que de investigación, la idea es trabajar o pensar también intervenciones que... completar el calendario de vacunación desde enfermería, evaluar tuberculosis, circulación del bacilo, el saneamiento ambiental de la zona, la educación con respecto a las enfermedades y a esas condiciones de salud y nada más.

(...)

B: y entonces la relación tuberculosis-trabajo?

M: Tiene que ver más con una cuestión migratoria, como puede traer esto, pueden traer dengue, pueden tener otro tipo de enfermedades pero lo que sí tenemos es una población en donde su ciudad de origen, su lugar de origen, tiene más circulación del Bacilo de Koch, que es el bacilo de la tuberculosis, que en Argentina.

[Entrevista a médico 21/05/13]

Aquí nos parece pertinente retomar el aporte de Goldberg (2010b) quien reflexiona sobre la incidencia de los factores socioculturales en el proceso asistencial de pacientes con tuberculosis del Área Metropolitana de Buenos Aires (AMBA). Por factores socioculturales

---

<sup>6</sup> Bacilo de Calmette-Guerin

entiende todo aquello que no es biológico, aspectos que si bien se tiene conocimiento de las variables, en su abordaje, sesga la epidemiología convencional:

“no es que la epidemiología convencional omite el abordaje de lo social y lo cultural, sino que con frecuencia estas dimensiones son reducidas en sentido teórico y práctico hacia la caracterización y responsabilidad individual, omitiendo así que cada población tiene su propia historia, cultura, organización y división social y política” (...) “Si bien tanto la Epidemiología como la Antropología Médica proponen una concepción multicausal de la enfermedad, la primera coloca el eje de la causalidad en lo biológico o en lo bioecológico, mientras que la segunda lo hace en los factores socioculturales, reconociendo y asumiendo la existencia de un medio ambiente patologizante, a partir del cual se desarrollan enfermedades específicas como la tuberculosis, incluyendo protagónicamente los factores sociales en dicho medio”. (Goldberg, 2010b: 2)

El autor entiende que si bien el proceso de salud/enfermedad/atención/cuidado (SEAC) se desarrolla en el marco de determinadas relaciones sociales desiguales, las intervenciones sanitarias se siguen haciendo desde el paradigma biomédico que presupone al sujeto individual como responsable de su situación de desviación y a la medicina como neutral. Entonces, el paradigma hegemónico en las relaciones médicas sigue siendo el de la biomedicina.

### **(Salud Pública) Alternativa**

La situación descrita en el apartado anterior nos permite preguntarnos sobre algunas características la Salud Pública con base en la Epidemiología Tradicional, que hegemoniza las formas de intervenir en salud, para luego profundizar en los aportes de la Salud Colectiva (SC). Esto nos permitirá reflexionar sobre las interrelaciones entre el campo de salud y la migración en Bahía Blanca, sobre el accionar de los profesionales de la salud y las construcciones de sentido que reproducen e interpelan sus prácticas.

Algunos de estos aspectos pueden verse en las estrategias que desarrollan articuladamente los profesionales para intervenir en el horno de ladrillo donde residió y trabajó el migrante portador del bacilo de la tuberculosis que, no es un dato menor, se despertó y formó tumor mientras trabajaba y residía en el horno en Argentina. Por medio de esta situación se salió del cascarón institucional y se establecieron vinculaciones entre los diferentes estamentos del campo de la salud. Sin embargo, la intervención en salud no abordó las problemáticas socioeconómicas aunque se tiene conocimiento de ello, asimismo, la intervención no deja de ser desde la enfermedad.

Diversos autores (Cerrutti, 2005; Jelin y Grimson, 2005; Abel y Caggiano, 2006; Goldberg, 2010a y b), descubren que la situación en salud de los migrantes limítrofes es la misma que la de otros argentinos en situación de riesgo, debido a factores estructurales que se

producen en Argentina: hacinamiento, precariedad laboral, informalidad, etc. Aunque se la atribuya a “enfermedad importada”/ “enfermedad cultural”, los extranjeros no constituyen la mayoría de los casos de tuberculosis. Son las condiciones en que se desarrollan los procesos migratorios los que condicionan transmisión de enfermedades: el factor determinante son las condiciones sanitarias en los países de destino. Como lo es el caso de las condiciones laborales/habitacionales descriptas en el apartado anterior.

Abel y Caggiano (2006) reflexionan que hay que comprender las condiciones en que se desarrollan los procesos migratorios: específicamente trabajan en el noroeste argentino donde los casos de emergencia del cólera y otras enfermedades consideradas “importadas” se dieron en los ingenios, en las fincas tabacaleras y en las zonas de explotaciones agrícolas con condiciones de hacinamiento, precariedad y falta de servicios esenciales como agua potable.

La Salud Pública bajo la predominancia de la epidemiología, encuentra limitaciones para abordar la relación de incidencia entre enfermedad y modo de vida/trabajo de los sujetos sociales. La SP es la expresión de una disciplina científico moderna, donde la enfermedad de la población es objeto de la ciencia. La enfermedad de la población se vuelve factible de prevenir, transformar e intervenir. Siguiendo esta línea, Granda (2004) define a la SP como “enfermología pública” que parte del presupuesto filosófico-teórico de la enfermedad y de la muerte, el método positivista para explicar el riesgo de enfermar en la población y el estructural-funcionalismo para comprender la realidad social. Por último, el reconocimiento del poder del Estado como fuerza privilegiada para asegurar la prevención de la enfermedad. Por su parte, los profesionales de la salud, los salubristas, se comportan como interventores técnicos-normativos, que buscan logros técnicos-prácticos, principalmente, el descuento de la enfermedad (Granda, 2004).

Por su parte, Menéndez (1985) refiere al Modelo Médico Hegemónico (MMH), organizado por la medicina profesionalizada, biomedicina, como única forma válida y legítima –por el Estado y la ciencia médica– de atender la enfermedad. Este se caracteriza por una serie de rasgos estructurales: biologismo, ahistoricidad, individualismo, pragmatismo (Menéndez, 1978 y 1983 en Menéndez, 1985, Ayres, 2002; Granda, 2004), que tienden a excluir o limitar la incidencia o el reconocimiento de la importancia de los factores económico políticos y socioculturales en la producción y solución de los problemas de salud/enfermedad (Menéndez, 1994).

En la situación de análisis que propusimos sobre la intervención sanitaria en el “horno puma”, se destaca la preeminencia de la enfermedad como puntapié y fundamento, así también el control sanitario. El punto nodal de la intervención y relacionamiento por fuera de

la institución radica en la visibilización de la enfermedad en el contexto hospitalario y asimismo el objetivo de saneamiento ambiental y del grupo poblacional para evitar el contagio al resto de la población.

C: sí. La idea... nosotros llamamos a ese horno “horno puma”, porque, porque fue la vinculación con esa comunidad. Bueno, eh... en ese momento cuando empezamos a trabajar específicamente con este caso del señor Puma que era un paciente con TBC meníngeo. Eh... cuando le dan el alta tenemos que hacerle el seguimiento y la aplicación de la medicación. Entonces ahí empezó a gestarse una idea de que bueno, realmente es un área muy compleja, con grandes distancias, y la comunidad o la población que tenemos el cargo, no tenemos la movilidad para llegar. Entonces, se elaboró una estrategia, desde la secretaría de salud ponernos un móvil y nosotras íbamos todos los días a hacerle la aplicación de la medicación. Entonces cuando llegamos que tuvimos el primer contacto con la gente descubrimos que no había una sola familia. Habían más, por lo tanto, cuando los atendíamos en la unidad sanitaria, no conocíamos la realidad.

(...)

C: si yo tengo la mirada acá y en la otra no, obviamente que la otra población se me va a enfermar y me va a transmitir la enfermedad a la otra comunidad. Si?

(Entrevista a enfermera de la US 28/5/13)

En el relato se evidencia que si bien hay un enfoque que pretende mayor articulación, esa misma es desde la enfermedad y que busca tener sana a una población para evitar el contagio a “la otra”. Se visibilizó un cuerpo migrante enfermo, que trajo el bacilo de la tuberculosis de un país donde la circulación es más alta debido a la falta de vacunación, aunque la enfermedad se desarrolle en el contexto local. Para la Salud Pública, la enfermedad colectiva es la sumatoria de las enfermedades particulares, y dentro de ella, la Medicina Clínica se encarga del cuerpo individual enfermo, tiene como fin “curar” y se centra alrededor de la enfermedad; la figura del médico es la del curador de los cuerpos enfermos (Granda, 2004). Y para el proceso de curación se pone en marcha la tecnología positivista controlada desde el Estado, que se configura como el médico de la sociedad que explica el riesgo y previene la enfermedad (Granda, 2004).

En este sentido resulta interesante el aporte de Jelin *et. al.* (2005) cuando destaca que, la posibilidad de atención no existe en su mayoría porque es un derecho ciudadano sino para evitar la proliferación de enfermedades, evitar los focos de contagio de poblaciones sanas y que la persona ingrese en un estado más crítico en la institución, produciendo más costos, días y trabajo de profesionales. Asimismo, es interesante destacar la relación de asimetría que existe entre el médico como portador de saberes y el paciente portador de la enfermedad: para la medicina clínica tradicional, el individuo tiene que supeditarse tanto en la comprensión como en la acción a los dictámenes del médico. Por otro lado, cabe añadir que las diversidades socio-económicas, cultural e históricamente constituidas, no juegan ningún papel en la cultura local, las cuales se deben supeditar a la civilización y la moral de la ciencia médica: las colectividades “irracionales” se convierten en objetos de vida del médico Estado.

Frente a esto, el paradigma de Salud Colectiva (SC) se presenta como una alternativa contrahegemónica. Sus líneas de acción se centran en comprender cómo los actores sociales crean y generan salud en su vida cotidiana, así también, cómo construyen instituciones para apoyar la promoción de la salud, prevenir y atender enfermos. Una Salud Pública Alternativa implica reflexionar y atender la salud y la vida sin descuidar la atención de la enfermedad, entender que se trabaja con sujetos reflexivos con capacidad de acción sobre la salud y no sobre objetos de intervención. En este sentido, se pretende la comprensión de otras formas de actuar saludables que también construyen organizaciones e instituciones públicas para la salud (Granda, 2004).

La relación médico-paciente, también sufre una transformación en el paradigma de la SC: el paciente se visibiliza como un sujeto que conoce; el saber del paciente es parte del conocimiento en salud. No se intervienen objetos-sujetos sino que se trabaja con actores-sociobiológicos. En este sentido, el profesional de la salud también sufre una reconfiguración en su posición y objetivo de su accionar: se transforma en intérprete-mediador de formas potenciales de producir salud, de cómo los actores sociales en su diario vivir construyen sus saberes y desarrollan acciones relacionadas con la promoción de su salud y cuidan su enfermedad: “ un mediador estratégico con los poderes científico, político y económico para apoyar la elevación de los niveles de salud y vida” (Granda, 2004:16)

En este sentido, la curación ya no se basa en una verdad universal sino en verdades particulares, la salud se piensa en su articulación con lo biológico y lo social. Para ello, se busca utilizar métodos que proponen variadas hermenéuticas capaces de dar cuenta – comprender- de la acción social y de las estructuras. Se focaliza en la vida –por sobre el cálculo del riesgo- sin descuidar la prevención de la salud. Finalmente, es necesario destacar que una Salud Pública Alternativa es aquella que entiende que la vida saludable se construye diariamente por sujetos sociales situados y no siempre bajo condiciones de su propia elección. La SC necesariamente es una intervención en salud que está ligada al contexto socio político, económico y cultural, que caracteriza la población con la que trabaja, y necesariamente plantea abordajes ligados a las interpretaciones de los contextos de vida –aproximaciones contextualizadas- y sobre sus particularidades plantea las intervenciones:

“La superación de la salud pública convencional, radica en mirar e interpretar el proceso de salud-enfermedad de manera distinta, o sea, ver la salud poblacional en su matriz histórica, en su matriz contextual, en su fundamentación vital y no solo como descuento de enfermedad” (Granda, 2004:1)

En el partido de Bahía Blanca, hace ya algunos años se vienen desarrollando estrategias que posibiliten abordajes en salud posicionados desde el Paradigma de la Salud Colectiva. Se refiere a que, si bien ya existían los primeros niveles de atención en salud, que posibilitan abordajes comunitarios desde la territorialidad local, el cambio se sintió realmente con el cambio de gestión política. Entre otras cosas, también se creó la Maestría en Salud Colectiva en la Universidad Nacional del Sur.

E: hay un cambio en la gestión, hay una mirada más abarcativa, más de promoción y más... una mirada más social. No es que antes estaba negado, sino que por ahí las prácticas o las normativas y las estrategias estaban más relacionadas con lo que era lo preventivo o lo institucional. En cambio por ahí ahora tratar de abordar la cuestión social desde el conocimiento de la particularidad de las comunidades. Comunidad como barrial por ejemplo. No, no solamente como comunidad étnica...

(Entrevista enfermera de la US 12/06/13)

Sin embargo, algunas complejidades se fueron relevando etnográficamente, las mismas tienen que ver con el lugar de los actores que forman el campo de la salud (Spinelli, 2010) y en la emergencia de nuevas figuras, qué papel deben cumplir, los cuales suelen reproducir lineamientos del paradigma de la medicina convencional actuante en la cotidianeidad. Por lo que se relevan contradicciones en el sentido que se le debe proponer a la promoción de la salud:

B: y ¿qué implica la prevención y la promoción de la salud?

E: la promoción de la salud desde un principio estaba pensada desde todas aquellas medidas informaciones y ayudas a la sociedad que tienen que ver con promocionar hábitos o conductas saludables. Hoy por hoy esa cuestión está a su vez más... ese concepto está como más cuestionado o más ligado a una profundización y un cambio en el paradigma en la idea de promoción. Promocionar la salud no solamente es informar y decirle al otro lo que tiene que hacer sino también ver que sabe y en base a lo que sabe y conoce de qué manera podemos nosotros ayudarlo a que cambie o fomente cambios en su conducta que lo lleven a una vida saludable. Y a su vez promocionar la salud también tiene que ver con las relaciones que tienen otros organismos. Es más, intersectorial. No puedes promocionar salud solamente desde la salud. Para promocionar salud también la persona tiene que tener un trabajo digno, una buena vivienda, un acceso a la educación. Por eso. Es más abarcativo y la prevención está más enfocado a lo que es la enfermedad. Vos prevenís la instauración o agudizar una enfermedad que está presente o que avizoras que puede estar. Tiene que ver con pautas también de estrategias o con pautas de intervención pero más abocadas a lo patológico.

(Entrevista enfermera de la US 12/06/13)

Una enfermera nos comparte su visión del para que de la figura de la promotora en salud:

C: la promotora lo que hace es cuando vamos a hacer una intervención o cuando tenemos que captar a la población para que se vengán a hacer los análisis de chagas ella va difundiendo. Hablando con la gente, diciendo bueno “acérquense tal día que va a haber detención de chagas” “acérquense a controlarse con el clínico si llegan a tener tos continua por más de 15 días”, sí? O sea ella va orientando y diciendo bueno “acérquense hasta el médico que está tal día, tal día está el pediatra”. Eso sería, o el día de vacunación, o hacer prevención en cuanto a qué síntomas pueden llegar a tener. Asesorarlos, aconsejarlos y decirles bueno, “no, porque no consultas al



médico que está tal día” “porque no vas a la enfermera que por ahí te va a orientar mejor” si? Ella tiene que ser el nexos con la comunidad cuando detecta algo.

(Entrevista a enfermera de la US 28/5/13)

Finalmente, una trabajadora social nos comenta que se suele utilizar la figura de la promotora de salud para hacer campañas de vacunación, y que sin embargo, ella entiende que la promoción de salud es otra cosa:

G: ...eso no tiene que ver con la promoción de salud. La promoción de salud es tomar los temas. Deconstruirlos interdisciplinariamente y ver quién patea, quien hace el pase, quién patea, hacer un análisis de situación, plantear cuáles son las líneas, desde donde movemos porque de última promover la salud: que esa persona, el, su grupo, pueda ganar en autonomía. Sin perder sus propias lógicas. Lo demás es asistencia colectiva pero no es promoción de la salud.

(Entrevista a trabajadora social del área de salud 17/09/13)

Asimismo, esta interlocutora nos cuenta que no sólo falta definir bien la figura de algunos actores del campo sino que también hay otras dificultades como cuestiones burocráticas como reuniones en la secretaría de salud que parecen cobrar relevancia por sobre el “estar” en la comunidad y accionar desde allí. Y por otro lado, la cuestión de falta de fondos para poder trabajar en el campo de las comunidades, por fuera de las instituciones.

### **Algunas concepciones de la otredad cultural**

Para concluir, destacamos que en las entrevistas emergieron visiones culturalistas que interpelan las acciones de los profesionales en el campo de la salud y que tiene que ver con las significaciones que configuran de ese “otro” cultural sobre el que están interviniendo. En este sentido se relevó una serie de justificaciones culturalistas sobre el trabajo y la forma de vida de las/os migrantes llegados de Bolivia:

M: (...) Desde lo simbólico no tienen forma de plantearlo porque ya están acostumbrados. O sea, de alguna no quiero decirlo así, pero es su forma de vivir también en Bolivia...

(Entrevista agente municipal de la Secretaría de Salud 21/5/13)

Entendemos que estas construcciones -asentadas en reduccionismos culturalistas que sesgan las múltiples condiciones de la problemática- actúan como barreras –estigmas- a la hora de ejercer intervenciones efectivas desde un paradigma alternativo con perspectiva intercultural y comunitaria ya que sesga la posibilidad de acción de los sujetos sociales y por otro lado, culpabiliza a la pertenencia cultural descontextualizando, discursivamente, las condiciones de salud/enfermedad. En este sentido, una enfermera nos comenta:

C: entonces bueno, de esa manera se fue gestando con este caso y nos topamos con una comunidad que si tienen dificultad para llegar, no todos van a llegar a la consulta óptima, no todos se van a ir a vacunar, no todos van a... por el trabajo que ellos tienen, que comienzan a la mañana y terminan a la tarde. Entonces, como es cultural que ellos trabajan y trabajan y trabajan, entonces, no atienden su salud. Entonces por lo tanto, uno tiene que prever...

digamos, hacer prevención y promoción de la salud. Desde la función de enfermería o el rol de enfermería, sería que toda la comunidad o la población esté vacunada para evitar que se enferme (Entrevista a enfermera de la US 28/5/13)

En este marco, es interesante el aporte de la Antropología Médica en su concepción multicausal de la enfermedad, que complejice los abordajes causales biologicistas e indague cómo el proceso de salud-enfermedad-atención-cuidado se desarrolla en el marco de determinadas relaciones sociales y no otras (Menéndez, 1994; Goldberg, 2010b). Abordajes que superen el foco puesto en el migrante y visibilicen el sistema social de fondo.

Finalmente, consideramos sugestiva la reflexión de Eduardo Menéndez (1994) cuando señala que:

“la autonomía cultural *per se* y desvinculada de procesos económico-políticos, no necesariamente soluciona los problemas de salud más graves que afectan a las etnias americanas. La escisión entre economía y cultura debe ser reemplazada por una perspectiva –asumida por el Estado y por los conjuntos sociales– que asegure simultáneamente la reproducción sociocultural y biológica de los grupos étnicos”. (Menéndez, 1994:81)

### **Reflexiones preliminares**

Los procesos migratorios transnacionales que constituyen las sociedades contemporáneas conllevan cambios poblacionales y culturales que permiten repensar las formas de intervenir en salud, donde se replantea la utopía de salud de la modernidad y el MMH se encuentra en crisis (Menéndez, 1985). Se presenta la necesidad de entender las condiciones de socioeconómicas y políticas en que se desarrolla la vida cotidiana de los sujetos de dicha intervención. Las migraciones plantean nuevos interrogantes en sociedades interculturales, sobre la desigualdad, exclusión o discriminación.

A lo largo de este trabajo pudimos analizar dos cuestiones principales: por un lado, las condiciones de inserción laboral de la población migrante boliviana en la región de Bahía Blanca y zona, y en base a ello cuáles son los impactos que produce sobre los procesos de SEAC. Y por otro lado, pudimos revisar los presupuestos que rigen las intervenciones de los equipos de salud locales a la hora de trabajar con las poblaciones migrantes.

Pudimos observar que los procesos efectivos de atención no son indiscriminados, universalistas o irrestrictos. Y que las enfermedades que presentan los migrantes tienen que ver con las situaciones laborales/residenciales en las que están insertos en una condición de desigualdad estructural que muchas veces se justifica mediante estigmas (Balibar y Wallerstein, 1991) que se construyen a partir de esencializar la pertenencia cultural. Estas construcciones de sentido y las intervenciones hegemónicas en salud, sesgan las condiciones histórico-contextuales que caracterizan cada situación, especialmente aquellas cuyos pacientes

pertenecen a un entramado cultural diverso, en condiciones de desigualdad estructuro-coyuntural.

### **Bibliografía**

- ABEL, L; CAGGIANO, S. (2006) “Enfermedades de estado (s). Los inmigrantes y el acceso a la salud en una provincia de frontera”. En Jelin, E. y otros. (2006) *Salud y migración regional*. Buenos Aires, IDES, pp 57-90
- AYRES, J. R. C. M. (2002). “Conceptos y prácticas en salud pública: algunas reflexiones”. En: *Revista Nacional de Salud Pública*, 20(2), 7.
- BALIBAR, E. y WALLERSTEIN, I. (1991) *Raza, nación y clase*. IEPALA, Madrid.
- BENECIA, R. (2004) “Trabajo y prejuicio. Violencia sobre inmigrantes bolivianos en la agricultura periférica de Buenos Aires”. En: *Revue européenne des migrations internationales*, vol. 20 - n°1
- (2005)a “Migración limítrofe y mercado de trabajo rural en la Argentina. Estrategias de familias bolivianas en la conformación de comunidades transnacionales”. En: *Revista Latinoamericana de Estudios del Trabajo (RELET)*, 10(17), 6-30.
- (2005)b “Redes sociales de migrantes limítrofes: lazos fuertes y lazos débiles en la conformación de mercados e trabajo hortícola (Argentina)” En: *ASET 7º Congreso Nacional de Estudios del Trabajo* Buenos Aires, Argentina, 10 al 12 de agosto de 2005 Grupo temático 15: Reestructuración productiva y trabajo en el medio rural.
- CERRUTTI, M.(2005) “Problemas de salud, utilización de servicios y conductas preventivas de los migrantes limítrofes en la Argentina”, en Jelin, E., y Grimson, A. (2005) *Salud y migración regional: ciudadanía, discriminación y comunicación intercultural*. IDES.
- FERRELLI, F; TRELLES, V.; FITTIPALDI, R. (2011) “Hilario Ascasubi: espacio receptor de migrantes bolivianos” En: *Contribuciones Científicas GÆA* | Vol. 23 | Pags. 69-79
- GINOBILI, M. E. Y PEREZ, A. (coord.) (2008) *La Migración Boliviana en el Partido de Villarino (Prov. de Buenos Aires) Transformaciones socioculturales*. Editorial de la Universidad Nacional del Sur, Bahía Blanca, Argentina.
- GOLDBERG, A (2010)a “Abordaje antropológico comparativo en torno a la incidencia del Chagas y la tuberculosis en inmigrantes bolivianos residentes en Barcelona y Buenos Aires, respectivamente” En: *eä*, vol.1, N°3, abril 2010.
- (2010)b “Factores socioculturales en el proceso asistencial de pacientes con tuberculosis del Instituto Vaccarezza del Hospital Muñiz, 2009”. En: *Rev Argent Salud Pública*, 1(5) pp.13-21.

- GRANDA, E (2004) “A qué llamamos salud colectiva, hoy”. En: *Rev Cubana Salud Pública*, vol.30, n.2
- GRIMSON, A. (2006). “Nuevas xenofobias, nuevas políticas étnicas en la Argentina”. En: Grimson, A. y Jelin, E. (comps.) *Migraciones regionales hacia la Argentina. Diferencia, desigualdad y derechos*.
- (2011) “Doce equívocos sobre las migraciones”. En: *Revista Nueva Sociedad*. N°233, mayo-junio de 2011, pp 34-43
- HERNÁNDEZ, G. (2010). “Relatos de vida y religiosidad popular. Origen y sentidos de la fiesta de la Virgen de Urkupiña en Bahía Blanca”. En: *Cultura y Religión. Revista de Sociedades en Transición*, 4(2), 147-165.
- (2013)(Compiladora), *Lo dicho y los Hechos. Investigación y debates de historia oral y etnografía en Bahía Blanca y la región del suroeste bonaerense*, Bahía Blanca Libros en Colectivo.
- JELIN, E., y GRIMSON, A. (2005). *Salud y migración regional: ciudadanía, discriminación y comunicación intercultural*. IDES.
- KRASER, M. B. y OCKIER, C. (2007): “La inmigración como factor configurador del circuito productivo local. El caso de la localidad de General Daniel Cerri (partido de Bahía Blanca)”, Departamento de Geografía y Turismo, Universidad Nacional del Sur, Bahía Blanca.
- MALLIMACI, A. I. (2012). “Revisitando la relación entre géneros y migraciones: Resultados de una investigación en Argentina”. En: *Mora*, Instituto Interdisciplinario de Estudios de Género, Ciudad Autónoma de Buenos Aires, v. 18, n. 2, dic.
- MEMÉNDEZ, E. (1994). “La enfermedad y la curación ¿ Qué es medicina tradicional”. En: *Alteridades*, 4(7), 71-83. -(1985). “Aproximación crítica al desarrollo de la antropología médica en América Latina”. En: *Nueva Antropología. Revista de Ciencias Sociales*, (28), 11-27.
- PICARDI, S. (2007) “Migración boliviana, mercado de trabajo hortícola y desarrollo local” En: XI Congreso Internacional sobre Integración Regional, Fronteras y Globalización en el Continente Americano. Medellín, Colombia, Diciembre.
- SPINELLI, H. (2010) “Las dimensiones del campo de la salud en Argentina”, En: *Salud colectiva*, Lanús, v. 6, n. 3, dic.
- TORRES, GALLARDO M. (2011) “Transformaciones socioespaciales en Pedro Luro, vinculadas a las migraciones de las últimas décadas. Partido de Villarino”. En *Párrafos Geográficos*, vol. 10, n°1, 2011.

-ZALLES CUELTO, A. (2002) “El enjambramiento cultural de los bolivianos en la Argentina”, en revista. Nueva Sociedad, N° 178. Caracas.