

Migración y salud: reflexiones a partir de una etnografía en centros de salud en São Paulo, Brasil, y Buenos Aires, Argentina, durante la pandemia de COVID-19

*Eugenia Brage**

1 INTRODUCCIÓN

Recibo un mensaje de whatsapp de una colega boliviana: “Eu sei, por algumas pessoas, que tem gente pensando em voltar para Bolívia, não sabem como será sem trabalho e contas a pagar... alguns donos de oficina provavelmente terão que dispensar seus funcionários (...). Por isso alguns estão tentando voltar para a Bolívia, para não ter que ficar na rua”.

Bolivia se encuentra atravesando un momento crítico, luego del golpe de estado de Octubre del 2019 (...). Mesmo así, personas que hace años viven en Brasil y que han construido sus vidas aquí, deciden retornar. Varias personas me preguntan si yo también pienso en volver a Argentina. ¿Es acaso esto una señal? ¿Qué va a suceder en Brasil con esta pandemia? (Diario de campo, 26 de marzo de 2020)

Un mes después de la confirmación del primer caso de COVID-19 en América Latina, en São Paulo, Brasil, el 26 de febrero de 2020, los países de la región del Cono Sur adoptaron medidas y restricciones destinadas a reducir la propagación del virus y hacer frente a crecientes infecciones. Las principales medidas estuvieron direccionadas al cierre de fronteras, cuarentenas y restricciones de circulación, entre otras. Estas medidas, no obstante, no fueron pensadas en clave regional, más bien, todo lo contrario, mostraron el carácter fragmentado de las lógicas Estado-céntricas. Además de haber sido sumamente dispares, teniendo en cuenta las desigualdades que caracterizan a los países del Cono Sur y de haberse combinado con crisis políticas y económicas en cada uno de estos países, estas medidas dejaron a la población migrante en una situación de espera e inmovilidad (BRAGE, 2020), traducidas en la imposibilidad de cruzar

* Centro de Estudos da Metrópole (CEM, Cepid FAPESP), Universidade de São Paulo (USP), Centro Brasileiro de Análise e Planejamento (CEBRAP). Processos Fapesp nº 2019/13439-7 y 2021/09697-0] Rede Milbi+

la frontera, en términos materiales y simbólicos, el confinamiento – inviable e imposible – y la incertidumbre a largo plazo, todo lo cual tuvo repercusiones en la salud integral de estas personas. Pero no sólo esto. Muchas de estas personas, que viven y dependen de las economías populares, se vieron en una situación de extrema vulnerabilidad que, combinada con el riesgo a la contaminación y muerte por COVID-19 al que tuvieron que exponerse (BRAGE, 2022a), generaron efectos que aún hoy persisten. “¿Qué va a suceder en Brasil con esta pandemia?”, me preguntaba aquel marzo de 2020. Pareciera que la respuesta ya estaba en el aire.

Un año después, Brasil se ubicaba en segundo lugar en el mundo en número de muertes (LOTTA, SCHATAN COELHO y BRAGE, 2021). El ambiente de indefinición e inseguridad, creado por la permanente minimización de la pandemia por parte del presidente Jair Bolsonaro, generó un clima de mayor inestabilidad social y política con consecuencias que hasta hoy se hacen notar. La falta de liderazgo para combatir la pandemia por parte del gobierno federal generó un clima de tensiones y discrepancias con los Estados y dejó, a su vez, librado al propio juicio y posibilidades de la capacidad de cuidar de sí y de otros¹.

En Argentina, a diferencia de Brasil, las medidas sanitarias fueron inmediatas y rígidas, habiendo, inicialmente, acuerdo entre el gobierno nacional y los gobiernos provinciales (BRAGE et al, 2022). El 20 de marzo, mediante el Decreto presidencial N° 297/20, se dispuso el “aislamiento social, preventivo y obligatorio” (ASPO), decreto que aplicó a todos los habitantes del país y para las personas que se encontraran transitoriamente en él (Boletín oficial).

Empecé este artículo con un fragmento de mi diario de campo, diario que, como menciona Guber (2021), se inicia mucho antes que la propia salida al campo. Releyendo mis registros en los cuales volqué reflexiones en el vacío, atravesada por un estado de espera, inmovilidad e incertidumbre, me encontré con este fragmento que no tenía recuerdo de haber escrito. Así como también con innumerables reflexiones que emergieron en ese momento tan particular que fue el inicio de la pandemia de COVID-19. Hoy, dos años y medio después, pareciera como si el tiempo se hubiera escurrido. Sin embargo, aquí estamos, a pesar de las pérdidas, los dolores y las muertes evitables, intentando poner palabras a esto que nos pasó como sociedad. Si, por un lado, esta pandemia, que se convirtió en el centro de los debates mundiales, dejó marcas indelebles, desnudó las injusticias sociales y dejó al descubierto las desigualdades estructurales, potenciándolas y exacerbándolas (BRAGE, 2021), por otro lado, mostró las estrategias de resiliencia desarrolladas (PARRA, GONZÁLEZ ZEPEDA y DÍAZ, 2021) por estas poblaciones, así como la enorme capacidad popular y comunitaria de hacer frente a las crisis (BRAGE, 2022b). Esto se expresa en la capacidad de organización y gestión en territorios y espacios a través de procesos colectivos de organización, prácticas solidarias, redes de apoyo y cuidado mutuo y el rol estratégico de las economías populares (NEJAMKIS y GAVAZZO, 2021). Se destaca, asimismo, el papel de las organizaciones y movimientos sociales en el

enfrentamiento, lo cual, una vez más, muestra la ausencia estatal en la resolución de problemas cotidianos y estructurales.

El objetivo de este artículo es analizar la relación entre migración y salud en el contexto de la pandemia COVID-19, basándome, para ello, en el papel que tuvieron los centros de atención primaria en los barrios en donde llevé a cabo la investigación. Tomando como base empírica el barrio Bom Retiro, en la ciudad de São Paulo, Brasil, y el Bajo Flores, en la CABA, Argentina, procuro establecer algunas comparaciones entre ambos contextos en lo que respecta a los temas que atravesaron las vivencias de las personas migrantes.

En primer lugar, apuntaré algunas de las problemáticas que emergieron como más relevantes durante el desarrollo de la investigación. En segundo lugar, me interesa dar cuenta de que estos centros de salud, así como las personas que allí trabajan, se convirtieron, en el contexto de la pandemia, prácticamente en la única interlocución posible con el Estado durante los primeros meses de la pandemia. Esto, según pretendo mostrar, se dio por dos motivos. El primero de ellos, por la fuerte articulación territorial que estos centros de salud tienen y las acciones comunitarias que realizan. El segundo, por tratarse de los dispositivos que continuaron activos, mientras que todos los otros cerraron la atención al público y disminuyeron su capacidad de atender situaciones concretas.

En estos contextos, la salud comunitaria y del llamado “primer nivel” tuvo, a pesar de la escasa prioridad que se le otorgó en el enfrentamiento a la pandemia por parte de los estados (LOTTA, COELHO y BRAGE, 2020), un rol fundamental, conteniendo situaciones de todo tipo. Lejos de restringir la noción de salud al sistema sanitario, lo que me interesa destacar es, justamente, lo contrario. La salud no puede ser pensada de manera fragmentada y aislada de los territorios y los mundos sociales en los cuales las personas desarrollan su vida y esto incluye tanto dimensiones materiales como simbólicas, culturales y sociales.

La investigación comparativa tuvo inspiración en los resultados de mi investigación postdoctoral desarrollada a lo largo de la pandemia con mujeres bolivianas residentes en São Paulo, entre julio de 2020 y diciembre de 2021, a partir de un trabajo de campo etnográfico que abarcó diferentes escenarios en el barrio de Bom Retiro, región central de São Paulo: una Unidad Básica de Salud (UBS)² y los domicilios particulares de algunas de estas personas, así como también, y como resultado de las adaptaciones pandémicas, un proceso cooperativo de trabajo, es decir, una cooperativa creada en julio de 2020 frente a la situación de emergencia sanitaria y que hoy en día aglutina a 16 mujeres bolivianas (BRAGE, 2022b).

A continuación, entonces, presento algunos resultados preliminares que emergen de la investigación llevada a cabo en ambas ciudades en el contexto de la pandemia COVID-19. El material que aquí analizo fue recabado por medio de observaciones, entrevistas informales y conversaciones, tanto con migrantes, en su mayoría mujeres (cis)^[2] bolivianas, como con trabajadorxs de la salud que se desempeñan en el la UBS y en el CeSAC.

2 UNA INVESTIGACIÓN PANDÉMICA

Cuando comenzó la pandemia me encontraba iniciando una investigación etnográfica con migrantes bolivianas en São Paulo. Me proponía analizar los itinerarios terapéuticos de estas personas en el marco de sus procesos migratorios más amplios, buscando comprender las diferentes formas de interacción de estas personas con los servicios públicos, particularmente, de salud, a la vez que sus mundos cotidianos. La investigación contemplaba la articulación de los niveles macro (políticas) con las micro experiencias subjetivas, considerando, a su vez, el nivel “medio” de las instituciones (FASSIN, 2016), en este caso UBSs, priorizando los escenarios en que estas personas desarrollan su vida cotidiana. Partí de la premisa de que en esta articulación macro-medio-micro se vislumbran distintas problemáticas que migrantes y refugiadxs enfrentan, tanto vinculadas a acceso a derechos y a servicios públicos, como a situaciones de violencias, xenoracismo, entre otras que viven, sea en las propias instituciones como en sus ámbitos de circulación cotidiana.

Ante la imposibilidad de realizar trabajo de campo, mi proyecto inicial se vio alterado, no solo por el contexto sino también por desplazamientos teóricos, epistemológicos y metodológicos que se produjeron. Basada en mis investigaciones previas y en mi experiencia en la investigación-acción (BRAGE et al)³, fui construyendo un campo empírico, resultado de mi involucramiento en acciones específicas con la comunidad, particularmente nucleadas en un centro cultural comunitario del barrio y en la UBS. Las acciones desarrolladas por parte del centro cultural, articulado con movimientos, organizaciones sociales y dispositivos públicos, se abocaron a la resolución de problemas que se presentaban en el cotidiano de las personas que residen en el barrio, en su mayoría migrantes, personas de baja renta, población en situación de calle, trabajadoras sexuales, usuarixs de drogas, entre otrxs. En este marco y delante de un panorama cada vez más trágico, relacionado al aumento exponencial de casos y muertes por COVID-19, los frentes de acción se orientaron hacia la recepción de donaciones y distribución de alimentos, abrigo e insumos de higiene, tapabocas y alcohol en gel así como también a brindar información sobre derechos básicos y trámites para acceder al ingreso de emergencia, para lo cual eran necesarios ciertos requisitos vinculados a la actualización de documentos fundamentales para cualquier ciudadanx brasileñ.

Las demandas específicas de la población migrante del barrio comenzaron a tornarse visibles a partir de la creciente presencia de personas bolivianas, muchas de las cuales se encontraban en situación de irregularidad migratoria, a pesar de los años que llevaban viviendo en Brasil y de las legislaciones vigentes. Estas personas, en su mayoría mujeres cis⁴, se aproximaban en busca de “cestas básicas” (canasta básica) y ayuda para obtener el beneficio social de emergencia, tras enterarse “de boca en boca” sobre las acciones del

centro cultural. Fue deste marco que se originó la cooperativa de mujeres bolivianas, proceso de gestión colectiva del trabajo que acompaño desde su inicio (BRAGE, 2022b).

Mi etnografía pandémica se basó, entonces, en encuentros y conversaciones con las mujeres de la cooperativa y con otras que fui conociendo a través de las visitas domiciliarias que realicé junto a una agente comunitaria de salud (también boliviana)⁵. Estos encuentros y escenarios compartidos, que constituyen mi campo empírico, abarcaron diversos ámbitos, desde la UBS, los hogares de estas mujeres, bares, restaurantes y el centro cultural en donde funciona la cooperativa, hasta acompañamiento en las búsquedas terapéuticas y en la realización de trámites administrativos relacionados a la irregularidad migratoria, entre muchas otras, todo lo cual me permitió aproximarme al conjunto de actividades que se articulan en estos contextos, incluyendo las políticas públicas a las que acceden o no estas personas y las alternativas y estrategias que van desarrollando en su cotidiano.

Como mencioné en la introducción, cuando me fue posible cruzar la frontera y retornar a mi país, y gracias a una beca⁶ que obtuve, me propuse realizar una comparación en ambos contextos migratorios. Para ello, elegí el CeSAC 20, ubicado en el barrio de Flores, en donde reside y trabaja un gran número de población migrante de Bolivia.

Basándome en trabajos previos sobre la gestión de la salud y la organización del cuidado entre poblaciones migrantes, tanto en Brasil como en Argentina, y en los resultados de mi investigación postdoctoral, me propuse establecer comparaciones respecto de modos de enfrentamiento a la pandemia por parte de migrantes bolivianas en ambas ciudades, facilitado esto por mi doble pertenencia y por mi doble tránsito en mundos migrantes. Por un lado, años de trabajo e investigación en barrios del sur de la CABA con población migrante, por otro, años de migración, militancia⁷ y trabajo académico con migrantes en São Paulo, particularmente, población boliviana. Fue así que, tras haber desarrollado una etnografía pandémica en São Paulo, me propuse establecer comparaciones en mi ciudad natal.

Fueron múltiples las razones para la elección de Argentina, y particularmente la CABA, para desarrollar estas comparaciones. En primer lugar, se trata de mi país de origen y en el cual crecí y me formé como antropóloga. A su vez, fue allí en donde inicié mis investigaciones (en la línea de la investigación-acción) con poblaciones migrantes, desde el año 2009. En segundo lugar, se trata del país de América del Sur que más migración recibe y el principal destino migratorio de bolivianxs. Por tanto, existe una vasta producción de conocimiento sobre estos fenómenos. Existe, por su parte, un fuerte vínculo (comercial, económico, comunitario y familiar) entre las dos ciudades de São Paulo y Buenos Aires (HINOJOSA, 2016). Las poblaciones inmigrantes presentan, a su vez, perfiles socio-epidemiológicos similares (GOLDBERG, MARTIN, SILVEIRA, 2015).

A nivel legislativo, tanto Argentina como Brasil cuentan con Leyes de Migración que representaron un cambio de paradigma en relación al reconocimiento del derecho humano a migrar, la Ley 25.871 (2004), en Argentina, y la Ley 13.445 (2017), en Brasil. En Argentina, la Nueva Ley Migratoria, sancionada en el año 2004, vino a poner fin a la Ley Videla que se mantenía en vigencia desde la última dictadura cívico-militar. En Brasil, en un proceso similar que recién ocurrió en el 2017 y fruto de muchos años de lucha de los movimientos sociales, logró la sanción de la Ley Nacional de Inmigración, la cual reemplazó el antiguo “Estatuto do Estrangeiro”, también vigente desde la última dictadura militar. En ambos casos, las leyes significaron un cambio de paradigma basado en la consideración del derecho humano a migrar. Como puede observarse, existe un lapso temporal significativo entre la sanción de ambas leyes, lo cual trae, desde mi punto de vista, algunas diferencias en el grado de implementación de las políticas públicas así como también en el grado de politización de las migraciones.

Es necesario señalar que tanto Brasil como Argentina cuentan con sistemas universales de salud caracterizados por una fuerte impronta que otorga prioridad en la atención primaria. En Brasil, el Sistema Único de Saúde (SUS) ofrece esta prestación de servicio de manera descentralizada, a través de las llamadas Unidades Básicas de Saúde (UBS) extendidas a lo largo y ancho de todo el territorio nacional. En su mayoría, estas UBS son gestionadas por Organizaciones Sociales, lo cual genera condiciones laborales diversas para sus trabajadorxs (LOTTA et al)⁸

En Argentina, el sistema de salud funciona también en niveles de atención, siendo la Atención primaria en Salud la estrategia prioritaria de abordaje para la mayor parte de los problemas de salud de las poblaciones. En la CABA, estos centros responsables de proveer los servicios se llaman Centros de Salud y Acción comunitaria (CeSAC) y se encuentran distribuidos en los diferentes barrios de la CABA respondiendo de manera directa al Ministerio de Salud del gobierno de la ciudad.

No es el objetivo de este artículo establecer comparaciones en torno al funcionamiento de los centros del primer nivel de atención en ambos países (aunque queda pendiente una descripción más detallada), sino, más bien, avanzar en el análisis sobre los puntos comunes, que emergieron durante la pandemia, con relación a la población migrante, dado que se trata de centros que poseen características similares en cuanto a los servicios que ofrecen regularmente y, en ambos casos, han sido centros que se mantuvieron abiertos a la comunidad a lo largo de la pandemia.

Mi llegada a Buenos Aires coincidió con la llegada de la variante Ômicron del coronavirus a la región. Es decir, pude acompañar los modos de enfrentamiento, las prácticas y los sentidos otorgados al virus, así como también los modos de testeo y los protocolos sanitarios sobre cómo proceder en cada caso (contacto estrecho con o sin síntomas etc.). Llegué, asimismo, en una fecha marcada por eventos que movilizan masivamente a la población, como los 20 años de

aquel 19 y 20 de diciembre de 2001. La avanzada progresista en América Latina (Boric ganaba las elecciones presidenciales en Chile) y las importantes conquistas recientes en Argentina, como el aborto legal y el cupo laboral trans, se combinaban, no obstante, con una Patagonia rebelde que le decía “no” a la mega minería, incendios a lo largo y ancho del país, el hambre que acecha en los barrios, la violencia policial, la clase media empobrecida y el acuerdo con el Fondo Monetario Internacional que ponía en primera plana una cuestión central: la deuda es con el pueblo.

Durante los meses que estuve realizando trabajo de campo en el Bajo Flores, pude conocer los lugares más profundos de la villa así como también a referentes barriales que trabajan en bachilleratos populares, merenderos y comedores, entre otras.

Me parece importante resaltar un punto que, si bien no será objeto de análisis de este artículo, vale la pena mencionar, relacionado a la politización de las migraciones. Las transformaciones que tuvieron lugar en Argentina de la mano de los movimientos feministas de base y la organización del primer paro feminista en marzo de 2016 (GAGO, 2020) repercutieron fuertemente en las luchas migrantes. Tal como señala Gavazzo (2018), los colectivos y redes de mujeres y disidencias migrantes consolidaron un “bloque migrante” que, bajo el lema “Ni una migrante menos”, crearon alianzas políticas intergeneracionales, reivindicando, al mismo tiempo, cuestiones de género, clase y étnicas/raciales. Por su parte, en este campo de las luchas sociales se destacan algunas demandas que articulan las economías populares y la economía feminista, permitiendo la valorización de las tareas que realizan las mujeres inmigrantes fuera de las economías asalariadas (GAGO, 2020). Esto último se observa en los barrios en donde son las mujeres bolivianas las que gestionan los merenderos y comedores comunitarios (ollas populares). Estos trabajos muestran, a su vez, que las mujeres y disidencias migrantes tienen un papel central como protagonistas en las luchas sociales y en el cuidado del medio ambiente y entorno/barrio en donde viven. Menciono este punto de manera muy breve, puesto que existe una diferencia significativa entre un país y el otro con relación a cómo se articulan las demandas de la población migrante. A su vez, esta politización de las migraciones es una característica que no puede pasarse por alto a la hora de analizar el contexto argentino.

3 MIGRACIÓN, SALUD Y PANDEMIA

Existen varios estudios que analizan los procesos de salud, enfermedad y atención de las poblaciones migrantes con foco en el acceso diferenciado a los servicios de salud pública (LOSCO y GEMMA, 2021) y los procesos de estigmatización a los que estas personas son sometidas (JELÍN, GRIMSON y ZAMBERLIN, 2006). Específicamente, relacionados con la comunidad boliviana,

algunos estudios muestran los impactos de la discriminación racial, nacional y de clase en los procesos salud-enfermedad (GOLDBERG, 2014, BRAGE, 2018, BUZZI y SY, 2020), así como las consecuencias de la violencia patriarcal y racista en salud de las mujeres (LINARDELLI, 2021) enfatizando en las estrategias para afrontar las tareas de cuidado (MAURE, LINARDELLI y ANZORENA, 2018).

En el campo de la salud colectiva, algunas investigaciones comparativas entre São Paulo y Buenos Aires son especialmente relevantes para el tema analizado en este artículo (GOLDBERG y SILVEIRA, 2013; GOLDBERG, MARTIN y SILVEIRA, 2015). Estas investigaciones muestran similitudes con relación a las situaciones de riesgo para la salud como consecuencia de los modos de vida y trabajo en las poblaciones migrantes de origen boliviano.

Para analizar los procesos de salud-enfermedad-atención y cuidados, parto de una noción amplia de salud que no sólo no se restringe a los sistemas sanitarios, sino que, además, se expresa en prácticas concretas, ancladas en tradiciones, saberes y conocimientos ancestrales. Llamo a esto de pragmatismo terapéutico, basándome en una visión praxiográfica, es decir, en los términos de Mol (2002), en “lo que se hace” en concreto para tratar y/o resolver cualquier malestar. En este sentido, arguyo que no es posible escindir los diversos procesos que las personas atraviesan en su vida cotidiana. Así, las tareas de cuidado, el trabajo remunerado, sea en el rubro que sea, la realización de trámites, el trabajo comunitario, las relaciones afectivas etc. no son cuestiones desvinculadas de los procesos de salud/enfermedad. Una mirada integral de la salud, en este sentido, supone entenderla con relación a los diversos procesos que hacen al desarrollo y sostenimiento de la vida (BRAGE, 2022a) y su relación con las estructuras sociales. Esto se ha tornado evidente en la pandemia, en donde prevenir la enfermedad y cuidar de la salud pasaron a ser un asunto cotidiano para la población, todo lo cual, a su vez, se combinó con las posibilidades o no de hacerlo. En este sentido, no estar percibiendo ingresos, no poder retornar al país de origen, no contar con subsidios estatales, no poder cuidar y/o acompañar a personas queridas, junto con el confinamiento y las situaciones de violencia doméstica potenciadas, entre muchas otras, se tornaron factores de riesgo para la salud.

Esto abre algunos interrogantes, ¿Cómo fueron resueltas estas cuestiones en los ámbitos de vida cotidiana de estas personas? ¿Cuáles fueron las estrategias que desarrollaron para resolver, tratar, curar y/o aminorar los problemas que percibían afectando su vida y su salud? ¿Qué redes institucionales y comunitarias se movilizaron?

Estos interrogantes, que ofician como disparadores de asuntos sobre los cuales me interesa indagar, no pretenden respuestas absolutas ni acabadas. Más bien, todo lo contrario. Pretenden abrir preguntas y ampliar el debate sobre estos cruces entre migración y salud.

4 BOM RETIRO Y BAJO FLORES

Los barrios en los cuales llevé a cabo esta investigación poseen algunas características similares con relación a la población que allí reside. Ambos barrios concentran un gran número de migrantes. En el caso de Bom Retiro, se trata de un barrio históricamente habitado por migrantes, primero europeas, luego coreanas y posteriormente, latinoamericanas, siendo la migración boliviana la que más se destaca. Con relación a esta población, vale apuntar que se trata de una migración de larga data, inserta principalmente, aunque no exclusivamente, en actividad económica vinculada a la costura. Al menos en este barrio, la gran mayoría reside en el mismo lugar en donde trabaja. Pese a que en los últimos años la migración boliviana se ha ido expandiendo hacia otras regiones y barrios de São Paulo, Bom Retiro constituye un lugar de importante articulación de redes migratorias, teniendo en cuenta que “los espacios transnacionales de larga data son piezas clave en las dinámicas migratorias” (BRAGE, 2020, p. 6).

Se observa, en este barrio, el amplio uso de servicios públicos por parte de la población migrante, principalmente salud y educación, así como un conocimiento del funcionamiento de las burocracias estatales, que, incluso así, representan importantes trabas para el acceso efectivo a los derechos.

La UBS Bom Retiro se ubica en la región central de São Paulo. Es una de las UBSs en la que funciona el programa “Estratégia Saúde da Família”, dependiente del Ministerio de Salud e implementado a través de las Unidades Básicas de Saúde, según lineamientos del Sistema Único de Saúde, con el objetivo de ampliar el acceso a la atención básica por medio de equipos multiprofesionales. Tal como apuntan Losco y Gemma (2019), en el caso específico de UBS Bom Retiro, la contratación de agentes comunitarias de salud (ACS) bolivianas representó una estrategia que contribuyó a garantizar el acceso y la inserción a los servicios de salud de las personas migrantes. Pude comprobar esto durante mi investigación dado que mi interlocutora principal en la UBS fue una agente comunitaria de salud boliviana. Con ella recorrí el barrio, entré a los domicilios, escuchamos juntas historias muy duras, hablamos sobre ellas, nos contamos historias etc. En las visitas, así como también en los recorridos por el barrio, era notorio el papel central que ella ocupaba. Todas en el barrio la conocían. Cuando la gerente de la UBS nos presentó, me dijo: “ella es una joya de oro”. Y de hecho, lo era.

Ahora bien, sin negar este papel central de las ACS, creo que es importante visibilizar el hecho de que las mujeres ocupan un lugar central en el cuidado y sostenimiento de la vida, y que son las principales gestoras del cuidado de la salud, así como las principales figuras de acción en el mundo burocrático, al articular saberes y prácticas en torno al acceso a la salud, el trabajo, la asistencia social y la educación. Con esto quiero decir que, si bien es importante reconocer el papel estratégico de las ACS, no se puede perder de vista este punto central.

En lo que respecta a la pandemia, mientras otras UBSs cerraron sus puertas o disminuyeron su capacidad de atención durante los primeros meses, esta se mantuvo siempre de puertas abiertas, aún con las restricciones que fueron adoptadas en función de los protocolos sanitarios.

El CeSAC 20, por su parte, se ubica en la Comuna 7 de la CABA en el barrio de Flores, más específicamente en la Villa 1-11-14, popularmente conocida como “Bajo Flores”[3] y localizada en la zona sur de la CABA.

Al igual que en Bom Retiro, en el Bajo Flores también predomina la población migrante de Bolivia de larga data. Este barrio constituye un tipo de asentamiento urbano que recibe la denominación de “villas” y en donde residen poblaciones de bajos recursos.

Este barrio ha sido foco de diversas políticas públicas a lo largo de los años, tanto de vivienda y hábitat, como de salud y educación, las cuales, en su mayoría, fracasaron en los objetivos que se propusieron. El barrio está dividido en manzanas y parcelas. Torres “es la zona más picante” (Conversación personal, trabajador de salud, febrero de 2022). Torres es como se le llama a la zona en donde se erige un habitacional construido por medio de una política pública que consistió en la asignación de viviendas a algunas familias. Por supuesto esto generó varios conflictos en la villa. “Lo que pasa es que demoraron en entregarlos y fueron ocupadas por gente que está hace mucho {sugiro, se possível, completar a frase dia pelo depoente: [...] por gente que está, hace mucho, esperando vacante en proyecto de vivienda (...). Las torres están ok pero no funcionan los ascensores, no hay ni un foquito de luz, abandono total. Ese es el tema con ese tipo de construcción. No hay nadie a cargo del mantenimiento” (Conversación personal, trabajador de salud, febrero de 2022).

Respecto del CeSAC, se trata de un centro construido como demanda de la propia comunidad, hace ya veinticinco años. Los equipos de salud realizan gran parte de sus intervenciones por fuera del centro, tanto en comedores populares como en instituciones educativas y las calles del barrio (CARARO FUNES, 2022). Estas actividades territoriales dependen muchas veces del día a día, dado que el barrio se caracteriza por situaciones de inseguridad permanentes y “balceras” que muchas veces impiden estos abordajes. Por este mismo motivo, el horario de funcionamiento del CeSAC es diferente a otros centros de salud (de 8:00 a 16:00 hs).

Este CeSAC fue uno de los pocos, si no el único, que no dividió a los equipos de salud durante la pandemia, es decir, mientras todos los centros establecieron un sistema de rotación de días y horarios, en este centro todxs lxs trabajadorxs continuaron desempeñando sus funciones, lo cual fue visto de manera muy positiva por todxs ellxs, tanto en lo que respecta a la atención brindada, como al fortalecimiento y apoyo mutuo generado en tanto equipo.

Ambos centros, pues, se caracterizaron por una fuerte articulación con la comunidad y por cumplir un papel central durante la pandemia. El compromiso

de las personas que allí trabajan es de destacarse, así como también las situaciones estresantes que atravesaron, tal como lo muestra la siguiente narrativa de una ACS:

“Estábamos desbordados, no sabíamos qué hacer (...) Acá no paramos de venir. Esperábamos hasta las 10, 11 de la noche una ambulancia (...). Le dábamos todo lo mejor a alguien que sabíamos que probablemente se iba a morir” .

Estas escenas reflejan las condiciones de trabajo en este contexto.

5 CRUCES ENTRE MIGRACIÓN, SALUD Y PANDEMIA

La pandemia COVID-19 representó un evento histórico y disruptivo a nivel global con serias consecuencias para la vida de miles de personas. Si bien nos atravesó a todos, no lo hizo de la misma manera. Sus impactos y consecuencias fueron bien diversas según el contexto en donde se vivió, así como también los modos de sobrellevarla. Para las personas migrantes la pandemia puso a jugar la dimensión material y simbólica de la espera y la movilidad/inmovilidad (BRAGE, 2020), reviviendo memorias y vivencias de sus propias trayectorias migratorias y afectando sus experiencias presentes así como las dinámicas de las redes transnacionales que operan en su cotidiano.

Los migrantes, principalmente mujeres y disidencias, se vieron particularmente afectados en este contexto. Algunas de las problemáticas que he podido acompañar tuvieron que ver con la irregularidad migratoria y la dificultad para acceder a las políticas públicas y beneficios sociales; la desarticulación de las formas de organización (reproducción / producción) de la vida cotidiana y la pérdida de ingresos; el impacto a nivel material y simbólico de los cierres fronterizos (BRAGE, 2020) y la sobrecarga de las tareas de cuidado, vinculado esto último al cierre de escuelas y otros dispositivos.

En Brasil, sumado al desconocimiento general de la Ley por parte de la población brasileña, la xenofobia y el racismo estructural, la pandemia de COVID-19 ha puesto de manifiesto que muchas de las dificultades enfrentadas por estas poblaciones están relacionadas con el hecho de la irregularidad migratoria. No obstante, esta no es una problemática exclusiva de Brasil dado que situaciones similares han sido narradas por parte del equipo de salud en Buenos Aires: “tienen muchos problemas con los documentos falsos, a veces porque le pagan a un gestor que les da un documento duplicado, y luego cuando intentan acceder a algún plan o lo que sea, no pueden” (Médicos, CeSAC, Bajo Flores, febrero, 2022).

Tal como señalan Canelo y Curtis (2022), los migrantes en Argentina sufren trabas administrativas vinculadas al hecho de haber cruzado la frontera de modo irregular, lo cual derivó en impedimento para solicitar el permiso de residencia, ya que el trámite requiere el sello que certifica el ingreso al país por un paso

habilitado y con el visto bueno de los agentes públicos de frontera. Las autoras cuestionan, no obstante el “valor “legitimador” del DNI” (CANELO; COURTIS, 2022, p. 77) en el acceso efectivo a los derechos. Sander y Torem (2020), por su parte, también ponen en cuestión el DNI centrismo que atraviesa el acceso a derechos por parte de personas migrantes en Argentina.

En ambos contextos emergieron narrativas similares por parte de lxs profesionales respecto de las problemáticas enfrentadas por las poblaciones migrantes. Asimismo, en las conversaciones con las propias mujeres bolivianas, también las vivencias narradas estuvieron muy próximas unas de otras.

Respecto de las situaciones narradas, algunas de ellas sucedieron tanto en São Paulo como en la CABA. “Me acuerdo de una señora que había venido a ver a la hija y de repente se tuvo que quedar (...) el marido estaba en Bolivia operándose de un cáncer en la cabeza y en ese contexto que por ahí se morían (...) (enfermera, CeSAC 20, febrero 2022). Otra mujer lloraba y decía: “Me quedó la pierna allá, la pierna (prótesis) no viajó”.

En São Paulo, observé situaciones muy similares. Una doña que manifestó estar deprimida debido a no poder volver a Bolivia: “yo no vivo acá, yo solo vine de visita” (Registro de campo, Bom Retiro, São Paulo) o un joven que quería viajar a Bolivia a llevar las cenizas de su padre recientemente fallecido de Covid y se veía impedido de hacerlo, todo lo cual le provocaba un enorme sufrimiento.

En ambos casos lxs profesionales reconocen la alta presencia de estas poblaciones en el cotidiano de los centros de salud: “lxs bolivianxs son la mitad de la población” (Enfermera, CeSAC 20, febrero de 2022). Esto también fue narrado en la UBS: “Aquí en la UBS atendemos a un público muy grande de inmigrantes, es el perfil de barrio” [traducción propia] (conversación personal, terapeuta ocupacional, UBS, noviembre de 2021).

Desde el punto de vista de lxs trabajadorxs de salud, las familias migrantes son vistas como “más cuidadosas y responsables”, en palabras de una trabajadora del CeSAC. Una psicóloga de la UBS también mencionó que “Tienen una adherencia muy alta con los cuidados, vienen mucho, se preocupan” [traducción propia]. (conversación personal, psicóloga, UBS, noviembre de 2021).

Según refieren lxs profesionales en ambos centros de salud, estas personas sufren aún hoy procesos de estigmatización, racismo y xenofobia por parte de las poblaciones nativas, entre las cuales narran diversas escenas que se dan entre la población nativa y la población boliviana, como la que me fue narrada: “ves cosas que son terribles, comentarios como ‘que espere ella, yo soy argentino, tengo prioridad’ o ‘volvete a tu país’”, (enfermera, CeSAC, febrero, 2022). Estas situaciones de racismo y xenofobia, por parte de la población usuaria del centro de salud, estuvieron más presentes en los relatos del CeSAC. En la UBS, estas actitudes fueron atribuidas a lxs propixs trabajadorxs de la salud y no así a la población en general: “hay un poco de estigma por parte de lxs profesionales de la salud” (terapeuta ocupacional, UBS, noviembre de 2022).

Con relación a las situaciones de riesgo para la salud, en ambos casos estas estuvieron relacionadas con los modos de vida y trabajo precarios, condiciones en las que también vive la población nativa en esos barrios. Sin embargo, según las narrativas, algunas enfermedades, como la tuberculosis, tienen una mayor incidencia en migrantes bolivianxs. En particular, esta enfermedad es un problema muy grande en el barrio del Bajo Flores, dado que fueron narrados problemas en la adherencia al tratamiento, lo cual da lugar a la circulación rápida entre familias que viven en contextos de hacinamiento.

A diferencia de mi trabajo de campo en São Paulo, en donde puede acceder a las viviendas-talleres de estas personas, junto a la agente comunitaria de salud, en Buenos Aires esto no fue posible. En primer lugar, porque las promotoras de salud no recorren los barrios, a no ser que sea junto a los equipos territoriales, debido a que “es muy peligroso” y, por otro lado, porque “es muy difícil que los bolivianos te dejen entrar, a no ser que realmente sea una emergencia o algo grave”, en palabras de una enfermera.

Esto último refleja una característica del barrio, en el cual operan diferentes talleres textiles. No obstante, la costura no es el único nicho laboral en el cual estas poblaciones se insertan: “Trabajan en kioscos y verdulerías y además en talleres, pero no hablan de eso, hablar de trabajo siempre es un tema, no cuentan nada” (Trabajadorx del CeSAC 20, febrero de 2022). Asimismo, un gran número de mujeres se desempeñan realizando trabajos comunitarios en los comedores del barrio. En São Paulo, en cambio, son pocxs lxs bolivianxs que se dedican a otros rubros por fuera del trabajo textil.

Las viviendas precarias son comunes en estos contextos. Mientras en Bom Retiro estas familias suelen vivir en “cortiços” (un tipo de vivienda precaria), en el Bajo: “Viven en esas casitas construidas una arriba de la otra”, lo cual también supone riesgos para la salud, como por ejemplo las “caídas de altura”, las cuales son muy frecuentes en el barrio.

Existe una notable diferencia en cuanto al vínculo con la comunidad entre la UBS y el CeSAC. También fue llamativo el nivel de implementación de algunas leyes como la Ley de identidad de género, siendo que en el centro de salud todos/as los/las profesionales utilizan el lenguaje inclusivo (fonema e). Asimismo, todos los carteles están escritos también en lenguaje inclusivo. Por su parte, la aprobación de la Ley de Interrupción Voluntaria del Embarazo (IVE) trajo cambios significativos en el accionar del centro de salud al poder garantizar el aborto legal seguro y gratuito de toda persona que no desee continuar con su gestación, siendo esto resuelto en el propio centro a través del uso de misoprostol (medicación abortiva) y con acompañamiento interdisciplinario. Para ejemplificar este cambio traigo brevemente una narrativa de una de las profesionales del cesac: “Las bolivianas ahora están abortando. Antes no, ni el DIU se ponían”.

6 EL PAPEL DE LOS CENTROS DE SALUD

Tanto en la UBS como en el CeSAC, la pandemia impuso nuevas dinámicas de trabajo y formas de organización, así como también nuevos horarios y tareas. En este sentido, ambos centros de salud modificaron la forma en que anteriormente recibían a los usuarios, improvisando, en ambos casos, salas de espera externas. Prácticamente toda la dinámica de trabajo comenzó a girar en torno al virus, lo cual operó en detrimento de otras problemáticas que afectan a estas poblaciones.

Por citar un ejemplo, al momento de la pandemia, el Bajo Flores enfrentaba un brote de dengue. Tal como mencionó una enfermera: al principio era dengue, dengue, dengue... y luego explotó el covid (...) se morían de covid, si, pero se seguían muriendo de dengue”. Esto último también fue identificado por Sander y Torem (2020) con relación al CeSAC 19, ubicado también en el Bajo Flores.

Los centros de salud insertos en los barrios de residencia de estas poblaciones han mantenido un papel central como articuladores de soluciones, atendiendo no solo demandas vinculadas al virus sino a todas aquellas que con anterioridad solían ser recepcionadas por otros dispositivos.

Tal como lo expresó una trabajadora social del CeSAC: “todas las instituciones cerraron, las escuelas, la Defensoría, el Centro de Acceso a la Justicia... quedamos nosotros y la gendarmería” (CARARO FUNES, 2022). Fueron varios los relatos vinculados a la falta de servicios públicos disponibles durante la pandemia. Esto último sobrecargó más aún el trabajo de los profesionales de la salud quienes terminaron por contener situaciones diversas que anteriormente se resolvían de manera articulada con otros dispositivos. Las escuelas cerraron y las personas dejaron de circular en ese contexto, quienes continuaron trabajando, profesionales de la salud, se convirtieron en articuladores clave. Los dispositivos orientados al consumo problemático dejaron “en banda” a jóvenes que, a su vez, debieron lidiar con la violencia policial en las calles, vinculado esto a la prohibición de circulación. Tal como señaló una enfermera del CeSAC: “Los pibes quedaron tirados (...) antes había dispositivos pero en la pandemia se fueron todos (...). Sedronar⁹ empezó a atender remoto (...)” (CeSAC, febrero de 2022, comunicación personal). En este sentido, junto a las organizaciones sociales y centros comunitarios, los centros de salud fueron los únicos dispositivos estatales que permanecieron abiertos a la comunidad y, a su vez, la única vía de comunicación con el Estado.

7 CONSIDERACIONES FINALES

En este artículo he intentado analizar de manera comparativa la relación entre migración y salud en el contexto de la pandemia COVID-19, puntualmente basándome en población migrante boliviana que reside en el barrio Bom Retiro,

São Paulo, y en el barrio Bajo Flores, CABA. Intenté explicitar los motivos que me condujeron a realizar esta comparación, fundamentado esto no solo en ser los países de la región que mayor migración boliviana reciben, sino también por mi doble pertenencia, dado que soy argentina residiendo en Brasil.

Me basé en algunas situaciones puntuales que pude acompañar buscando mostrar las semejanzas en las problemáticas narradas, vinculadas a la irregularidad migratoria, a la pérdida de ingresos y al cierre fronterizo y los problemas identificados por lxs trabajadores de la salud.

Por su parte, me propuse mostrar que, en el contexto de la pandemia, ambos centros de salud ocuparon un lugar central de recepción de demandas de estas poblaciones y único interlocutor entre las poblaciones migrantes y el Estado. Esto se correspondió con el cierre de otros dispositivos públicos. Tras haber observado y acompañado diversas situaciones en ambos centros de salud, creo importante destacar el rol fundamental de los mismos y, sobre todo, de algunos profesionales que allí se desempeñan. Muchas líneas de fuga se abren a partir de este breve texto, las cuales espero poder continuar analizando en futuras publicaciones.

Es necesario remarcar que, ante las dificultades diversas enfrentadas por estas poblaciones durante la pandemia, han sido, fundamentalmente, las organizaciones de la sociedad civil y movimientos sociales quienes han tenido un papel central en el enfrentamiento a las dificultades acaecidas por estas poblaciones, garantizando, en muchos casos, la alimentación básica y artículos de primera necesidad, actuando, de este modo, como único apoyo para estas poblaciones.

NOTAS

¹ En este texto he optado por el uso del lenguaje inclusivo como alternativa al lenguaje androcéntrico, binario y sexista y a fin de respetar la autopercepción de género. Utilizaré el morfema “x” por considerar el que mejor se adecúa al contexto etnográfico en cuestión a pesar de reconocer sus limitaciones con relación a personas con discapacidad visual.

² Las Unidades Básicas de Saúde (UBS) son la puerta de entrada al Sistema Único de Saúde (SUS) brasileiro. El objetivo de estos centros es atender hasta el 80% de los problemas de salud de la población, sin necesidad de derivación a hospitales. Se encuentran distribuidos a lo largo y ancho del país garantizando el acceso a la salud pública a toda la población.

³ La investigación-acción constituye un paradigma que busca romper con la tradición epistemológica que fomenta el sentido unidireccional del trabajo científico y una propuesta de participación, colaboración y vinculación con la problemática que se pretende abordar, interviniendo activamente.

⁴ Por mujeres cis me refiero a personas que no son trans y que, por el contrario, se identifican con el género asignado al nacer.

⁵ Lxs Agentes Comunitarixs de Salud son profesionales que integran el equipo multidisciplinario en los servicios de atención primaria de salud y desarrollan acciones de promoción de la salud y prevención de enfermedades, con foco en la educación en salud, en los domicilios y comunidades. Tienen un papel muy importante, ya que son personas que viven en las comunidades donde funcionan las UBS.

⁶ BEPE-PD Fapesp. Processo 2021/09697-0

⁷ Vale señalar que integro la Red MILBI +, de migrantes lesbianas, bisexuales, pansexuales.

⁸ Con relación a este punto, vale señalar que en el mes de noviembre de 2021, la gestión de la UBS pasó a manos de una nueva organización social, lo cual culminó con la salida de la persona que estaba a cargo del centro de salud así como de otrxs trabajadorxs. Situaciones como estas reflejan la precariedad de lxs trabajadorxs de la salud, cuya continuidad laboral depende de las decisiones de las organizaciones sociales.

⁹ La Secretaría de Políticas Integrales sobre Drogas de la Nación Argentina es el organismo a cargo de coordinar políticas públicas enfocadas en la prevención, atención, asistencia y acompañamiento de personas con consumos problemáticos de sustancias, en todo el territorio nacional.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

BOLETÍN OFICIAL DE LA REPÚBLICA ARGENTINA. **DNU 297**: Aislamiento Social Preventivo y Obligatorio. Buenos Aires: República Argentina, 2020.

BRAGE, E. Tecidos comunitários durante a pandemia COVID-19 entre mulheres imigrantes bolivianas em São Paulo. 45º Encontro Anual da ANPOCS, Brasil, 19 a 27 de Outubro de 2021. **Anais**. ANPOCS, 2021.

BRAGE, E. Espera e imobilidade: agenciamentos cotidianos no espaço pandêmico transnacional. **Ponto Urbe** [Online], 27 | 2020, posto online no dia 28 dezembro 2020. URL: <<http://journals.openedition.org/pontourbe/9857>>. DOI: <https://doi.org/10.4000/pontourbe.9857>

BRAGE E. El trabajo “duro” de sostener la vida: reflexiones a partir de una etnografía con mujeres (cis) bolivianas que viven en São Paulo, Brasil en el contexto de la pandemia de Covid-19. **REMHU**, Rev. Interdiscip. Mobil. Hum., Brasília, v. 30, n. 65, p. 33-56, 2022a

BRAGE, E. Tejidos comunitarios en un grupo de mujeres (cis) bolivianas durante la pandemia de COVID-19 en São Paulo, Brasil. **PERIPLOS**, Revista de Investigación sobre Migraciones, 7 [en prensa]

BUZZI, P e SY, A. Itinerarios terapéuticos de mujeres migrantes de origen boliviano en la ciudad de Buenos Aires. **Anthropologica**, 38(44), 187-208, 2020

EQUIPO DE SALUD DEL CESAC N°20 del Barrio Padre Ricciardelli en el Bajo Flores. **Pandemia en el Bajo** (1° ed.). Tipas Móviles Editorial, 2022

CANELO, B y COURTIS, C. Cuestión de papeles: Migrantes y acceso al DNI en tiempos pandémicos en Buenos Aires. **Cuestión Urbana**, N 11, 2022

- GAGO, V. **A potência feminista ou o desejo de transformar tudo**. São Paulo: Elefante, 2020
- GAVAZZO, N. “Ni una migrante menos”: generación y género entre las mujeres migrantes organizadas en Buenos Aires. P. 27-52. In. MEJÍA, M. R. G. (Org.) **Migrações e direitos humanos: problemática socioambiental**. Lajeado: Ed. da Univates, 2018. 207 p
- GAVAZZO, N e NEJAMKIS L. “Si compartimos, alcanza y sobra”. Redes de cuidados comunitarios entre mujeres migrantes del Gran Buenos Aires frente al COVID-19. **REMHU**, Rev. Interdiscip. Mobil. Hum., Brasília, v. 29, n. 61, abr., p. 97-120, 2021
- GOLDBERG, A. Contextos de vulnerabilidad social y situaciones de riesgo para la salud: tuberculosis en inmigrantes bolivianos que trabajan y viven en talleres textiles clandestinos de Buenos Aires. **Cuadernos de Antropología Social**, nº. 39: 91-114, Instituto de Ciencias Antropológicas, Universidad de Buenos Aires. 2014
- GOLDBERG A; SILVEIRA C. Desigualdad social, condiciones de acceso a la salud pública y procesos de atención en inmigrantes bolivianos de Buenos Aires y São Paulo: una indagación comparativa. **Saude Soc**; 2(22):283-97, 2013
- GOLDBERG, A; MARTIN, D; SILVEIRA, C. Por um campo específico de estudos sobre processos migratórios e de saúde na Saúde Coletiva. **Interface-Comunicação, Saúde, Educação**, 19, 229-232, 2015
- HINOJOSA, A, Migración fronteriza bolivianxs en talleres textiles de Buenos Aires y São Paulo. **Cadernos Prolam/USP** 15 (28): pp. 97-107, 2016
- LINARDELLI, M. F. Mujeres migrantes y violencia en Argentina: experiencias e implicancias en la salud/enfermedad/cuidado. **Revista Katálysis**, Florianópolis, vol. 24 p. 342 - 352, 2021
- LOSCO, L.N, GEMMA S.F.B. Atenção Primária em Saúde para imigrantes bolivianos no Brasil. **Interface** (Botucatu). 25, 2021
- LOSCO L.N, GEMMA S.F.B. Sujetos de la salud, agentes del territorio: el agente comunitario de salud en la Atención Básica al inmigrante. **Interface** (Botucatu) 23, 2019
- LOTTA, G.; SCHATAN COELHO, V. y BRAGE, E. How COVID-19 Has Affected Frontline Workers in Brazil: A Comparative Analysis of Nurses and Community Health Workers. **Journal of Comparative Policy Analysis: Research and Practice**, 23:1, 63-73, DOI: 10.1080/13876988.2020.1834857, 2021
- MAURE, G.; LINARDELLI, M. F.; ANZORENA, C. El trabajo de cuidar. experiencias de mujeres migrantes bolivianas en el cuidado de familiares enfermos/as. Pp-163-180. In. GOLDBERG, A.; SILVEIRA, C.; COVIELLO, S. M. **Migração, refúgio e saúde**. Santos: Leopoldianum, 2018.
- PARRA GARCIA, H.; ZEPEDA, C. A. G.; DÍAZ, M. A. Presentación. In. PARRA GARCÍA, et al.; DÍAZ, M. E. (Coords.). **(Trans)Fronteriza: cuando los cuidados interpelan las fronteras: estrategias por el sostenimiento de la vida de las personas migrantes las (in)movilidades en América Latina**. Ciudad Autónoma de Buenos Aires: CLACSO, 2021.

ROSAS, C. Migrantes en Argentina. Desigualdades, luchas y cuidados en el contexto de pandemia. In. PARRA GARCÍA, et al.; DÍAZ, M. E. (Coords.). **(Trans)Fronteriza**: cuando los cuidados interpelan las fronteras: estrategias por el sostenimiento de la vida de las personas migrantes las (in)movilidades en América Latina. Ciudad Autónoma de Buenos Aires: CLACSO, 2021.

SANDER, J.; TOREM, G. (Re)pensar las prácticas territorializadas en Bajo Flores. El equipo migraciones en tiempos de pandemia. **Redes de Extensión**, n. 7, p. 112-115, 3 dic. 2020.

SASSEN, S. **Contrageografías de la globalización**: género y ciudadanía en los circuitos transfronterizos. Madrid: Traficantes de Sueños; 2003

RAMÍREZ SORUCO, A. Vaivenes de los migrantes en tiempos de pandemia - mirada desde Bolivia. **(Trans)Fronteriza**. Ciudad Autónoma de Buenos Aires: CLACSO, N 2, 2020

RESUMEN

El objetivo de este artículo es analizar, de manera exploratoria, las relaciones que se tejen entre salud y migración tomando como punto de partida el contexto de la pandemia COVID-19. A partir de una etnografía desarrollada en centros de salud del primer nivel en São Paulo, Brasil, y la Ciudad Autónoma de Buenos Aires (CABA), Argentina, procuro, por un lado, reflexionar en torno de algunas problemáticas que afectaron a estas poblaciones. En segundo lugar, procuro dar cuenta del papel que ocuparon estos centros de salud en este contexto, al tornarse prácticamente las únicas vías de diálogo con el Estado durante los primeros meses de la pandemia.

Palabras clave: Migración; Salud; Brasil-Argentina; Etnografía comparativa; Pandemia.

RESUMO

O objetivo deste artigo é analisar, de forma exploratória, as relações que são tecidas entre saúde e migração, tomando como ponto de partida o contexto da pandemia de COVID-19. A partir de uma etnografia desenvolvida em centros de saúde de primeiro nível em São Paulo, Brasil, e na Cidade Autônoma de Buenos Aires (CABA), Argentina, procuro, por um lado, refletir sobre alguns problemas que afetaram essas populações. Em segundo lugar, procuro mostrar o papel que esses centros de saúde tiveram, ao se tornarem praticamente os únicos canais de diálogo com o Estado durante os primeiros meses da pandemia.

Palavras-chave: Migração; Brasil-Argentina; Centros de Saúde; Etnografia comparada; pandemia.