

# **Mujeres Migrantes en la Ciudad de Buenos Aires: Procesos de Sociabilidad y Adaptación a partir del Análisis de un Centro de Salud.**

Constanza Riera.

Cita:

Constanza Riera (2008). *Mujeres Migrantes en la Ciudad de Buenos Aires: Procesos de Sociabilidad y Adaptación a partir del Análisis de un Centro de Salud*. IX Congreso Argentino de Antropología Social. Facultad de Humanidades y Ciencias Sociales - Universidad Nacional de Misiones, Posadas.

Dirección estable: <https://www.aacademica.org/000-080/396>



## **Mujeres Migrantes en la Ciudad de Buenos Aires: Procesos de Sociabilidad y Adaptación a partir del Análisis de un Centro de Salud**

Constanza Riera FFyL –UBA [constanzariera@yahoo.com.ar](mailto:constanzariera@yahoo.com.ar)

Palabras claves: Proyecto migratorio, estrategias, sociabilidad, adaptación

### ***Introducción***

Interesada por las temáticas poblacionales y sus dinámicas, mi abordaje a la problemática de la migración es desde una perspectiva demográfica, por una lado, y etnográfica, por el otro. Esta sostiene, al menos como horizonte conceptual, la existencia de una dialéctica de la realidad social –y económica, y política y cultural – que se establece entre el nivel macro o estructural, y la acción cotidiana de los sujetos en un nivel micro de análisis; el nivel etnográfico de las interacciones sociales. El nivel de observación etnográfico, que es lo que se tratará en este trabajo, es para la demografía, un nivel micro-demográfico. En este nivel son las relaciones sociales concretas las que configuran fenómenos macro-demográficos como la migración, la fertilidad y la morbilidad o mortalidad.

Empecé a realizar trabajo de campo en el “33”, también llamado la “salita” según quién lo esté nombrando, buscando un espacio para entrenarme en el oficio etnográfico y donde a la vez pudiera observar cómo las mujeres se vinculaban a una institución médica que estaba orientada a incidir sobre las prácticas reproductivas de las “pacientes” que integraban “la comunidad” del CeSAC 33.

Haciendo observaciones en la sala de espera y charlando con las mujeres mientras esperaban ser atendidas, pude constatar que una parte importante de las usuarias del CeSAC 33 eran mujeres que habían migrado a la Ciudad de Buenos Aires, por distintos motivos, pero principalmente económicos. Escuchando el relato de sus preocupaciones y de sus experiencias de vida, saltaba a la vista que ellas transitaban un proceso particular, de inserción en un nuevo lugar, con nuevos trabajos, nuevos hogares y nuevas relaciones personales. Confesaban “*no me hallo*”, cuando hablaban de su nueva vida en la gran ciudad. En el centro de sus preocupaciones se encontraban sus hijos.

Al escuchar a estas mujeres, tomo cuenta que el proceso migratorio se presenta como un proceso complejo que impacta en la totalidad de la vida cotidiana de los sujetos y por lo tanto configura estrategias adaptativas que se desarrollan en el nuevo contexto de inserción socioambiental. Entre estas estrategias se encuentran las referidas a la reproducción, las que por su naturaleza, involucran transformaciones en las prácticas y representaciones culturales en torno a la familia. Esta es mi hipótesis de partida.

Entre los objetivos generales de este trabajo se encontraba, en primer lugar identificar los colectivos de migrantes que se articulan alrededor del CESAC N° 33 para obtener asistencia médica primaria. Tenía la ambición de llegar a aproximarme al estudio de las distintas trayectorias migratorias. Para esto faltó profundizar en el trabajo de campo. Por otro lado, lo que más me interesaba era captar como se articulaba el impacto del proceso migratorio como experiencia (des)estructurante de las dinámicas familiares. En este sentido, pretendía indagar en como la experiencia migratoria afecta las practicas conyugales, las estrategias reproductivas, y la crianza de los hijos. Con respecto a esta ambiciosa problemática solo pude realizar un tímido acercamiento. En este trabajo me limitaré a analizar la influencia de una institución estatal como es el centro de salud, en la vida de las mujeres migrantes.

Para alcanzar estos objetivos realicé visitas continuadas al CeSAC 33. En esas ocasiones tuve oportunidad de observar la interacción de los médicos con sus pacientes, a las mujeres con sus hijos, y como se relacionaban entre ellas. Tuve oportunidad de conocer muchas mujeres y hacerles entrevistas, no directivas en su mayoría, con distintos grados de profundidad. También pude establecer relaciones con parte del ‘equipo’ del CeSAC y realizar entrevistas semi-estructuradas. Inclusive conté con la colaboración del ‘equipo’ del CeSAC para acceder a parte de su base de datos.

## ***1. El escenario etnográfico: el ambiente local***

### ***El barrio y la ubicación espacial***

El Centro de Salud y Acción Comunitaria N° 33 (CeSAC 33) está situado sobre la avenida Córdoba entre las calles Fitz Roy y Bondplan. Este es un espacio liminal entre los barrios de Villa Crespo, Palermo y Chacarita. Este Centro de Salud, como otros que existen en la Ciudad de Buenos Aires, está orientado a la atención primaria de la salud y depende directamente del Hospital Municipal General de Agudos E. Tornú.

Ante una mirada distraída, y en un primer momento, la existencia del CeSAC puede pasar desapercibida. Metido en el fondo de un galpón, en un predio que compartía con la Ex AU3<sup>1</sup>, solo un cartel sobre la pared de la entrada indicaba su existencia. De hecho, un centro de atención primaria encargado de satisfacer la demanda de aquellos que no tienen otro acceso a la salud en los límites del ahora moderno barrio de Palermo Soho, no deja de llamar la atención, por lo menos en un primer momento. Es tal vez porque la pobreza de estos barrios que fueron, y cuyos resabios aún perduran, proletarios –por lo menos hasta que Villa Crespo siga siendo Villa Crespo y no “Palermo Queens” por ejemplo –queda invisibilizada en un proceso de expansión y reconversión del mercado inmobiliario. Es

---

<sup>1</sup> La Ex AU 3 es la dependencia oficial del gobierno de la Ciudad encargada de dar solución al problema de vivienda originado a partir de la expropiación y demolición de propiedades para la construcción de la autopista 3 que atravesaría Buenos Aires desde la Av. General Paz hasta el Riachuelo. Esas propiedades y predios luego fueron ocupados por personas que migraron del conurbano bonaerense. Todo a lo largo de la traza de la Ex AU3 se crearon viviendas precarias en su mayoría, por personas que viven hacinadas. La traza de la Ex AU3 a la altura del Centro de Salud pasa por detrás de este, de manera que dicha traza se encuentra en el área de responsabilidad programática del CeSAC 33 y la gente que allí vive forma parte de la población del mismo.

consecuencia de la transformación espacial del barrio de Palermo de cara a la expansión comercial que orientada a satisfacer a un público deseoso por consumir bienes y servicios exclusivos. Así, un vecindario otrora proletario va adquiriendo la configuración identitaria de un barrio rico, de clase media acomodada, no solo en sus funciones residenciales, sino también como el nicho para el consumo de bienes de lujo y servicios gastronómicos de elite, a los que tienen acceso solo las capas más privilegiadas de la sociedad. En este espacio, ya no hay lugar para viviendas de pobres, o por lo menos no debería haber. Como reconocía una médica y funcionaria del hospital Tornú:

*“...Este CeSAC que tiene 5 años, y que dentro de la historia nuestra que son 20, es maravilloso que haya sido en tan poco tiempo creado en un lugar que mucha gente se preguntaría ‘Córdoba y Bondplan? Que tiene que hacer ahí un CeSAC? qué es? Por qué? Córdoba y Bondplan pasan... líneas de colectivos, una cantidad de autos impresionante ¿cómo surge la necesidad?’ ...”*

La pregunta implícita que no llega a ser dicha parece ser ‘para qué un centro de salud para pobres donde no hay pobres’.

En este caso, el proceso de expulsión que sufren los más pobres en la frontera de los vecindarios de moda es como afirma Martínez Veiga parte de un proceso excluyente donde “la segregación residencial es el aparato institucional que sirve para mantener, organizar y dar coherencia a otros procesos discriminatorios. Un elemento fundamental dentro de todo esto es el mercado de vivienda que no solo distribuye cobijo, sino también trabajo, escuelas, salud, seguridad y bienestar. (2000:144) los migrantes que residen en estos barrios, luchan por no perder, la ubicación de sus viviendas. Tratan de evitar como sea, no caer en los barrios marginales de la periferia, y seguir pagando con sacrificio sus pequeños cuartos de pensión.

### **La Población**

Con respecto al concepto de población, puede ser útil partir de una primera definición genérica. Como G. Ainsworth Harrison (2002) sostiene, los grupos humanos raramente existen como grupos discretos o como entidades homogéneas, sobre todo en contextos urbanos donde delimitar unidades locales de interacción puede tornarse una tarea particularmente difícil. Esto es lo que hace que el concepto de población sea un tanto problemático y dependiente del criterio usado en su definición. Sin embargo, como afirma Harrison, “there is a universal: all natural populations share in things, be their space, genes, resources or culture. The concept of sharing is thus a fundamental feature of population definition, and variation in the degree of sharing allows a continuous scale of population hierarchies to be recognised.” (G. A. Harrison 2002: xiv)

En este caso en particular, la población en cuestión es el grupo de gente que asiste al CeSAC 33 para obtener los servicios médicos y sanitarios básicos, y que en su gran mayoría vive en la Ciudad de Buenos Aires, en lo que ha sido denominado el área de influencia del CeSAC 33 (ver figura I del Anexo). Para este conjunto de personas el centro de salud no solo constituye un recurso en cuanto acceso a la salud, ya sea en forma de consultas médicas, medicamentos, estudios, etc; sino que en torno a él, y por la importancia

que este tiene –que en gran parte es la importancia que le viene transmitida por la importancia que posee la salud para la sociedad– se articula un espacio de sociabilidad barrial que va más allá de concebir al CeSAC solo como un medio para obtener un servicio fundamental. La relación con el espacio que mantienen los sujetos que concurren al centro de salud, posibilita proponer el *compartir un área territorial de sociabilidad* como criterio demarcador, la cual se articula en una determinada red de relaciones institucionales barriales.

De cualquier manera, es necesario reconocer esta delimitación como una construcción heurística, no arbitraria, que permitirá contextualizar y localizar la información registrada y compilada. El carácter construido de esta unidad de observación, sin embargo no invalida su pertinencia. De hecho, estas consideraciones implican reconocer que “las poblaciones tiene estructuras flexibles las cuales revelan la forma en que los seres humanos se asocian” (Macbeth and Collinson, 2002: 7) El espacio territorial y social brinda el escenario para la articulación de las asociaciones y la constitución de un ámbito local.

Según los datos socio-demográficos<sup>2</sup> disponibles, el CeSAC 33 brinda servicio a una población total de 12.101 personas, y cuenta con una población activa de 10.150 personas. Estas últimas son aquellas personas que han realizado algún tipo de consulta en los últimos 18 meses<sup>3</sup>.

Sin embargo, esta población, como cualquier otra, no es una totalidad homogénea. Tal como afirma Marx en la Introducción a la Crítica a la Economía Política, “la población es una abstracción si dejas de lado, por ejemplo, las clases de que se compone” (Marx, 1857:50) Desde esta perspectiva, la existencia de las clases sociales se fundamenta en el sistema capitalista, el modo de producción vigente, y la división social del trabajo. La determinación de la pertenencia de clase se da por la variable “inserción en el sistema de producción económica” la cual define la posición social de los sujetos (Ver Torrado, 1998:22). La población que se articula en torno al centro de salud, es una población heterogénea desde el punto de vista socioeconómico y cultural. Entre las personas que acuden al centro encontramos desde personas marginales<sup>4</sup> sin ocupación fija, trabajadores de la economía informal que trabajan en su mayoría en negro, por lo cual no poseen obra ni social ni otros beneficios sociales, y en menor medida personas de una clase media en descenso, pauperizada, que encuentra en este centro de salud su mejor alternativa para obtener los servicios médicos básicos.

Un indicador de la posición social de las personas que asisten al CeSAC puede darse estimativamente a través del acceso a la educación, como el grado de instrucción alcanzado, ya que el mismo se relaciona con las oportunidades de empleo disponibles. Como afirma Bourdieu para el caso de Argelia, en determinados sectores sociales, “una

---

<sup>2</sup> Toda la información estadística referente a la población que asiste al Centro de Salud Acción Comunitaria N°33 fue obtenida del “Informe de Gestión. Octubre, 2003” bajo la dirección de la Dra. Silvia Chera y el Dr. José Pasamonik.

<sup>3</sup> Datos vigentes al 16 de Junio del 2005

<sup>4</sup> Según Oriol Romani, la marginación social debe ser considerada “como un conjunto de procesos que, por lo que se refiere a las condiciones materiales de existencia, acaban limitando –hasta poder llegar a excluir –a determinados individuos o grupos sociales del acceso a los recursos más habituales de su sociedad” “Las Drogas. Sueños y Razones”. Capitulo V. Ariel, Barcelona (1999)

ínfima diferencia de nivel, [...] determina una diferencia totalmente desproporcionada en las oportunidades de éxito social. Esto tiene diversas consecuencias: en primer lugar, las barreras creadas por la diferencia de instrucción son brutalmente tajantes, sobre todo en el sector moderno, donde el progreso en la jerarquía social se opera a saltos; en segundo lugar, los trabajadores calificados y altamente calificados se benefician de un beneficio incomparable: se sustraen de un solo golpe a la masa de personas desprovistas de toda calificación y disponen de todo un conjunto de seguros, seguridades y ventajas.” (Bourdieu, 2006:74)

Según los datos extraídos de las historias clínicas familiares:

-De las personas de entre 5 y 18 años, el 82,2% asiste y el 8,3% asistió, pero dejó de estudiar. Para que esta información sea más significativa, se necesitarían datos con mayor nivel de detalle. De hecho como se observará más adelante en la estructura poblacional, estos datos no parecen revelar la realidad en la asistencia escolar, ya que la categoría etaria en cuestión es demasiado amplia. Sobre todo si tomamos en cuenta que la población masculina se reduce a la mitad luego de los 10 años de edad, y a un cuarto después de los 15 años.

-En referencia al máximo nivel de instrucción alcanzado por personas de 19 años o más, hay un 10,1 no completó la educación primaria. El 30,6% asistió hasta 7mo grado, es decir, tiene la educación primaria completa. Luego, el 18,2% no completó la formación secundaria, y el 22,7% alcanzó hasta 5to. Año. Solo el 13,4% posee un nivel de instrucción mayor al secundario completo. En resumen, hay casi un 60% de la población que posee un nivel de instrucción por debajo del nivel secundario. Existe un 5% restante del que se desconocen los datos.

Con respecto a la estructura de género de la población presente en el CeSAC, puede sintetizarse un perfil como integrado en su mayoría (alrededor del 70%) por mujeres en edad fértil (36,15%) y niños de ambos sexos (33,5%). Por oposición, los hombres mayores de 15 años representan el 14% del total.

En cuanto a la diversidad étnica, nacional y cultural de esta población, la mayor parte refiere como lugar de nacimiento la Argentina, aunque faltan datos acerca de los lugares de origen dentro del territorio nacional. Según las observaciones de campo, existe una notable presencia de personas que migraron de distintos pueblos y ciudades del interior del país. Otras nacionalidades muy presentes son, en primer lugar la peruana, en segundo lugar, la paraguaya, en tercer lugar la uruguaya y finalmente la boliviana, aunque no se cuentan con datos estadísticos actualizados en referencia a este tema.

### ***La Comunidad: APS y el mito de origen***

“para el primer nivel, el mejor nivel”<sup>5</sup>.

Los Centros de Salud y Acción Comunitaria, son dentro de la Ciudad de Buenos Aires la pieza fundamental de lo que es llamado el primer nivel de atención de la salud. Este forma parte del marco ideológico-conceptual y práctico de la Atención Primaria de la Salud (APS) fundado en la declaración Alma-Ata de 1978, recomendada por la Organización Mundial de la Salud y adoptada por el Ministerio de Salud de la Nación.

Tal como esta es definida “La atención primaria de la salud es una estrategia que concibe integralmente los problemas de salud–enfermedad y de atención de las personas y el conjunto social. No sólo provee servicios de salud, sino que *afrenta* las causas últimas (sociales, económicas y políticas) de la ausencia sanitaria”<sup>6</sup>. (el énfasis es mío)

Según sostiene la “doctrina” sanitaria oficial “la APS propone una organización de los servicios de salud por distintos niveles de atención, que debe contar con la participación de la *comunidad* para resolver problemas mediante prestaciones accesibles, de alta calidad y en forma continua e integral. El primer nivel de atención de la salud en el marco de la Atención Primaria puede resolver un 80 por ciento de los problemas de salud de la población abordándolos en forma interdisciplinaria, dentro de la *perspectiva familiar y social*.” (El énfasis es mío)

En este extracto ya es posible constatar como la idea de comunidad está íntimamente ligada a la razón de ser del CeSAC. Si existe un centro de salud, es porque este responde a una comunidad. Esta vinculación es tan fuerte que hasta se encuentra indicada en su denominación, ya que no es solo un centro de salud; también –y fundamentalmente –es un centro de acción comunitaria, o un espacio de acción de la comunidad. La idea de comunidad entonces es explícita, pero lo que no queda claro es lo que se entiende por ella, y cuál es el lugar que lugar les cabe a los inmigrantes dentro de ella.

Según Weber “llamamos comunidad a una relación social cuando y en la medida en que la actitud en la acción social se inspira en el sentimiento subjetivo (afectivo o tradicional) de los partícipes a constituir un todo” (2004:33). Para Martínez Veiga por otro lado, la comunidad se define como “un conjunto de personas que viven en un lugar y que tienen intereses comunes y forman administrativamente una comunidad” (2001:217). El carácter administrativo en este caso se destaca, ya que forma parte de una unidad definida desde afuera, en última instancia por el Estado, quien administra la distribución de la salud pública. Está destinado a cubrir las necesidades de asistencia de la salud de un grupo de personas que –yo agregaría- *porque* viven en un mismo lugar, pueden tener intereses comunes.

Aunque la mayoría de las personas que se atienden en el CeSAC viven dentro del “barrio”, gran parte de la gente que se sigue atendiendo en el centro de salud, solía vivir en el barrio pero recientemente ha sido expulsada de allí, principalmente por la valorización

---

<sup>5</sup> Palabras del director del CeSAC 33 pronunciadas en el acto de inauguración del nuevo edificio, 30/12/2007

<sup>6</sup> Extraído de <http://www.argentina.gov.ar/argentina/portal/paginas.dhtml?pagina=113>

inmobiliaria que se va extendiendo, irradiada desde Palermo, que aumenta el precio de los alquileres y restringe la disposición de viviendas accesibles a los más pobres, proceso al que se hizo referencia más arriba. En síntesis, siguen atendándose en ‘la salita’, pero ya sin compartir el lugar de residencia. Cuando el lugar de residencia deja de ser compartido, necesariamente los intereses compartidos en una población de carácter heterogéneo como esta –en términos culturales, socioeconómicos y étnicos- también se diluyen. Lo que al fin y al cabo subsiste es la presencia del CeSAC y su espacio de influencia o “área de responsabilidad programática” delimitando una unidad de administración de la salud. Los individuos circulan, desde los barrios marginales de la ciudad y el conurbano bonaerense hacia este centro.

Si es una comunidad, esta tiene carácter de ser abierta e impuesta desde afuera. Sin embargo, más que una instauración desde afuera, el origen del centro de salud –y su comunidad- se presenta a partir de los discursos “oficiales” como una respuesta a la necesidad y reclamo de una comunidad antecedente. En términos weberianos, lo que estos discursos intentan inculcar son los aspectos afectivos y emocionales de pertenencia a la comunidad, al todo social. El “mito de origen” de la institución involucra el deseo y la participación de la comunidad en su gestación, una gestación que involucró el sacrificio, esfuerzo y trabajo de aquellos que la integran.

*“El Centro de Salud N° 33 se inauguró el 17 de diciembre 2003 como **resultado del trabajo conjunto de la comunidad**, el Hospital Tornú, las autoridades del CGP 14 O y las autoridades de Salud del Gob. de la Ciudad de Buenos Aires. La falta de efectores de salud percibidos por la comunidad como cercanos, la ubicación de la zona “encerrada” por las vías del tren, la ausencia de Hospitales dentro del área del CGP 14 O, **junto con la movilización social surgida a partir de la crisis de dic. del 2001**, la oportunidad que significó la iniciación de la estrategia de Presupuesto Participativo y la disposición de las autoridades de Salud en el área de APS, de la DGIRE, y del CGP 14 O, fueron los **ingredientes necesarios para el nacimiento del 33.***

*Comenzó su trabajo asistencial al día siguiente, 18 diciembre, en horarios de 8 a 16 hs., con profesionales del Área Programática del Htal. Tornú: Pediatría, Clínica, disponiendo también de horas de Psicología, Psicopedagogía, Foniatría y Odontología (aún sin sillón odontológico).”*<sup>7</sup> (El énfasis es mío)

O también como lo expresa una vecina en ocasión de la inauguración de un nuevo edificio para el funcionamiento del centro de salud:

*“Estamos acá reunidos para dejar inaugurado la ampliación del Centro de salud y Acción Comunitaria número 33, dependiente del hospital Tornú. Lo cual es el corolario de la **lucha esforzada y tenaz que llevó adelante la comunidad que rodea al CeSAC 33** y que tuvo su epicentro cuando se cristalizó la **unión con la comunidad en defensa del hospital Tornú.**”* (El énfasis es mío)

---

<sup>7</sup> Fuente: Centro de Salud N° 33. Informe de Gestión. 2003

De estos relatos pareciera desprenderse, sin embargo, que la fundación del CeSAC lleva aparejada la instauración de una comunidad, la cual es una especie de entelequia con voluntad propia, y que hasta puede funcionar como un marco identitario a partir de la identificación CeSAC-Comunidad. Como lo manifiesta una funcionaria del hospital Tornú :

*“uno podría preguntar ¿vos de quién sos? Yo soy, yo soy de, yo de. Hoy, aquí, todos somos del CeSAC, y lo que es más importante, todos ganamos porque el CeSAC está hermoso y va a cumplir una función muy importante.”* (El énfasis es mío)

### ***La Institución médica como institución del Estado y la red de instituciones barriales***

En el área urbana donde se encuentra ubicado el CeSAC 33 existe una espesa densidad de instituciones sociales, orientadas a prestar servicios de asistencia social, las cuales conforman un fuerte núcleo de presencia estatal. Por un lado el Centro de Salud y Acción Comunitaria N°33 depende directamente del Hospital General de agudos Dr. E. Tornu. Por otro lado, la red de instituciones sociales con las que se encuentra relacionado incluyen a la Ex AU3, La comuna N° 15 –Ex CGP 14 Oeste- la Escuela Hermite, la Escuela Domiciliaria y el comedor/ centro juvenil.

En el particular contexto del CeSAC 33, uno de los servicios más activos son los servicios de ginecología, obstetricia y pediatría, en parte, por el perfil de la población eminentemente femenina, y porque los centros de atención primaria tiene como objeto de sus políticas sanitarias a la mujer. La mujer es la referente de la familia, encargada del sostenimiento del hogar y de la crianza de los hijos. De hecho, las acciones de promoción y protección de la salud de mayor relevancia dentro del CeSAC, se implementan a través de los programas de ‘Control de niño sano y del niño desnutrido, salud escolar’, ‘Programa Materno infantil’, ‘Prevención del cáncer en la mujer (papanicolau y coloposcopia)’ y ‘Procreación responsable, sexualidad’, todos orientados a las mujeres de la ‘comunidad’, sin que se implementen programas de atención paralelos orientados a la población masculina.

Estas políticas sanitarias y demográficas articuladas a través de los distintos programas, e instrumentadas por medio de la **APS**, forman parte de lo que Susana Torrado denomina Estilos de Desarrollo. Los estilos de desarrollo funcionan a nivel macro estructural y comprenden “las estrategias de acción (objetivos, proyectos y prácticas políticas) relativas a los factores fundamentales del desarrollo económico y social (cómo se genera; cuales son los elementos que condicionan su mecanismo; cómo se reparten sus frutos), que son dominantes o se encuentran vigentes en una sociedad dada, y a las variaciones intrasistema de dichas estrategias” (Torrado, 1998:16). Estas políticas tienen su impacto en los agentes sociales que toman por objeto afectando sus estrategias individuales, y a su vez, por lo tanto, producen consecuencias poblacionales. Cómo pueden afectar las prácticas y representaciones de las mujeres que asisten al CeSAC lo veremos más adelante.

## ***2. Mujeres migrantes en procesos de sociabilidad y adaptación***

Acabamos de ver algunos elementos morfológicos y políticos del contexto de la sociedad de acogida donde las mujeres migrantes que asisten al CeSAC tratan de integrarse.

Justamente, las visitas al CeSAC son para las madres jóvenes con niños pequeños, una oportunidad de entrar en contacto con el nuevo mundo local, de ser miembros de la 'comunidad' que las rodea. Por lo tanto, el centro de salud funciona como un espacio de sociabilidad que les permite tender relaciones con el resto de la sociedad.

### *El proyecto migratorio*

Según los distintos casos que tuve oportunidad de observar, las mujeres entrevistadas en el centro de salud llegan a Buenos Aires por medio de un pariente que migró a la ciudad con anterioridad. Este es quien organiza su recepción en la sociedad de acogida, ya sean que dispone los preparativos para el hospedaje, o consiguen un empleo para los recién llegados, o prestan algún tipo de ayuda.

Que en todos los casos esté mediando relaciones de parentesco o afinidad –por medio del cónyuge- en la realización del proyecto migratorio indica la existencia de redes migratorias. Como simplemente las definen Gurak y Caces, “una red social es un conjunto estructurado de relaciones sociales entre individuos” (1990:77) Estas redes cumplen la función de servir de vínculos entre las sociedades emisoras y las receptoras (1990:80).

En los casos observados se trata de una migración básicamente económica ya que el motivo para migrar, tanto de las provincias del norte del país, como de los países limítrofes de Perú y Paraguay, es fundamentalmente laboral. Las mujeres vienen a Buenos Aires en busca de mejores condiciones de trabajo y mejores salarios, con la expectativa de insertarse en algún empleo que requiera bajo nivel de calificación. Principalmente los trabajos a los que ellas aspiran forman parte de la llamada economía sumergida, y en su amplia mayoría son trabajos domésticos, como por ejemplo limpieza por horas o con cama adentro, cuidado de niños, y cuidado de ancianos.

*“Y bueno, uno se cansa de nunca poder comprarse nada. Yo me cansé y me quise ir, entonces le dije al padre de mi hijo que yo quería progresar y que me iba a Buenos Aires, entonces él me dijo que se quería venir conmigo, yo le dije que no, que él no quería progresar y... y él me dijo que sí, que quería venirse conmigo y que a la otra no le quería’*

*‘Por qué Buenos Aires?’ le pregunté. ‘y...porque acá estaba mi hermana’. Contesta.”* (Informante formoseña. Diario de Campo)

Estas redes cumplen por un lado la función de selección y por el otro de adaptación. La función de selección determina quienes y cuando migran. En este caso, las migrantes son mujeres jóvenes que migraron en general al inicio de su vida reproductiva, al constituir una nueva unidad de doméstica, con o sin una pareja, o a partir de la gestación del proyecto de la maternidad. Varias de las mujeres que pude entrevistar vinieron a Buenos Aires embarazadas o con hijos muy pequeños, o quedaron embarazadas al poco tiempo de llegar. El proyecto migratorio también suele incluir la participación de la pareja, aunque según los relatos de las entrevistadas, el proyecto de migrar surge como una decisión individual en la que la mujer decide sobre su destino y el de su hijo, al que puede sumarse el padre del niño, pero sobre el que ella asume la responsabilidad de la decisión.

En general, son mujeres que no han terminado la educación secundaria, salvo en el caso de las mujeres peruanas, que sin embargo, también aspiran a un trabajo informal en sector doméstico. Cualquier otro trabajo que requiera una capacitación simple, pero mayor al servicio doméstico, se presenta como todo un desafío a la hora de buscar empleo.

*‘De qué pensabas buscar trabajo? De que te imaginabas trabajar?’ vuelvo a preguntar. ‘y no sé... de cualquier cosa, de tipear así en computadora. Mi tío allá en Formosa es diseñador grafico, me enseñó a tipear re bien. Le pregunto: ‘¿ y vos terminaste la escuela, el secundario?’ ‘no, hice hasta primer año’ me contesta y sigue hablando como si nada. ‘Cuando llegué estuve trabajando [un mes, creo] en un supermercado, y justo era un supermercado con computadora, y como sabía usar la computadora...después tuve que aprender a hacer tarjetas y eso que no sabía, y bueno pasar las cosas...Pero después cuando quedé embarazada renuncié. Fui una boba, porque estaba en blanco, podría haber seguido embarazada...’*  
*‘¿Por qué dejaste el trabajo?’ le pregunto. ‘Y...porque esta deprimida, no podía hacer nada, ni ganas de ir...’*

*“Sus planes incluyen terminar el bachillerato: ‘yo me quedé en segundo año, creo, porque quedé embarazada’. Ella me dice que quiere terminar el secundario porque ‘no quiero trabajar toda la vida de fregar’” (informante Misionera. Diario de Campo)*

Por otro lado, las redes migratorias cumplen la función de adaptación. Adaptación es un concepto que “se refiere tanto al acomodamiento a corto plazo a duras condiciones temporarias y a la integración en las instituciones principales de la sociedad de destino a largo plazo” (Gurak y Caces, 1990:80) Sin embargo, en el caso de estas mujeres, las redes migratorias no parecen ser muy fuertes en sus funciones adaptativas. Por ejemplo, para ellas la inserción laboral trae una complicación más que refiere al cuidado de los hijos. Las mujeres que migraron, perdieron el conjunto de lazos de ayuda mutua de parientes y afines que podían poseer en su sociedad de origen, y que en las situaciones de la vida cotidiana permiten descargar parte del costo de la crianza de los hijos, sobretodo en sus propias madres, las abuelas de los niños. Esto hace que ellas se encuentren solas para cuidar a sus hijos, sin personas de confianza a quien recurrir para dejarlos unas horas, y sin medios económicos para afrontar el gasto que puede representar una guardería. Esto hace que las posibilidades de empleo se restrinjan aún más, ya que los empleos a los que están en condiciones de acceder son aquellos cuyas condiciones permiten que ellas vayan acompañadas por sus hijos pequeños.

Esta imposibilidad de contar con la ayuda de otros para poder salir a trabajar habla de la debilidad de las cadenas migratorias, y repercute en las mujeres no solo, aunque fundamentalmente, en su situación económica; sino también en su salud mental y psicológica, ya que sin trabajo, se les quita la posibilidad de una inserción social plena en la sociedad receptora.

*Me cuenta que ‘ahora con él [el bebé] no puedo hacer nada. El otro día quise ir a ciber y el chico del ciber no me dejó entrar con él’ ‘en serio?!’ le pregunto asombrada. ‘Sí’ me dice. ‘yo le dije al chico “¿vos tenés hijo? No? Se nota que no*

*tenés hijo porque sino me dejaría entrar con él”. La gente que no tiene hijos no sabe lo que es. Tampoco es que él [su bebé] tiene dos o tres años que va a estar tocando la computadora, todo’*

*‘Y...se lo dejo a quien pueda, a cualquiera...que tenga un poquito de confianza se lo dejo; o también lo llevo conmigo’ (Informante formoseña. Diario de Campo)*

*‘¡es indignante! Yo siempre trabajé y no soporto pedir. Yo le digo a mi marido yo no puedo estar pidiéndote de a 1 peso, yo necesito que me des 100 pesos. Me das 100 pesos? No, bueno entonces no.’... ‘por eso, yo no tengo problema de trabajar, pero me tienen que aceptar con mi hija. Vos que andás observando todo, decime si sabés de algo así para cuidar abuelitos, yo hago de todo, pero me tienen que dejar ir con mi nena’ (informante peruana. Diario de Campo)*

Por lo tanto, las condiciones deficitarias de adaptación que posibilitan las redes migratorias, involucran el riesgo de producir lo que Martínez Veiga denomina como **desafiliación**, especialmente para las mujeres recluidas en la esfera doméstica, y se vincula directamente con el riesgo de exclusión social, “...si hay algún elemento que caracteriza la exclusión social es el debilitamiento o ruptura de los lazos sociales tanto de unos miembros de la sociedad con otros, como ‘de las relaciones con la comunidad local, con los servicios e instituciones estatales y con la sociedad a la que la persona pertenece, así como con la familia y amigos...’” (Martínez Veiga, 2000:15-16; citado en Martínez Veiga 2001:225)

*Tengo amigas que también vinieron para Buenos Aires, pero no sé dónde están. También tengo un montón de parientes, pero no sé nada de ellos. Si los veos por la calle, los puedo insultar o no, que no lo voy a saber. (Informante misionera. Diario de Campo)*

Por lo tanto, ante el riesgo de desafiliación, las visitas al centro de salud adquieren una función social que excede al cuidado de la salud. Esta debilidad en los lazos sociales de contención social, hace por otro lado, que las mujeres se refugien en la maternidad y en el cuidado de sus hijos, sin el apoyo de las relaciones sociales con las que contaban en su lugar de origen. La privación económica en todo caso solo refuerza la sensación de soledad; y entre estas mujeres se expresa en una reiterada frase: “*nadie sabe lo que yo sufrí*”. La soledad incrementa la sensación de nostalgia que tensiona aún más el proyecto migratorio entre un estar “allí” y estar “aquí” y sitúa a estas mujeres en un espacio intermedio. (Conde y Herranz, 2004:52)

*‘¡ay! Yo ahora estaría tomando un tereré de short y remera con mi mamá’ (Informante Misionera. Diario de Campo)*

La fantasía de volver y abandonar el proyecto migratorio es algo que está presente en los relatos de las mujeres. Sin embargo volver sin alcanzar el éxito económico y social es percibido como un fracaso ante la sociedad de origen.

*‘no, ¡¿como me iba a volver?! ¿Qué iba a decir allá? No, mis abuelos, ¿Qué iban a pensar? ¡¿Que yo había estado haciendo qué?! ¿Que era una boba porque me*

*había quedado embarazada?* (Informante formoseña que quedó embarazada al mes de llegar a Buenos Aires. Diario de Campo)

### ***Un ámbito femenino de sociabilidad y encuentro.***

Analizando el centro de salud en sus funciones sociales, resulta fácil percibir con solo entrar a la sala de espera, que este se construye como un espacio de interacción social marcadamente femenino, en base a una presencia mayoritaria de mujeres.

Según los datos disponibles de agosto del 2003, se observa que el grupo de edad que se encuentra más presente en la demanda de atención es aquel que va desde los 0 a los 14 años de edad, representando el 33.5 % de la población total, seguido por el 28,8% del grupo de entre 30 y 49 años de edad, aunque es importante tener en cuenta que al interior de este último grupo la proporción de mujeres dobla a la proporción de hombres. Lo sigue el 23,6% del grupo de 15 a 29 años, con el mismo comportamiento que el grupo etario anterior con respecto al género. Finalmente, 10,8% está representado por el grupo de 50 a 64 años, y el 6,2% restante con las personas de 65 años en adelante.

Queda evidenciado por estos datos que es absoluta la mayoría de mujeres, las que obtienen su atención en el CeSAC. Sin embargo, del total de varones, el 50% pertenecen al grupo de menos de 14 años. Mientras se da una tendencia decreciente en el grupo de varones a partir de los 14 años de edad con respecto a la media, el grupo de mujeres crece hasta los 20-29 años de edad, donde presenta su máximo. Las mujeres en edad fértil, de los 15 a los 44 años, representan el 51,7% de la población total; o puesto de otra manera, en la edad fértil las mujeres promedian el 80% de su rango etario y los hombres el 20% restante.

El centro de salud es un ámbito de sociabilidad femenina. Para hacer un breve análisis de este es preciso hacer uso del concepto de género. Según Stolen, “el concepto de género comprende, por un lado, los roles y relaciones de los hombres y las mujeres y, por el otro, sus valores e ideas con respecto de la masculinidad y de la feminidad. Las prácticas sociales y las ideas e interpretaciones de las diferencias de género constituyen un sistema de género”. (2004:32)

En lo que respecta a la construcción del género, el sistema de salud y, en mayor medida la APS, coinciden en la construcción de un modelo tradicional de familia y de mujer, vigente en las políticas demográficas argentinas desde los años 30 del siglo XX<sup>8</sup>. Dentro de este modelo, a la mujer se la erige como la jefa del hogar y la puerta de acceso a la familia, ya que ella es concebida como la guardiana de la salud, principal transmisora de las prácticas higiénicas y sanitarias. En la asignación de esta posición se identifica mujer con madre, y se restringe el papel de la mujer a sus funciones reproductivas.

Las mujeres por su parte adoptan este modelo como propio, el cual se ve reforzado por las políticas sanitarias y de los discursos médicos. La representación de mujer como madre es

---

<sup>8</sup> Para ver la importancia de la mujer y su papel reproductor para las políticas demográfica como “patrimonio reproductor de la nación” ver Scarzanella, E. “Ni Gringos, ni Indios. Inmigración, Criminalidad y Racismo en Argentina, 1890-1940. Universidad de Quilmas. 1999. pp.145-171

tan hegemónica que difícilmente se puede escapar a él. Son incontables las veces que las mujeres del CeSAC me preguntaron si yo tenía hijos y se vieron sorprendidas al averiguar que no. Les costaba creerme, incluso a los niños pequeños, que se mostraban incrédulos al saber que yo no tenía hijos.

Sin embargo, el modelo de complementariedad tradicional de la división sexual del trabajo, que identifica a la mujer con la esfera doméstica y al hombre con la esfera pública del trabajo fuera del hogar, no se cumple en demasiados casos. La dificultad de las madres para salir a trabajar, es una de las condiciones que más aumenta la dependencia –económica– de las mujeres con respecto a sus parejas. Los hombres parecen ausentes de las responsabilidades cotidianas que implican la crianza de los hijos, limitándose a su función de hombres proveedores, que muchas veces tampoco desempeñan.

*“que ‘a veces no tenía ni para comer’ ‘...me las arreglaba con lo que tenía’ ‘...el padre de mi hijo no me ayudaba en nada. Mientras estuve embarazada una sola vez me mandó 90 pesos no más.’* (Informante formoseña. Diario de campo)

Como consecuencia, el centro de salud no es solo un ámbito femenino, sino que sumado a la soledad que experimentan muchas mujeres, en parte producto de su situación como migrantes y de sus condiciones de vida, este se convierte en un ámbito de sociabilidad femenina. Llama la atención como las mujeres que frecuentan el CeSAC, se conoce entre sí, quizás también por relaciones de vecindad, y pasan dentro de la sala mucho más tiempo del necesario para recibir atención médica.

*Me cuenta también que no tiene amigas ‘que me vayan a visitar o que yo vaya a visitar... porque no tengo las condiciones, un lugar para recibirlas... entonces para pasar vergüenza, no. Porque yo vivo en una pieza...’ [de una pensión- hotel ubicado en la calle Godoy Cruz]* (Informante peruana. Diario de Campo)

*‘es increíble que nosotros decimos que esto es un **club social**. El problema es cuando eso juega en contra de la salud del paciente... por ejemplo, él único estudio que no se hace acá que es la mamografía, que los mandamos al Tornú a que se lo hagan, que son 5 minutos de colectivo, no van, y por ahí pasan 6 meses, me cruzo a la paciente y le digo ¿y el estudio? “y no, no fui, porque esto, porque aquello” y por ahí se pasó los 6 meses acá adentro’* (Entrevista a una médica del CeSAC 33. Diario de Campo)

Así, el centro de salud funciona también como un espacio de encuentro, donde las mujeres pueden sentarse a conversar entre sí, compartir sus experiencias y preocupaciones, sobretodo con respecto a la crianza y cuidado de los hijos. Es en este momento quizás, cuando la comunidad en alguna medida se recrea de hecho, en esta acción de compartir de la mujeres. Como afirma Fuchs y Moch (1995:88), la piedra de apoyo de la agencia son los contactos entre la gente y el poderoso compartir de los recursos, a partir del cual circula la información.

Siguiendo a Mark Granovetter (1973), estas autoras recuperan la importancia de los “lazos débiles” (“weak ties”) definidos como “el vínculo hacia fuera de la propia red cotidiana de contactos, que conecta con otros grupos” (Fuchs y Moch 1995:90). La importancia de los lazos débiles radica en que no solo a través de los parientes cercanos o amigos puede brindarse ayuda efectiva, sino también a través de conocidos lejanos, quienes que pueden estar situados en un mejor lugar para ayudar con información, generando de ese modo una red de contactos fluida. El centro de salud y su sala de espera en este sentido les ofrece a las mujeres migrantes un espacio fundamental para charlar, y compartir información, de modo de instruirse una a la otra a partir de las distintas experiencias personales. Es por esto que las interacciones en la sala de espera van tejiendo “lazos débiles”.

A partir del entramado de relaciones que desde este espacio se generan, permite pensar que el CeSAC 33 es un ámbito de integración social, donde las mujeres buscan la incorporación progresiva a la sociedad de acogida, ya que “la **integración** no se reduce a tener o no tener un trabajo. Por el contrario, la integración es un proceso muy complejo en el que se inscriben dimensiones económicas, sociales, culturales, políticas, etc.” (Conde y Herranz, 2004:63) Justamente, a falta de una inserción laboral estable, sólida, y a una falta de vínculos de contención, el centro de salud viene a suplir toda una serie de necesidades que no tienen que ver con las prácticas médicas.

Esta función social del CeSAC encuentra similitudes a la descripción que Fuchs y Moch (1995:103) nos brindan para el caso de las mujeres parisinas pobres en el siglo XIX, donde el gobierno preocupado por los infantes proveyó de importantes lugares de encuentro para las mujeres pobres que remplazaron lugares tradicionales de sociabilidad femenina como la lavandería a las orillas del río. En sus propias palabras “while waiting in the crowded well-baby clinics or milk dispensaries for the staff to weigh their babies and provide instruction, the mothers chatted with each other, comparing their experiences with their babies, doctors, and other public officials. Not only professionals, but also mothers provided each other with support and information.” (Fuchs y Moch 1995:103)

Tal como sucede con el CeSAC 33, en París del siglo XIX, las clínicas de bienestar infantil y los numerosos dispensarios de leche, servían a un doble rol en la vida de las mujeres: funcionaban como espacios donde recibían información acerca del cuidado de los niños al mismo tiempo que servían como centros sociales.

Como anclaje de inserción en la comunidad de acogida, y donde tiene un papel central la circulación de la información, en el centro de salud también se articulan demandas de los usuarios que involucran la búsqueda de otro tipo de recursos, como por ejemplo respecto a la vivienda o empleos, escuelas, guarderías, etc. Los cuales la mayor parte de las veces, están fuera de alcance del CeSAC.

*“las demandas de la gente que viene al centro...eh, pidiendo trabajar con nosotros, eh, un tema grosso es el de la vivienda, ehm, otro tema grosso tiene que ver con cualquier tipo de ayuda económica, subsidios, caja de alimentos, ehm, bueno, todas esas cuestiones que brinda el Estado pero que también a veces las cubren distintas ONGs, eh, qué sé yo, comedores, juegotecas. Acá hasta vienen a pedir direcciones de jardines”* (Informante miembro del equipo del CeSAC 33. Diario de Campo)

Ante la escasez de recursos, vuelve a emerger, como solución, la fuerza de la comunidad y su capacidad de acción política:

*“No tenemos recursos, pero sí uno tiene un vínculo con la gente que facilita esa cuestión de promover...de promover el agrupamiento, la, la gente...”* (Informante miembro del equipo del CeSAC 33. Diario de Campo)

### ***Invisibilización dentro de la comunidad***

Más allá de esta ida y vuelta entre la “comunidad” y el CeSAC, puede observarse que dentro de esta, las mujeres migrantes tienen un estatus indefinido. En el caso de las migrantes transnacionales, se sabe que “hay extranjeros”, sin más detalles acerca de quiénes son, cuáles son sus condiciones de vida, etc.

*Lo que es percepción exclusivamente es la cuestión de la nacionalidad por ejemplo, la percepción es que hay muchos extranjeros* (Informante: personal no médico del CeSAC 33. Diario de Campo)

Con respecto a los migrantes internos, estos se encuentran más invisibilizados aún, ya que en el CeSAC solo se toma cuenta de su nacionalidad argentina, sin mayores consideraciones.

Como todo espacio de interacción social, en el CeSAC 33 también tiene lugar el conflicto. Por un lado, existe conflicto al interior del grupo de usuarios de la comunidad en limitadas situaciones, pero que se repiten con frecuente cotidianidad. Estas tienen que ver con las disputas por los “turnos”, escasos y limitados, que otorga el centro de salud en dos horarios, uno a la mañana, y otro a la tarde. Cuando estos se acaban los enfrentamientos por acceder a las consultas médicas se hacen habituales, ya que implica que la persona que se queda sin turno tendrá que venir en otra oportunidad y destinar parte considerable de su tiempo, tanto en conseguir el turno como en ser atendido.

Sin embargo este conflicto, más visible y evidente, no consigue ocultar el verdadero conflicto que existe por debajo de la cubierta paternalista de las relaciones médico-paciente. Para los “profesionales” del centro de salud, el problema fundamental para tratar con su población, es un problema cultural.

*...uno: trata de:/ de ve- y especiAlmente en situaciones de precariedAD, donde los hijos son concebidos:/ bueh/ **estos aspectos culturales que: que yo mencioné/ este: no tan fácilmente adhieren al patronato de reproducción responsable**/(Informante médico del CeSAC 33. Diario de campo)*

Entre los ‘profesionales’ los estigmas de clase se realizan en una “cultura” de clase, donde no parece haber muchas diferencias en el tratamiento a los distintos grupos nacionales. Estos ‘pacientes’ no tienen la cultura de esperar, de disciplina para adherir a un programa de salud, de constancia para continuar un tratamiento. Por eso, necesitan ser educados por

los 'profesionales' del centro de salud, ya que como ellos manifiestan el dilema de difícil solución consiste en

*“Cómo hacer un pasaje de estos aspectos culturales a nuestros aspectos culturales o lo que nosotros conocemos como nuestros aspectos culturales”* (Informante: médico del CeSAC 33. Diario de campo)

En este sentido la discriminación opera de manera implícita, al construir a los pacientes como 'otros culturales', y justamente, lo que operan en la definición del grupo es una suerte de esencia cultural. Como afirma Etienne Balibar (1990:34) “la cultura puede funcionar como una naturaleza, en particular como una manera de encerrar a priori a los individuos y los grupos en una genealogía, una determinación de origen inmutable e intangible” [...] Esto a su vez, en su forma extrema, promueve un racismo de clase: la “irreductibilidad de las diferencias culturales: un racismo que, a primera vista, no postula la superioridad de ciertos grupos o pueblos con respecto a otros” (citado en Martínez Veiga 187) Lo curioso de esta situación es que lo que homogeniza a las personas que entran en esta categoría de otros culturales, no es sus particularidades étnicas o religiosas –por nombrar rasgos elementales de adscripción identitaria –sino su pertenencia a un determinado estrato social.

*‘eso es mala educación, si yo le hablé con educación, ¿Por qué me va a contestara así?! Con qué necesidad! Yo no soy de una villa, tengo cultura, educación como para que ella me venga a tratar así’* [en referencia al maltrato de una médica a una paciente] (Informante peruana. Diario de Campo)

Según la reacción de esta informante, parecería ser que el comportamiento de la médica, gritándole ‘¡esto no es un kiosco!’ cuando en la sala de espera ella se acercó a pedirle un medicamento, estaría justificado en el caso en que ella viviera en una villa y no hubiese ido a la escuela, lo que da cuenta, que en un punto, la discriminación hacia el pobre está legitimada por todos, incluso, por aquellos que más sufren los procesos de exclusión y marginación. Los pobres son tan pobres, que por momentos parece que no se les deja ni tener ‘cultura’.

Los profesionales del centro de salud, además de poseer el discurso científico médico son también agentes del Estado. En última instancia allí reside su fuente de legitimación. Como la doctrina de Atención Primaria de la Salud manifiesta, “su misión consiste en extender el sistema sanitario hasta la intimidad de las viviendas permitiendo conocer la realidad social y sanitaria de la población, *mejorando la comunicación entre el individuo y su familia – con sus saberes y cultura– y la medicina científica*” (el subrayado es mío).

El paternalismo de los 'profesionales' y sobre todo de los médicos en el CeSAC, hace que estos se sientan autorizados a 'aconsejar' y 'educar' a sus 'pacientes' en distinto tipo de materias de la vida. Justamente, el discurso de los médicos se torna dominante, porque, por lo menos en principio, adquieren pronta obediencia y tienen un gran impacto en las decisiones de las usuarias.

*‘me dijo el doctor Martín que yo no me tengo que ir dejarle el lugar a él, porque me dice que yo soy una mujer, con un hijo, madre, y no puedo estar en la calle, o en un hotel, que no tenés tu privacidad, tu baño, porque en un hotel hay otra gente y tenés que compartir el baño la cocina. No es lo mismo. En cambio yo acá en este departamentito estoy bien, tengo mi baño todo’* (Informante formoseña. Diario de campo)

*...y le había agarrado una otitis terrible en los dos oídos! Que la médica me retó! Me dio un reto terrible: “Cómo no la trajiste antes?!”. Yo no sabía nada, cómo me iba a dar cuenta, si no se veía nada, todo de adentro. Me dijo: “no, con una infección así puede perder el oído” ‘Antes que el médico me vuelva a retar, yo prefiero traerla y que me diga que no es nada. No, desde esa vez, nunca más.’* (Informante Peruana. Diario de campo)

Son discursos que tienen el poder de modificar los cursos de acción de las personas a las cuales están dirigidas, cambian sus prácticas y la forma de ver las cosas en amplios aspectos de la vida. Este poder lo obtienen de la institución médica y porque funcionan como discursos de verdad, en algún sentido “de verdad por su status científico, o como discursos formulados exclusivamente por personas calificadas, dentro de una institución”. (Ver Foucault, 2000:19<sup>9</sup>)

### **3. A modo de cierre**

Partiendo de la idea de que la experiencia migratoria es un proceso desestructurante de la cotidianidad de los sujetos por el movimiento que implica el desplazamiento desde la sociedad origen a la sociedad receptora, la inserción en un nuevo contexto socioambiental involucra la generación de nuevas relaciones sociales y la transformación de otras.

A pesar de la heterogeneidad de las situaciones vistas en el CeSAC 33, una de las cuestiones generales, ya que se repite en todos casos observados, es que para estas mujeres la decisión de migrar, se concibe como la medida más fuerte dentro de una innovadora estrategia de vida, que pretende producir un cambio radical en su realidad cotidiana, y lo consigue. Es una decisión que no solo las involucra a ellas, sino también a sus parejas, y fundamentalmente a sus hijos. En este sentido, es útil la definición general de **Estrategias Familiares de Vida** que propone Susana Torrado como un concepto que “se refiere a aquellos comportamientos de los agentes sociales de una sociedad dada que –estando condicionados por su posición de clase– se relacionan con la constitución y el mantenimiento de unidades familiares en el seno de las cuales pueden asegurar su reproducción biológica, preservar la vida y desarrollar todas aquellas prácticas económicas y no económicas, indispensables para la optimización de las condiciones materiales y no materiales de la unidad y de cada uno de sus miembros” (1998: 17)

---

<sup>9</sup> Foucault lo utiliza para analizar el sistema judicial y la medicina psiquiátrica, sin embargo, también puede ser útil para pensar este caso

Mi hipótesis es que la participación de estas mujeres en la comunidad del CeSAC es una parte importante del conjunto de estrategias que ellas despliegan al emprender el proyecto migratorio. Las demandas en el centro de salud, por un lado, articulan las necesidades de reproducción físicas, como mantenimiento corporal y preservación de la vida con el cuidado de la salud, y por otro lado las necesidades de reproducción de la vida a través de la asistencia a lo largo de todo el proceso de procreación. También incumbe al ámbito del centro de salud, prácticas no económicas de sociabilidad e integración que permiten a las mujeres regenerar una red social de contención que minimice su vulnerabilidad. Una vez en contacto con esta realidad, las mujeres son objeto del disciplinamiento que ejerce en última medida el Estado a través del sistema de salud y sus agentes, los médicos, quienes tienen el poder para incidir sobre las cuestiones más diversas en la vida personal de las usuarias.

*eh...un tema familiar iba a decir, que yo no sé si es característico de esta población, pero es con lo que más laburamos, y es esta cuestión de...sí, de necesitar mucha ayuda para resolver los problemas familiares, qué sé yo, a lo mejor vos ves que... en otros ámbitos, vamos a ponerle, en otros ámbitos o se hace de vez en cuando alguna consulta al psicólogo, o ninguna, ninguna consulta y después, como que la cosa se resuelve de otra manera. Acá hay mucho pedido de ayuda por ese lado, por lo, generalmente son problemas, situaciones muy complicadas, y bueno, nada. Esto, me parece que pasa mucho acá, no sé si este, si es característico de...(Informante: profesional miembro del equipo del CeSAC)*

En la vida cotidiana de estas mujeres, las estrategias familiares de vida son dentro del proceso migratorio, estrategias adaptativas que buscan integrar a las personas en su nuevo contexto de inserción socioambiental. La adopción de las nuevas estrategias tiene una dimensión temporal, que se evidencia en la modificación y ajuste de las estrategias a medida que transcurre la experiencia migratoria. Esta flexibilidad adaptativa produce cambios profundos en las representaciones y prácticas de las mujeres a medida que se desarrolla el proceso migratorio al ritmo del contacto con la sociedad receptora y sus instituciones. Como mejor lo expresan Conde y Herranz, “el proceso migratorio conlleva un movimiento dialéctico de desorganización y de reorganización del conjunto de los patrones culturales que organizan la vida de los sujetos que afecta de lleno al corazón, al núcleo básico de la cultura, es decir, a la generación de expectativas y predicciones sobre los efectos que puede tener la acción de un sujeto sobre un entorno determinado” (Conde y Herranz, 2004:53)

En el ambiente local del centro de salud, la lógica que estructura las relaciones entre el “equipo del centro de salud” y “las pacientes” es la lógica de interacción de clase. En este caso de observación, se da la constatación de que en ciertos niveles, tanto migrantes extranjeros como nacionales están sujetos a los mismos procesos de disciplinamiento, donde la libertad de acción y las decisiones de los sujetos están condicionadas fundamentalmente por su posición social. Como afirma Torrado, la posición social (la pertenecía a una clase) es la principal variables explicativa de las Estrategias Familiares de Vida y sus decisiones (Torrado, 1998:22) En el caso de las mujeres que asisten al CeSAC 33, quizás por el esfuerzo de integración que realizan estas mujeres, no parece existir notables particularidad en la experiencia de las mujeres extranjeras que las diferencie con

respecto a la experiencia de las mujeres argentinas que supere las cuestiones vinculadas a la estigmatización de la clase social.

## **Bibliografía**

- **Bourdieu, Pierre:**
  - o (2006) [1977] *Argelia 60. Estructuras económicas y estructuras temporales*. Buenos Aires: Siglo XXI.
- **Conde, F. y D. Herranz:**
  - o (2004) *Los Procesos de Integración de los Inmigrantes. Pautas de Consumo de Alcohol y Modelos Culturales de Referencia*. Madrid: Fundación CREFAT
- **Denman, C. y Haro, J. (comps)**
  - o (2000) “*Por los rincones: antología de métodos cualitativos en la investigación social.*” Sonora: El Colegio de Sonora.
- **Foucault, Michel:**
  - o (2000) [1999] *Los Anormales*. Argentina. Buenos Aires: Fondo de Cultura Económica.
- **Fuchs, Rachel G. and Leslie Page Moch:**
  - o (1995) “Invisible cultures: Poor women’s network and reproductive strategies in nineteenth-century Paris”. En Greenhalgh, Susan. Ed. “*Situating Fertility: Anthropology and Demographic Inquiry*”. Cambridge: Cambridge University Press.
- **Gurack, D. y Caces, F.**
  - o (1990) *Redes Migratorias y la Formación de Sistemas de Migración*.
- **Macbeth, H., Collinson, P., editors:**
  - o (2002) *Human Population Dynamics. Cross-Disciplinary Perspective* U.K.; Cambridge: Ed. Cambridge University Press, ,
- **Martinez Veiga, Ubaldo:**
  - o (2001) *El Ejido. Discriminación, Exclusión Social y Racismo*. Madrid: Catarata.
- **Marx, Karl:**
  - o [1857] *Introducción General a la Crítica de la Economía Política*.
- **Romaní, O.**
  - o (1999) *Las Drogas. Sueños y Razones*. Barcelona: Ariel. Capítulo V.
- **Scarzanella, E.:**
  - o (1999). *Ni Gringos, ni Indios. Inmigración, Criminalidad y Racismo en Argentina, 1890-1940*. Universidad de Quilmes.
- **Stolen, Kristi Anne:**
  - o (2004) *La Decencia de la Desigualdad*. Buenos Aires: Antropofagia..
- **Torrado, Susana**
  - o (1998) *Familia y Diferenciación Social. Cuestiones de método*. Buenos Aires: Eudeba.
- **Weber, Max:**
  - o (2004) [1922] *Economía y Sociedad*. México, D. F. :Fondo de Cultura Económica.

## **Páginas Web consultadas:**

- <http://www.argentina.gov.ar/argentina/portal/paginas.shtml?pagina=113>
- [http://www.buenosaires.gov.ar/areas/salud/ate\\_primaria/?menu\\_id=732](http://www.buenosaires.gov.ar/areas/salud/ate_primaria/?menu_id=732)
- [http://www.buenosaires.gov.ar/areas/salud/saludambiental/gestion/atencion\\_primaria.php](http://www.buenosaires.gov.ar/areas/salud/saludambiental/gestion/atencion_primaria.php)
- [http://www.msal.gov.ar/htm/site/salud\\_sexual/site/default.asp](http://www.msal.gov.ar/htm/site/salud_sexual/site/default.asp)
- [http://www.paho.org/Spanish/dd/pin/alma-ata\\_declaracion.htm](http://www.paho.org/Spanish/dd/pin/alma-ata_declaracion.htm)
- [http://es.wikipedia.org/wiki/Conferencia\\_Internacional\\_sobre\\_Atenci%C3%B3n\\_Primaria\\_de\\_Salud\\_de\\_Alma-Ata](http://es.wikipedia.org/wiki/Conferencia_Internacional_sobre_Atenci%C3%B3n_Primaria_de_Salud_de_Alma-Ata)

Anexo:

Figura I: Distribución de Domicilios de los usuarios del CeSAC N° 33

