

**Cuidados y salud de niñas y niños de la colectividad boliviana que habitan en la ruralidad: sentidos y prácticas de profesionales que las y los atienden en el Cinturón Frutihortícola de General Pueyrredon<sup>1</sup>, Buenos Aires, Argentina**

Guadalupe Blanco Rodríguez

**Resumen**

El presente artículo reconstruye las principales problemáticas, diagnósticos y riesgos que las y los profesionales de la salud que intervienen en una zona del cinturón frutihortícola de General Pueyrredon identifican como asociados al cuidado de las niñas y los niños en los espacios productivos. A partir de un análisis de entrevistas y observación participante realizada en un centro de atención primaria de la salud (CAPS), reconstruimos como, además, recomendamos soluciones para que ese cuidado pueda ser realizado por fuera de los surcos. Retomar estos testimonios me permitió, por un lado, analizar sus perspectivas sobre el cuidado que se realiza en las quintas que, como mostraremos, reproduce algunos estereotipos sobre las y los migrantes. Por el otro, me permitió analizar cómo y por qué el cuidado de las niñas y los niños cuyas familias trabajan en los cinturones frutihortícolas debe ser comprendido como un problema de cuidado y salud colectiva, en el que el Estado tiene una responsabilidad social.

*Palabras clave:* salud, migraciones, trabajo hortícola, cuidados

**Care and health of children from the Bolivian community living in rural areas: professionals' meanings and practices in the Fruit and Vegetable Belt of General Pueyrredon, Buenos Aires, Argentina**

Guadalupe Blanco Rodríguez

**Abstract**

This article reconstructs the main problems, diagnoses and risks that health professionals who intervene in an area of the fruit and vegetable belt of General of General Pueyrredon identified as being associated with the care of children in productive spaces. Based

---

<sup>1</sup> Por ordenanza municipal n.º 6324 del Partido de General Pueyrredón, se respeta la forma original del apellido, por lo que no lleva tilde. Además, nos parece importante destacar que, aunque el lenguaje inclusivo nos parece muy importante, utilizamos lenguaje binario para respetar los modos en que se nombran nuestros entrevistados y nuestras entrevistadas.

on an analysis of interviews and participant observation carried out in a primary health care center (CAPS), we reconstructed how, in addition, they recommend solutions so that this care can be carried out outside the fields. Taking up these testimonies allowed me, on the one hand, to analyze their perspectives on the care that is carried out in the farms that, on which, as we will show, reproduces some stereotypes about migrants. On the other hand, it allowed me to analyze how and why the care of the children whose families work in the fruit belts must be understood as a problem of care and collective, in which the State has a social responsibility.

*Keywords:* health, migrations, rural work, cares

## **Cuidados y salud de niñas y niños de la colectividad boliviana que habitan en la ruralidad: sentidos y prácticas de profesionales que las y los atienden en el Cinturón Frutihortícola de General Pueyrredón, Buenos Aires, Argentina**

Guadalupe Blanco Rodríguez<sup>2</sup>

### **Introducción**

Argentina se caracteriza por ser un país cuya legislación comprende la migración como un derecho humano y, por ello, cuenta con un sistema de salud público que permite a las y los migrantes recibir atención médica, aunque se encuentren en situaciones migratorias irregulares. Ahora bien, aunque las regulaciones migratorias y el sistema de salud son abiertos a ellas y ellos, los estudios sobre su acceso a la salud han evidenciado que sufren desigualdades, no solo en ese acceso, sino también en el trato que reciben en las instituciones. Además, muchas de esas desigualdades tienen un sesgo de género. Estudios previos han demostrado que las y los profesionales de la salud pueden tener miradas estereotipadas sobre la maternidad y el cuidado que realizan las mujeres migrantes, que entran en tensión con las que ellas proponen y les suponen un acceso desigual a ciertos derechos (Caggiano, 2013). En esos contextos, las investigaciones revelan que, aunque con limitaciones, las mujeres migrantes desarrollan estrategias para gestionar su acceso a la salud y también el de sus hijas e hijos (Baeza &

---

<sup>2</sup> Grupo de Estudios sobre Familia, Género y Subjetividades (GEFGS), Universidad Nacional de Mar del Plata (UNMdP) / CONICET. Correo: [guadalupeblancorodriguez@gmail.com](mailto:guadalupeblancorodriguez@gmail.com)

Aizenberg, 2021; Barria Oyarzo, 2021; Cernadas Fonsalías, 2019; Goldberg, 2014; Linardelli & Anzorena, 2021).

Al igual que las investigaciones sobre el acceso a la salud, los análisis del cuidado en contextos migratorios se han desarrollado notablemente en la Argentina (Magliano, 2017a; Magliano & Mallimaci, 2018; Mallimaci, 2019; Pacecca & Courtis, 2010). Principalmente, se destacan los estudios sobre las mujeres bolivianas y paraguayas que viven, trabajan en las grandes ciudades y suelen cuidar y criar a sus hijas e hijos en el marco de esas migraciones, ya sea en la co-presencialidad o a distancia (Magliano, 2013, 2017b; Mallimaci, 2011; Sanchis & Rodríguez Enríquez, 2011; Soto *et al.*, 2012). Estos aportes han sido fundamentales para comprender las experiencias de las mujeres migrantes en la Argentina, su inserción en el mercado de trabajo, sus responsabilidades en el mundo doméstico y las desigualdades que surgen en esos procesos. Además, han sido muy valiosos para comprender no solo las dificultades que tienen las personas migrantes para resolver los cuidados y el acceso a la salud de sus hijas e hijos, sino también para evidenciar su agencia en esos contextos de dificultad. Sin embargo, se han abocado principalmente a analizar contextos urbanos y mujeres migrantes, mientras que las experiencias de las niñas y los niños y, especialmente de quienes habitan en la ruralidad, aún no han sido investigadas en profundidad. Analizarlas es relevante porque las desigualdades que pueden experimentarse por el origen migratorio, el género y la edad, cuando son atravesadas por la ruralidad, pueden agravar las problemáticas que enfrentan las personas para recibir atención médica y cuidados<sup>3</sup> (Blanco Rodríguez, 2023a).

En efecto, en la Argentina, la horticultura se caracteriza por ser un sector con altos grados de informalidad, trabajo no registrado y mano de obra migrante (Benencia, 2017; Benencia & Quaranta, 2003). A su vez, las quintas suelen ser de gestión familiar<sup>4</sup>

---

<sup>3</sup> Entiendo los cuidados como las distintas actividades cotidianas –remuneradas o no remuneradas– que permiten el sostén de la vida y que no tienen límites temporales, ya que se realizan en todo momento (Borderías & Carrasco, 1994; Rodríguez Enríquez & Marzonetto, 2016; Sarti *et al.*, 2018; Vega & Gutiérrez, 2014; Esteban, 2017). En el caso específico de la horticultura, mis trabajos previos evidenciaron que, además de que no tener límites temporales, las tareas vinculadas al cuidado pueden no tener límites ni diferencias espaciales con otras actividades, especialmente con las que se realizan en la quinta, lo que significa una complejización del trabajo de cuidado que se realiza y diálogos específicos con las y los agentes estatales, en este caso, profesionales de la salud (Blanco Rodríguez, 2023a, 2023b).

<sup>4</sup> Me refiero a que el trabajo de cultivo suele ser realizado por las y los integrantes de esas familias, que pueden ser propietarias o alquilar la tierra donde trabajan. Puede haber más de una familia trabajando la

y las personas suelen vivir en los lugares donde trabajan, lo que produce que las niñas y los niños estén en los espacios productivos mientras sus familias cultivan (Blanco Rodríguez, 2023a). Numerosos estudios se han abocado al análisis de la informalidad en el sector, la presencia de trabajadores migrantes y la división sexual del trabajo que supone tareas específicas – remuneradas– para los varones y –remuneradas y no remuneradas– para las mujeres que viven y trabajan en los predios productivos (Ambort, 2019; Ataide, 2019; Benencia & Quaranta, 2003; Bocero & Di Bona, 2013; Linardelli, 2020a, 2020b; Trpin *et al.*, 2016; Trpin & Brouchoud, 2014). Si bien la forma que asume el cuidado a causa de la superposición de las quintas con las viviendas ha sido menos abordada, se ha demostrado que tiene consecuencias específicas en la vida de estas familias y, especialmente, de las niñas y los niños (Blanco Rodríguez, 2023a). En estos espacios de trabajo se utilizan maquinarias, agroquímicos y hay una exposición continua al sol, que requiere el desarrollo de estrategias para garantizar su bienestar. A la vez, las largas jornadas y las tareas hortícolas dificultan poder prestarles atención para evitar que se lastimen, enfermen o tengan accidentes, lo que causa angustia y ansiedad a sus madres (Blanco Rodríguez, 2024).

Por ello, en este artículo indagaré en las consecuencias específicas que el contexto de trabajo y las formas en que se desarrolla el cuidado tienen para la salud de niñas y niños pequeños, que son quienes más tiempo pasan en los surcos por la dependencia que tienen de sus madres. Analizaré las principales problemáticas, diagnósticos y riesgos identificados por profesionales de la salud que trabajan en la zona, lo que me permitirá reconstruir esas posibles problemáticas, pero también los sentidos que construyen cuando el cuidado es realizado por migrantes que trabajan en el sector rural. Las preguntas que guiarán el análisis son las siguientes: ¿qué problemáticas, riesgos y enfermedades identifican y reconocen las y los profesionales de la salud que atienden a las niñas y los niños de la colectividad boliviana que son cuidados en el marco del trabajo hortícola? ¿qué sentidos sobre el cuidado en la ruralidad realizado por migrantes se desprenden de sus intervenciones y prácticas?

---

tierra, y en algunos casos también peones. Lo que me interesa mostrar es que la gestión del cinturón frutihortícola es centralmente familiar y, aunque hay grandes empresas, no son la mayoría. En ese sentido, el cuidado y el acceso a la salud deben pensarse de forma situada y teniendo en cuenta que quienes trabajan allí tienen los recursos que generan a través de esa producción familiar.

Es cierto que la horticultura no es el único sector donde el trabajo de la colectividad boliviana en la Argentina se superpone con la esfera doméstica. Los talleres textiles y los hornos de ladrillos también son sectores productivos donde las personas pueden vivir en los lugares donde trabajan. Tomar a la horticultura como caso permite conocer las experiencias en un contexto migratorio no urbano, donde el acceso a servicios de cuidado y de salud es más complejo y genera dificultades específicas para las familias que los requieren. Mientras que en las zonas urbanas los problemas se centran en el acceso a los cupos y turnos de las instituciones, mis investigaciones previas evidenciaron que, en las zonas del cinturón frutihortícola, la lejanía y la poca oferta de instituciones para la primera infancia, así como la dificultad para acceder a los transportes que permiten llegar a esas instituciones, son problemas centrales que complejizan el cuidado y la atención de la salud (Blanco Rodríguez, 2023a). En relación con esto, el caso de General Pueyrredon es relevante en tanto posee uno de los dos cordones frutihortícolas más grandes del país, luego del de La Plata. Las investigaciones, muchas veces centradas en Buenos Aires y sus alrededores, pusieron el foco en lugares más cercanos a la capital de la provincia, mientras que otros cordones frutihortícolas del interior del país han sido menos analizados. Focalizo en General Pueyrredon porque, a diferencia de La Plata, donde la ciudad y la zona hortícola se encuentran cada vez más entrelazadas por la expansión urbana, en General Pueyrredon continúa habiendo una distancia clara entre la ciudad y las quintas, que dificulta el acceso a servicios y a las instituciones. Esto sucede en un marco en el que el Estado Municipal no se ocupa de las demandas del sector, lo que agrava las problemáticas mencionadas (Blanco Rodríguez, 2022). A su vez, para este artículo, el análisis estará centrado en la localidad más importante del cinturón frutihortícola local, a la que describiremos en profundidad en el primer apartado.

En relación con lo anterior, mis investigaciones previas han demostrado que las formas en las que se realiza el cuidado en la horticultura y los sentidos que se asocian a esas prácticas no solo se definen por las decisiones de las familias o el vínculo con profesionales de la salud. Existen otros agentes estatales como maestras, agentes judiciales, extensionistas y funcionarias y funcionarios municipales que tienen una gran relevancia. Ahora bien, focalizaré en las y los profesionales de la salud porque, aunque

coinciden con otros en que la presencia de las niñas y los niños en las quintas puede ser a causa del “trabajo infantil” y lo constituyen como principal oposición al cuidado, en sus análisis hay una especificidad: señalan que, por ser cuidados en las quintas desde los pocos meses de vida, las niñas y los niños tienen consecuencias directas y a largo plazo en su salud, que pueden traerles dificultades incluso en la adultez. En ese sentido, aportan una mirada del cuidado que no tienen otras y otros profesionales, y que es central para pensar en la salud de las personas en el largo plazo.

Mi hipótesis de trabajo sostiene que las características del proceso productivo en la horticultura podrían tener impactos de distinta índole –accidentes, enfermedades, etcétera– en las niñas y los niños que son cuidados en los espacios de trabajo. Ahora bien, las formas en que las y los profesionales de la salud interpretan esas situaciones puede significar la reproducción de ciertos estereotipos sobre las migrantes y el cuidado que realizan, mientras que explican las desigualdades estructurales en el acceso a otras formas de resolver el cuidado –que no sean tener a las y los niños en los surcos– como problemas familiares individuales. A su vez, el análisis de los sentidos que cada profesional le otorgó a este cuidado en las entrevistas me permite evidenciar que podría analizarse como un problema de salud y cuidado colectivo, en la que el Estado tiene una responsabilidad social. En primer lugar, porque representa un problema para miles de familias a lo largo de todo el país que podrían –en los casos en que aún no han tenido inconvenientes– ver afectada la salud de sus hijas e hijos. En segundo lugar, porque esas familias no tienen los recursos materiales para resolver el cuidado de forma privada. En tercer lugar, porque cuando las niñas y los niños ven afectada su salud por pasar tiempo en los surcos, sus familias son estigmatizadas por haberles brindado un supuesto cuidado “inadecuado”.

Además de la introducción y las conclusiones, el artículo está estructurado en tres apartados. En el primero describo la perspectiva analítica y las estrategias metodológicas utilizadas. En el segundo, introduzco las características del cordón frutihortícola de General Pueyrredon, para describir la localidad que analizo y su centro de salud, la población que lo utiliza y las dinámicas de atención en relación con el sector rural. Por último, en el tercer apartado analizo las problemáticas, riesgos y diagnósticos que los profesionales de la salud vinculan con el cuidado que se realiza en las quintas,

así como los sentidos que despliegan sobre la migración y el trabajo rural en relación con ese cuidado.

### **Breves consideraciones metodológicas**

En este artículo utilizo la interseccionalidad como herramienta analítica para comprender como la co-constitución de los clivajes de desigualdad –origen migratorio, género, clase, edad, entre otras– pueden derivar en múltiples discriminaciones, estigmatizaciones y hasta criminalizaciones que obstaculizan el acceso a los plenos derechos, a la justicia, o a las oportunidades (Asociación para los Derechos de las Mujeres y el Desarrollo [AWID], 2004; Williams Crenshaw, 1991). Por ello, el artículo tendrá una mirada situada en esos clivajes y se valdrá de estrategias cualitativas que permitan reconocerlos y analizarlos. En relación con esto, el artículo retoma la perspectiva de la salud colectiva, que propone una mirada atenta a las desigualdades en las experiencias y necesidades de salud que pueden tener determinados grupos sociales, devenidas de las formas particulares en las que se insertan en el mundo social, en las que los trabajos que realizan tienen un lugar central. En ese sentido, las corrientes de la salud colectiva proponen comprender a la salud como un problema social, para discutir las desigualdades en su acceso (Bertolozzi & De La Torre Ugarte Guanilo, 2012; Casallas Murillo, 2017). Como señalé en la introducción, retomo los testimonios de profesionales de la salud que atienden a los niños cuyas familias trabajan en un cinturón frutihortícola. En este caso, la perspectiva de la salud colectiva también me permitió analizar que las condiciones de trabajo que ellos mismos atraviesan en los centros de salud –y que explicaré en el próximo apartado– también son relevantes para comprender lo que sucede, cómo interpretan el cuidado y cuáles son sus prácticas.

El proceso de construcción de los datos que permitieron la escritura de este artículo se llevó a cabo en el año 2023, a través de la realización de entrevistas a las/os siguientes informantes: una psicopedagoga, dos trabajadoras sociales, tres pediatras y el coordinador del Centro de Atención Primaria de la Salud (CAPS) más importante de la zona del cordón frutihortícola, donde se atienden la mayor parte de las familias que trabajan allí. Muchos pacientes de otros CAPS de la zona del cordón frutihortícola son derivados a este centro cuando requieren atención más compleja. En este caso, cuento

con el consentimiento de los entrevistados para utilizar sus testimonios y no revelaré el nombre de la localidad por confidencialidad de sus identidades. Por el mismo motivo, cuando introducimos sus testimonios utilizaré seudónimos.

En segundo lugar, el artículo retoma escenas obtenidas a través de la observación participante en el CAPS, que llevé a cabo diversos días durante el año 2023. En esas jornadas pude reconstruir la dinámica del Centro de Atención de Salud y comprender cómo circulan por allí los pacientes y el uso que hacen de la institución, para comparar y contraponer con los testimonios de los profesionales. En ese sentido, estas dos herramientas me permitieron tener una mirada más compleja y completa de las experiencias de atención de la salud de la población que analizaré.

### **“Programas hay y a veces son muy lindos, pero después no tenés los recursos entonces te quedas haciendo malabares”: las instituciones de salud del cordón frutihortícola de General Pueyrredon**

El cinturón frutihortícola de General Pueyrredon es el segundo más grande del país, luego del que se encuentra en La Plata. Tiene 25 km de extensión y bordea la ciudad de Mar del Plata. Como señalé en la introducción, muchas de las familias que trabajan en este cordón frutihortícola son de origen boliviano y se desplazaron desde Tarija hacia la Argentina para desempeñarse en trabajos hortícolas. Si bien no existen datos oficiales, las organizaciones de trabajadores rurales y el Centro de Residentes Bolivianos de Mar del Plata estiman que en este cinturón frutihortícola trabajan más de cinco mil familias (Blanco Rodríguez, 2023a). Esa situación generó que muchas personas de origen migrante se instalen en el periurbano del partido y habiten las localidades que conforman el cinturón frutihortícola y las zonas rurales. En concordancia, algunas instituciones escolares de la zona han tomado modelos de educación interculturales y hasta pueden verse distintos espacios de comida chapaca y hasta boliches bailables de impronta boliviana.

La localidad que retomo para el análisis es la más importante de las que conforman el cinturón frutihortícola, ya que es una de las que más habitantes tiene. En esta localidad también hay una reivindicación de la “diversidad cultural”, no solo en las instituciones más importantes como las escuelas, jardines o el CAPS, sino también en otros sectores del espacio público. Hay monumentos y pintadas que recuerdan que en

esa localidad viven migrantes, especialmente de origen boliviano. Basta con transitar las rutas del centro para saber que habitan personas que migraron desde Bolivia, porque además de los murales y pintadas, algunas viviendas flamean en sus techos la bandera del Estado Plurinacional y la de Argentina, una al lado de la otra. Ahora bien, quienes viven allí –y así también lo muestran los datos del censo– dicen que la comunidad chilena es bastante más numerosa que la boliviana. Sin embargo, la presencia más marcada en las intervenciones que mencionamos es la de las bolivianas y los bolivianos, y sus descendientes. Según señalan las y los locales, lo que sucede es que “los chilenos han sabido camuflarse más y no les ha interesado mostrar su diferencia” (Blanco Rodríguez, notas de campo, 2023).

Las instituciones más relevantes de la localidad están en el radio de unas dos manzanas, en el centro. Además de las escuelas, el Centro de Atención Primaria de la Salud es una de las más transitadas, especialmente por la mañana y los lunes, que es cuando atienden todos los especialistas. Desde afuera, el CAPS se ve grande, especialmente en comparación con los que hay en otros barrios del municipio de General Pueyrredon. En las entrevistas, las y los profesionales de la salud indican que eso se debe a que la localidad necesita gestionarse sola porque Mar del Plata, la ciudad cabecera del municipio, queda lejos –un poco más de 17 km conectados por una sola línea de colectivo– y puede volverse inaccesible para las y los locales. Por ello, el Centro de Atención Primaria de la Salud tiene gran variedad de especialistas y, a través de reclamos de la comunidad de la zona y quienes trabajan allí, fue lográndose la incorporación de otras especialidades. También tiene varios consultorios, aunque no los suficientes y la mayoría son compartidos. En algunos casos, deben dejar de atender unos para que puedan atender otros.

El CAPS tiene una división espacial particular que produce que el ala derecha esté siempre concurrida por mujeres con bebés. En esa parte quedaron dispuestos los consultorios pediátricos, el de las trabajadoras sociales y la psicopedagoga. Además de esos consultorios, de ese lado está el ginecológico. En cambio, del otro lado, donde hay consultorios de atención general y para adultas y adultos, algunas jornadas hay varones solos o con sus esposas esperando a ser atendidos. En el caso de las especialidades que involucraban la atención de las niñas y los niños, los varones entraban a buscar a las

mujeres, pero no se quedaban en la sala de espera como ellas. De vez en cuando, les preguntaban: “¿Y?, ¿ya está?”. Esa recurrencia de esperar fuera en las camionetas que me llamó la atención, también me la señaló Elisa, una de las trabajadoras sociales, mientras se reía: “Los quinteros andan apurados, traen a los chicos a los turnos, pero siempre tienen que trabajar... no sé. Se piensan que si se quedan en la camioneta salen más rápido” (Blanco Rodríguez, notas de campo, 2023).

Esa situación que a Elisa le provocó risas y que en un primer análisis podría pensarse como parte de la distribución de tareas hegemónica entre los varones y las mujeres en un plano social más amplio, muestra cómo el trabajo rural –guiado por el tiempo de crecimiento de las verduras y los cuidados que requieren para que no se echen a perder– atraviesa la posibilidad de acceder a las instituciones de salud. Muchas veces, los tiempos de trabajo en la quinta dificultan la concurrencia a las instituciones que, además de estar lejos, tienen horarios que pueden resultar incompatibles con el trabajo de las familias que se dedican a la horticultura (Blanco Rodríguez, 2023c). En ese sentido, la circulación de pacientes por este centro de atención primaria de la salud y la atención que allí se brinda está totalmente atravesada por las dinámicas de trabajo de las personas de la zona y viceversa. Cuando “pueden salir del campo”, las personas llevan a las niñas y los niños a los turnos médicos.

Fui por primera vez a “la salita” un sábado a las 9 de la mañana. Una señora boliviana estaba esperando nerviosa que la atendieran, caminaba de un lado a otro con algunos papeles y recetas en la mano. Luego se sentaba en una de las sillas de la sala de espera, volvía a caminar y preguntaba en la mesa de entrada por el médico y por el coordinador del CAPS. Mientras tanto, la recepcionista le pedía “que se calme, que ya la iban a atender”. En ese momento, Aníbal, el coordinador del centro de salud salió de su oficina para hablar con ella que, en el pasillo y frente a quienes estábamos ahí, contó su problema: su hijo, que tenía una discapacidad, estaba teniendo un problema de úlceras en el estómago y en la boca. La mujer parecía estar acostumbrada a gestionar los medicamentos y turnos, pero ese día estaba muy nerviosa porque si no conseguía para las 10.30 hs. la receta que le faltaba, su hijo “iba a volver a ponerse mal”. En ese momento, también explicó que había ido más temprano, pero el médico le había dicho que “no tenía el sello para hacerle la receta, que fuera más tarde”. En ese momento,

Aníbal fue a consultarle al médico, que le repitió lo mismo que ya le había dicho a ella. Por eso, también terminó pidiéndole que vuelva más tarde (Blanco Rodríguez, notas de campo, 2023). Luego de resolver el episodio, Aníbal se dispuso a conversar conmigo y, mientras íbamos al consultorio, me dijo que esas situaciones suceden todo el tiempo por la gran cantidad y variedad de pacientes que tiene el CAPS y, en relación con eso, me explicó lo siguiente sobre su funcionamiento:

Este centro funciona las 24 horas. Tiene guardia y clínica médica, que también se atiende las 24 horas y durante la semana tenemos consultorios externos de clínica médica, pediatría, servicio social, enfermería atiende las 24 horas, al estar de guardia. Después tenés el plan de niños sanos, que se hacen los controles de salud, del niño enfermo que se atienden los chicos durante la semana. Durante el fin de semana se trabaja por guardia, tenés guardia de clínica médica, de pediatría y de odontología, que la gente va en forma espontánea, se atiende y no tiene que sacar turno. Durante la semana sí, se saca turno. A diferencia de otros centros de salud, (la localidad) es muy particular porque (la localidad) está a una distancia de lo que es Mar del Plata y, en cuanto a salud, no hay otra cosa que no sea esta... no hay consultorio, ni una clínica cerca de acá (Comunicación personal con Aníbal, 2023).

Como explicó Aníbal, salvo las guardias, cualquier atención que se requiera los días de semana es obligatoriamente con turno previo y, generalmente, por la mañana. Sin embargo, muchas veces sucede que las personas concurren sin tenerlos, por distintos motivos. En primer lugar, puede ser por emergencias complejas que, al no haber hospital cercano, recaen en la salita, como sucedió con la mujer de la escena anterior. En segundo lugar, porque todos los turnos deben sacarse por una aplicación de la municipalidad. Muchas veces, por tratarse de zonas rurales, las personas no tienen acceso a señal de teléfono y no logran hacerlo. Por eso, suelen concurrir sin turnos y, aunque los profesionales intentan resolver esas demandas, se generan problemas en la atención. Cabe destacar que, además de ser un CAPS con muchos pacientes, como explicó Elisa, la población con la que trabaja es muy diversa:

Estos años igual... fue como mmm... va cambiando, pero en términos generales, de origen de Bolivia, muchísima gente de Bolivia que viene y que trae a toda su familia, hermanos, tíos, abuelos, todos (se ríe), que trabajan en zonas de quintas o de los hornos de ladrillos. En la estación Chapadmalal hay muchos hornos y trabajan también...trabajan y viven ahí y en las quintas lo mismo. Nosotros abarcamos también todo lo que es la zona de San Francisco y así, que es toda zona de quintas, Ortiz, Boquerón, bueno... Las charitas, todas son quintas, pero bueno de origen de Bolivia y del norte de nuestro país: Misiones, Corrientes.

Ahora, estos últimos años, también ha venido mucha gente acá y bueno, yo lo veo mucho en Estación Chapadmalal es que también empezó a haber mucha gente del Conurbano, como ese movimiento (Comunicación personal con Elisa, 2023).

La diversidad de esa población que asiste al CAPS –que en algunos casos significa flujo de personas que realizan un tipo específico de trabajo, es decir, quinteras y quinteros, trabajadoras y trabajadores de los hornos, etcétera– también genera una diversidad de temas por conocer, qué supone grandes esfuerzos para las y los profesionales de la salud. El hecho de que se acercan personas que se desempeñan en distintos rubros, pero que a la vez requieren atenciones específicas por los riesgos que asumen en esos trabajos, les ha valido formarse en temas que desconocían, como, por ejemplo, los agroquímicos. Ese es el caso de Nora y Elisa, que también participan de actividades que el municipio organiza en torno a la temática. Ahora bien, formarse depende de su propia voluntad y la iniciativa que tengan para hacerlo. Como señaló Elisa, el municipio no les brinda capacitaciones y aunque puede haber algunos programas, suelen tener “la letra escrita”, pero no los recursos para llevarlos a cabo (Blanco Rodríguez, notas de campo, 2023). Esta falta de políticas municipales para la salud en la zona rural coincide con la falta de políticas para la zona rural en general que destacaron referentes de organizaciones de trabajadores rurales cuando los entrevistamos:

Provincia tiene un programa muy piola que se llama "caminos rurales", que es la mejora constante de caminos rurales, ¿no?... no te van a asfaltar, pero si te hacen como un mejorado constante y ellos nos dicen que acá directamente no, no les han dado cabida... como que vinieron a traer la propuesta y no lo pudieron trabajar por una cuestión de voluntad política o de que falte un técnico (...) es clave que haya en el municipio alguien que diga: "che, hay que estar pensando en este sector que es importante también"... no solamente la pesca y el turismo. (Comunicación personal con Eric, 2023)

La escasez de políticas públicas para el sector redonda en que quienes trabajan en él de maneras precarias –sin contratos, licencias, etcétera– también tienen acceso precario a las instituciones de salud, entre otras cosas, ya que, por ejemplo, para acceder al sistema de salud no solo es importante conseguir un turno, sino también contar con caminos transitables que no aislen a la población en épocas de lluvia. A su vez, también supone que quienes ofrecen algún tipo de atención para los trabajadores del sector rural, como las y los profesionales que entrevistamos, realicen sus trabajos de forma precaria,

arreglándose con los recursos que tienen disponibles e intentando organizar el tiempo para atender a todas las personas que concurren al CAPS. Unos días después de conversar con Elisa volví al centro de salud para entrevistar a Nora, una de las pediatras. La esperé media hora, mientras conversaba con algunas mamás que me preguntaban por qué estaba ahí “si no tenía ningún bebé para atender”. Les comenté que estaba esperando a Nora para hablar sobre otras cosas. Por eso, una de ellas me preguntó si podía, ya que Nora iba a ir a buscarme, preguntarle algo. Le dije que sí y me contestó que no se animaba porque no tenía turno, si no podía pedirle que hablara con ella. Cuando le avisé a Nora, le consultó sobre su lactancia. Creía que su leche no estaba haciendo crecer a su bebé, porque “salía muy aguachenta”. Nora le explicó que “eso sucede porque tiene más agua y está bien, porque el bebé igual recibe nutrientes, no te preocupes porque lo que viene después tiene más grasa”. Después, miró su cuaderno pediátrico y le aseguró que “Marcos está creciendo muy bien”. También le dijo que si quería podía sacar un turno para llevarlo y “ver cómo es que él toma la teta para poder ayudarla más” (Blanco Rodríguez, notas de campo, 2023). En ese momento, otras mujeres aprovecharon para detener a Nora y hacerle preguntas sobre sus bebés. Nora tardó unos minutos en volver a hablar conmigo, se disculpó y me explicó que a veces responder dudas cuando las personas no sacan turnos le desorganiza y complejiza mucho el trabajo, pero que prefiere hacerlo porque no sabe si después volverán. En ese mismo sentido, me explicó sobre las consecuencias que puede tener para la salud de las niñas y los niños ser migrantes o hijas e hijos de migrantes:

Si los migrantes se van, no me entero. Que pasa allá después, no sé. Pero cuando se van y vuelven hay una dificultad enorme porque no hay controles de salud en Bolivia. No hacen pesquisa de oído, no hacen pesquisa de sangre, no hacen... eh... laboratorios en general, entonces por ahí el niño viene con desnutrición o viene con un montón de cosas que yo tengo que encontrar la manera de pedir las hoy con un niño más grande. También, muchas veces ya vienen con la enfermedad. Por ejemplo, hipotiroidismo, allá no pesquisan muchas cosas. Entonces acá ya vienen con hipotiroidismo declarado y, bueno, yo eso lo tengo que diagnosticar, buscar... En el materno hemos visto nenes, que los traen las mamás acococho todo el viaje y por ahí tiene un carcinoma gigante y le dijeron que se iba a morir. Tipo: “Hola, te vas a morir”, entonces ellos vienen desde allá hasta acá sabiendo que... que es público y gratuito, y se internan (...) Todo eso es un mecanismo de movimiento importantísimo, desde la familia que tuvo que venir y migrar hasta acá, y dejar el resto de sus hijos allá, y nosotros como sistema de salud que debimos tener una cama disponible para ese paciente y después para pedir la derivación, para que lo acepten en un hospital de mayor

complejidad... estos casos incluso llegan acá a Mar del Plata. ¿Sí?, y no sé por qué no pararon antes. Pero bueno, a veces tienen algún familiar trabajando en las quintas acá que entonces, le dijeron sí, acá es gratis y se vienen acá. Y no saben quién se ocupa de qué en el sistema de salud argentino, entonces sí, vienen hasta acá (Comunicación personal con Nora, 2023).

Antes de finalizar la conversación, Nora explicó que muchas veces llama a las familias para saber dónde están y si se han ido, y para consultarles si siguieron los tratamientos y si han mejorado. En otros casos, según mencionó Elisa, utilizan sus propios autos y recursos para acercarse a las quintas a verificar algunos casos de salud, especialmente si son muy complejos. En ese sentido, en un contexto de sobrecarga de pacientes, requerimientos de formación específica en base a la cercanía con trabajadores de ciertos rubros, turnos improvisados y escasez de recursos que vuelven sus trabajos precarios, las y los profesionales intentan brindar la que creen que es la mejor atención posible. Ahora bien, cuando lo hacen despliegan sentidos específicos sobre el cuidado de las niñas y los niños que se realiza en las quintas. Por ello, me pregunto lo siguiente: ¿cómo interpretan las y los profesionales de la salud el cuidado que reciben las niñas y los niños en las quintas? ¿qué problemáticas y riesgos identifican? ¿qué discursos sobre las y los migrantes, su trabajo y el cuidado que les brindan a los niños establecen en ese marco? ¿cómo se construyen las explicaciones sobre los riesgos y problemas que enfrentan las niñas y los niños?

### **“Situaciones muy delicadas, en todos los sentidos”: los sentidos que las y los profesionales de la salud le otorgan al cuidado**

En esos contextos de atención de la salud que supone condiciones de trabajo precarias y exigidas, las y los profesionales dicen encontrarse con riesgos y problemáticas variadas para las niñas y los niños que son cuidados en las quintas por sus familias. Principalmente, se preocupan por la exposición a agroquímicos que, según indican, en el corto plazo puede generar alergias, dermatitis o problemas respiratorios, mientras que, en el largo plazo, podrían generar distintos tipos de cáncer. En segundo lugar, se preocupan por accidentes cuando se quedan en el sector de la vivienda mientras sus padres trabajan. Sobre esto, en General Pueyrredon se han registrado incendios, ahogamientos, etcétera. Y, si bien los profesionales de la salud no lo mencionaron en las entrevistas, las familias también señalan accidentes con maquinarias

y elementos de trabajo (Blanco Rodríguez, 2022). También, los profesionales del CAPS se preocupan por problemas en el desarrollo de las niñas y los niños. Según me explicaron, muchas veces “están quietos” en el surco mientras sus familias trabajan, lo que puede generar poco estímulo motriz en ellos. Por último, coincidieron en que pueden insolarse o quemarse la piel por estar en la quinta en las peores horas del sol en el verano.

Cabe destacar que las y los profesionales coinciden en no haber tenido demasiados casos de estas problemáticas, por lo que, las identifican como riesgos posibles en términos generales, en base a algunos casos que han sucedido a lo largo de los años. Sin embargo, sostienen que, si alguna vez sucedieron, pueden repetirse. Por eso, trabajan en prevenirlos conversando con las familias y tienen ideas propias sobre cómo creen que debería resolverse el cuidado de esos niños para evitar, especialmente, accidentes fatales. En ese sentido, Nora me explicó lo siguiente:

Son niños que muchas veces están ahí porque viajaron desde otro país y son: mamá, papá, cinco hijos y el nene más grande tiene 10 años y cuida al resto, ¿sí? Ellos dos se van a trabajar porque hay épocas acá donde son fuertes, digamos, que tienen que ver con la primavera-verano y los dos se van a trabajar y por ahí en marzo-abril se termina esa época y los niños empiezan en el colegio, claro, pero mientras, los nenes estaban solos en casa, entonces obviamente hay muchos accidentes domésticos. Algunos fatales... a causa de esta situación sí, y cuando le preguntás después ellos no van a decir: “sí, yo lo dejé solo”, entonces bueno, se crean todas estas situaciones de conflicto entre, bueno, necesitan trabajar para comer y para darle sustento a sus hijos, pero si van a trabajar no tienen quién cuide a los niños. Y obviamente, trabajan en situaciones sin todas las obligaciones que tiene que tener un empleado, no se cumple el régimen laboral y sus derechos de vacaciones, de aguinaldo, un montón de derechos que no tienen (Comunicación personal con Nora, 2023).

Nora identifica que las familias que trabajan en el cordón frutihortícola tienen dificultades para resolver el cuidado de las niñas y los niños. Reconoce que deben trabajar para subsistir y dar un sustento a sus hijas e hijos y que, por eso, suelen arreglarse como pueden para cuidarlos. A su vez, sabe que las personas que trabajan en el cordón frutihortícola lo hacen en condiciones precarias, ya que no se trata de trabajos estables, regulados y con acceso a derechos. Ahora bien, cuando ella y el de las y los profesionales de la salita explican cuáles son las recomendaciones que les dan, se evidencia una individualización del problema estructural de acceso al cuidado que hay en el sector, en las familias:

Les sugerimos que puedan entre ellos organizarse en que siempre haya un referente, entendemos que ellos tienen que trabajar porque es lógico, pero bueno, que los nenes no queden solos. Por ahí hermanitos de 7-8 años al cuidado de los más chiquititos para hacerles la leche, para todo, es un peligro, es una bomba de tiempo. Entonces sé que cada tanto pasan estas tragedias y ahí no nos arrepentimos todos, pero es algo difícil (Comunicación personal con Javier, 2023).

En lo inmediato, los problemas del cuidado podrían resolverse mediante estrategias individuales donde alguien mayor se quede a cargo. Sin embargo, eso supone resignar mano de obra de integrantes de la familia en un sector donde la carga de trabajo suele ser excesiva. En general, trabajar menos no es una opción, en tanto dependen de lo que producen para subsistir y sostener a sus familias en un mercado donde los productos pueden rendir muy poco. La presencia de las niñas y los niños en los surcos –que surge de la necesidad de poder cuidarlos allí mientras la familia trabaja– y los riesgos que eso puede tener para su salud es una problemática en todos los cordones frutihortícolas del país y que se agrava ante la falta de servicios de cuidado, especialmente públicos. En ese sentido, y si bien no es responsabilidad de las y los profesionales de la salud resolverlo, muchas veces, cuando explican por qué las niñas y los niños están en las quintas y las consecuencias que eso tiene para su salud, reproducen miradas estereotipadas respecto de estas poblaciones, que suelen asociar la presencia de las niñas y los niños en las quintas con el trabajo infantil:

Tenemos muchos problemas, yo creo que la educación, y me refiero con esto a educación formal. Las madres son analfabetas en muchos casos, o terminaron solo el primario, así que tienen muy poco... no leen. Y lo que leen lo leen muy escueto. No escriben, entonces los niños que crecen en una familia en la cual la lectura no está, no es parte de su hábito y después bueno, hay una cuestión ahí muy arraigada del trabajo como sustento y entonces bueno, trabaja toda la familia. Sí, nosotros siempre consultamos y la verdad no nos dicen que trabajan, pero hay épocas del año en las que los niños también están en el campo. (Comunicación personal con Nora, 2023)

Este tipo de interpretaciones individualiza las causas de los problemas sociales estructurales –como es el acceso a servicios de cuidado en las zonas rurales o la disponibilidad de algún miembro de la familia que pueda abandonar el trabajo remunerado para cuidar– en sujetos específicos –en este caso, migrantes que realizan trabajos rurales– y sostiene que, muchas veces, por su origen nacional y su cultura, priorizan el trabajo y no el bienestar de las niñas y los niños, o su educación. En ese

sentido, las desigualdades estructurales son interpretadas como problemas individuales, estigmatizando a migrantes que, ante la falta de recursos materiales, resuelven el cuidado de sus hijas e hijos como pueden (Blanco Rodríguez, 2023c).

Cabe destacar que este tipo de interpretaciones y las soluciones que los profesionales les proponen a las familias, en buena medida, se explican por la falta de recursos y políticas para resolver los problemas que se les presentan diariamente. Como explicamos en el apartado anterior, no cuentan con programas de atención que les permitan proponer otras medidas o soluciones a las familias. En algunos casos, las y los profesionales de la salud creen que los empleadores son quienes deberían resolverlo y garantizar los espacios de cuidado:

Pasan accidentes domésticos, accidentes domésticos graves, porque un niño menor no puede estar, obviamente, al cuidado de otro niño menor. Ese niño por ahí en vez de estar estudiando, jugando, trabajando, ahora está con trauma de por vida (...) para mí, la solución, el recurso, lo tiene que dar el empleador. Si sabe que contrata familias con hijos, digamos que es la característica de esos trabajos, tendría que tener una niñera que cuide. Cada 10 niños, hay una niñera cuidando a sus chicos, porque vos sabés que contratás familias, que traés enteras, por muy poca plata a trabajar la tierra, ¿no? Entonces tenés que hacerte cargo como empleador del cuidado... de una guardería, como sucede en otro trabajo formal. Vos garantizás que esa madre se quede con los niños o garantizás el cuidado adecuado para sus hijos (Comunicación personal con Nora, 2023).

Si bien las y los profesionales de la salud piensan y explican al sector frutihortícola como un espacio de trabajo organizado en torno a las figuras de empleado-empedor, lo cierto es que –salvo en muy pocos casos donde hay grandes productores– los vínculos laborales se organizan en base a arreglos familiares y de paisanaje que no pueden ser explicados solo a través de esas figuras. En ese sentido, el trabajo en los cordones frutihortícolas tiene características propias, pero como sucede en los sectores populares, los trabajos a los que se logra acceder pueden ser informales, en el marco de un mercado laboral segmentado en base al género, el origen migratorio, la edad, etcétera. En ese sentido, se trata de productoras y productores que trabajan para sostener a sus familias y no tienen grandes ganancias que permitan crear y solventar espacios de cuidado para las infancias. En general, para resolver el cuidado, requerirían la asistencia del Estado y el acceso a servicios públicos de cuidado.

En efecto, el cuidado de las niñas y los niños requiere de políticas estatales atentas a las desigualdades que atraviesan las personas que realizan este tipo de trabajo.

Los tiempos del trabajo rural, la lejanía con las instituciones que intervienen el cuidado de las niñas y los niños, la superposición de las viviendas con las quintas y la centralidad que tiene el trabajo familiar son características específicas del sector que deben tenerse en cuenta para presentar una mirada compleja de las formas que asume el cuidado de las niñas y los niños en la horticultura. Esto cobra relevancia en un contexto en el que no solo las y los profesionales de salud lo muestran como una preocupación. Como hemos analizado en estudios previos, las madres de las niñas y los niños atraviesan situaciones de angustia y miedo por la exposición de sus hijas e hijos a accidentes (Blanco Rodríguez, 2024).

Cabe destacar que la resolución del cuidado y las formas en que se realiza siempre están en disputa, en tanto pueden convertirse en formas de control de ciertas poblaciones (Epele, 2007, 2012). Como mostramos, los profesionales de la salud pueden reproducir estereotipos que estigmatizan a las y los migrantes, y sus formas de cuidar y que individualizan las desigualdades en el acceso a los cuidados como responsabilidades de las familias. En ese sentido, que los problemas que se producen en el binomio salud- cuidado en las zonas productivas requieren de recursos y políticas públicas no necesariamente significa tomar posturas intervencionistas para llevar a las niñas y los niños a espacios de cuidado fuera de las quintas, como sucede en sectores centrados en espacios urbanos. Tampoco implicaría analizar la problemática suponiendo de antemano que se necesitan guarderías para evitar que las niñas y los niños trabajen.

Especialmente, porque las problemáticas que las y los profesionales y las familias reconocen como consecuencia de la superposición de espacios son distintas: los primeros se preocupan por el trabajo que podrían realizar las niñas y los niños, los accidentes y las consecuencias sobre la salud en un sentido amplio; las familias se preocupan centralmente por los accidentes y las consecuencias en la salud (Blanco Rodríguez, 2022). En ese sentido, analizar el cuidado de las niñas y los niños en el sector requiere un estrecho diálogo con quienes trabajan en el sector frutihortícola y atenta contra sus necesidades. Ahora bien, esto constituye un problema previo al de la resolución del cuidado. Nuestro trabajo de campo evidenció que, cuando se trata del sector frutihortícola, el tratamiento y el debate público de las problemáticas –especialmente en torno al trabajo de las niñas y los niños, su salud, cuidado y la

informalidad del trabajo– suele realizarse sin consulta a los trabajadores que, cuando están, son puestos en un rol de quienes deben aprender las formas que se suponen correctas de cuidar y trabajar que, en general, los agentes estatales construyen de forma socio centrada y en base a sus propias experiencias laborales en el Estado, lo que produce una desatención a las experiencias situadas de las y los migrantes en los mercados de trabajo (Blanco Rodríguez, 2023b).

### **Reflexiones finales**

En la Argentina, el sector frutihortícola se caracteriza por una amplia cantidad de quintas que son gestionadas a través de mano de obra familiar. Esto produce que las viviendas de quienes trabajan allí estén dentro de los espacios productivos y, en un contexto de difícil acceso a las instituciones de cuidado, las niñas y los niños –especialmente pequeños– pasan tiempo al cuidado de sus madres en los surcos. Como mostramos, las y los profesionales de la salud expresan que esa forma de resolver el cuidado puede tener diversas consecuencias en la salud de las niñas y los niños. Esas consecuencias, principalmente los accidentes, también son una preocupación para las familias trabajadoras.

Cómo analizamos, las y los profesionales de la salud entienden la resolución del cuidado de las niñas y los niños como un problema familiar individual y establecen algunos criterios que, según creen, les permitirían cuidarlos por fuera de los surcos y evitar las afectaciones en la salud. Cuando establecen estos criterios, sus explicaciones reproducen estereotipos sobre las y los migrantes –que prefieren el trabajo a la educación de sus hijas e hijos–, y no reconocen que la falta de acceso al cuidado por fuera de los espacios de trabajo es un problema estructural en el sector. En algunos casos, también señalan que quienes contratan familias deberían hacerse responsables de garantizar el cuidado de las niñas y los niños. Sin embargo, la mayor parte de las quintas se gestiona de manera familiar y no se trata de grandes empresas que puedan solventar esos costos. En ese sentido, la agricultura familiar y sus trabajadoras y trabajadores dependen, en buena medida, de las políticas públicas.

Es cierto que, como señalamos, el cuidado y la salud son categorías que están en disputa, especialmente cuando se trata de poblaciones que históricamente han sido

construidas como no deseadas, como son las y los migrantes limítrofes que llegan hacia la Argentina. Muchas veces, las formas hegemónicas en que las y los profesionales de la salud entienden que las niñas y los niños deben ser cuidados pueden funcionar como estrategias para intervenir sobre estas poblaciones que son estigmatizadas sin tener en cuenta las desigualdades materiales y habitacionales que afectan sus condiciones de vida y trabajo. Ahora bien, aunque en este caso me aboco a los profesionales de la salud, las madres de las niñas y los niños también sienten angustia cuando creen que sus hijas e hijos están en peligro –especialmente por accidentes que han sido fatales– y sobre los que hemos trabajado en investigaciones previas (Blanco Rodríguez, 2022).

En ese sentido, el cuidado de las niñas y los niños en las quintas hortícolas se presenta como un problema de salud colectiva en el que el Estado tiene una responsabilidad social, en tanto afecta a miles de familias que no cuentan con los recursos para resolverlo, mientras que reciben los estigmas por haber brindado un “cuidado incorrecto” cuando alguna de estas problemáticas afecta a sus hijas e hijos. Dar cuenta de esto no significa proponer miradas intervencionistas sino, al contrario, supone tomar en cuenta las experiencias, emociones y problemáticas que enfrentan las personas desde sus propias perspectivas. En ese sentido, construir respuestas institucionales situadas, interculturales y atentas al contexto en que se realiza el cuidado resulta central.

Por último, esto no solo significa una mejora en las condiciones de vida y trabajo de quienes encuentran sustento en los cordones frutihortícolas. Como mostró este artículo, quienes trabajan en las instituciones de salud de la zona lo hacen de forma precaria y sin los recursos y programas necesarios para atender las especificidades que surgen del trabajo de estas poblaciones. Se forman en esas temáticas en base a su esfuerzo, utilizan su dinero y vehículos para desplazarse cuando es necesario y, en ese contexto, intentan brindar la que creen es la mejor atención para cada paciente. Por ello, diseñar políticas de cuidado y salud situadas no sólo significa considerar las perspectivas de las familias: implica también comprender que la ruralidad requiere de recursos específicos para las y los profesionales de la salud.

## Referencias bibliográficas

- Ambort, M. E. (2019). Género, trabajo y migración en la agricultura familiar: Análisis de las trayectorias familiares, laborales y migratorias de mujeres agricultoras en el cinturón hortícola de La Plata (1990-2019) [Tesis de Maestría, Universidad Nacional de La Plata]. Memoria Académica - Repositorio Institucional de la FaHCE-UNLP.
- Ataide, S. (2019). Género y migraciones. Un estudio sobre mujeres migrantes tarijeñas en torno al mercado de trabajo hortícola de Apolinario Saravia en la provincia de Salta. *Mundo Agrario*, 20(43), e107. <https://doi.org/10.24215/15155994e107>
- Asociación para los Derechos de las Mujeres y el Desarrollo (2004). Interseccionalidad: Una herramienta para la justicia de género y la justicia económica. *Revista Derechos de las Mujeres y Cambio Económico*, 9(8), 1-8.
- Baeza, B. & Aizenberg, L. (2021). Aportes para pensar la interculturalidad en el campo de estudio de la salud del migrante. El caso de mujeres migrantes andinas en Argentina. *Revista de Filosofía y Teoría Política*, 51(31), eO31. <https://doi.org/10.24215/23142553e031>
- Barria Oyarzo, C. S. (2021). Entre doctorcitas y paisanas: Etnografía del (no) cuidado en la gestión cotidiana de políticas sanitarias en una ciudad de la Patagonia argentina [Tesis Doctoral no publicada]. Universidad Nacional de San Martín.
- Blanco Rodríguez, G. (2022). Migraciones y cuidado en las quintas hortícolas de General Pueyrredon. Entre el "trabajo infantil" y los accidentes. *Periplos. Revista de pesquisa sobre migrações*, (6), 185-210.
- Blanco Rodríguez, G. (2023a). *La casa en el trabajo y el trabajo en la casa. Migraciones, trabajo familiar y género en la horticultura de General Pueyrredon*. Universidad Nacional de Quilmes.
- Blanco Rodríguez, G. (2023b). Trabajo, migración, cultura y desigualdad. Encuentros entre trabajadores hortícolas y agentes judiciales en General Pueyrredon. *Papeles de trabajo, la revista electrónica de la ESCUELA IDAES*, (17), 69-85.
- Blanco Rodríguez, G. (2023c). Trabajo doméstico, de cuidado y para el mercado en las quintas hortícolas de General Pueyrredon. Jerarquías y segregación por género. *Descentrada*, 7(2), e210. <https://doi.org/10.24215/25457284e210>
- Blanco Rodríguez, G. (2024). "Sufridos y botados". Migraciones, cuidado y emociones en el cordón frutihortícola de General Pueyrredon, Argentina. *Quinto Sol, revista de Historia*, 28(2), 1-20.
- Benencia, R. (2017). *Inmigración y economías étnicas. Horticultores Bolivianos en Argentina*. Editorial Académica Española.
- Benencia, R. & Quaranta, G. (2003). Reestructuración y contratos de mediería en la región pampeana argentina. *European Review of Latin American and Caribbean Studies*, (74), 65-83. <https://doi.org/10.18352/erlacs.9704>

- Bertolozzi, M. R. & De La Torre Ugarte Guanilo, M. (2012). Salud colectiva: Fundamentos conceptuales. *Salud Areandina*, 1(1), 24–36.
- Bocero, S. & Di Bona, A. (2013). Mujeres asalariadas en el cordón frutihortícola marplatense. Trabajo, trabajadoras y hogares. *Revista Huellas*, (17), 233–258.
- Borderías, C. & Carrasco, C. (1994). Introducción: las mujeres y el trabajo: Aproximaciones históricas, sociológicas y económicas. En C. Borderías, C. Carrasco y C. Alemani (Eds.) *Las mujeres y el trabajo. Rupturas conceptuales* (pp. 15-110). Economía Crítica.
- Caggiano, S. (2013). Madres en la frontera: Género, nación y los peligros de la reproducción. *Iconos. Revista de Ciencias Sociales*, (27), 93-106.
- Casallas Murillo, A. L. (2017). A Medicina Social-Saúde Coletiva Latino-Americanas: Uma Visão Integradora frente à Saúde Pública Tradicional. *Revista Ciências de la Salud*, 15(3), 397–408.
- Cernadas Fonsalías, C. V. (2019). Maternidades migrantes y cuidados de la infancia en el ámbito sanitario de la Ciudad de Buenos Aires (2005-2015) [Tesis Doctoral no publicada]. Universidad Nacional de Buenos Aires.
- Epele, M. (2007). La lógica de la sospecha. Sobre criminalización del uso de drogas, complots y barreras de acceso al sistema de salud. *Cuadernos de Antropología Social*, (25), 151-168.
- Epele, M. (2012). Sobre o cuidado de outros em contextos de pobreza, uso de drogas e marginalização. *Mana*, 18(2), 247-268.
- Esteban, M. L. (2017). Los cuidados, un concepto central en la teoría feminista: aportaciones, riesgos y diálogos con la antropología. *Quaderns-e de l'Institut Català d'Antropologia*, 22(2), 33-48.
- Goldberg, A. (2014). 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*, (39), 91-114.
- Linardelli, M. F. (2020a). “Mujeres nada más quieren”. Condiciones de trabajo productivo y reproductivo de mujeres migrantes en el agro de Mendoza. *Revista Punto Género*, (14), 71-96.
- Linardelli, M. F. (2020b). Recorridos migratorios de mujeres vinculados con el trabajo agrícola en Mendoza (Argentina). *Si Somos Americanos. Revista de Estudios Transfronterizos*, 20(2), 139-160.
- Linardelli, M. F. & Anzorena, C. (2021). Cuidar, gestionar, esperar. Estrategias de mujeres migrantes ante contextos restrictivos de acceso a la atención sanitaria. *Jangwa Pana*, 20(2), 206-224.
- Magliano, M. J. (2013). Los significados de vivir múltiples presencias: Mujeres bolivianas en Argentina. *Migraciones Internacionales*, (7), 165-195.

- Magliano, M. J. (2017a). La migración de las mujeres bolivianas: Proyectos familiares, roles de género y trayectorias migratorias en Córdoba. En M.J. Magliano y A.I. Mallimaci (eds.) *Las mujeres latinoamericanas y sus migraciones* (pp. 5-11). Eduvim.
- Magliano, M. J. (2017b). Las trabajadoras invisibles: Experiencias laborales de mujeres migrantes en Argentina. *Revista Latinoamericana de Antropología del Trabajo*, 1(1), 1-23.
- Magliano, M. J. & Mallimaci, A. I. (2018). Mujeres migrantes en la argentina. Los desafíos en el ejercicio de la ciudadanía, género y diversidad sexual. *Revista institucional de la defensa pública de la ciudad autónoma de Buenos Aires*, (8), 125-137.
- Mallimaci, A. I. (2011). Migraciones y géneros. Formas de narrar los movimientos por parte de migrantes bolivianos/as en argentina. *Estudios Feministas*, 19(3), 751-775.
- Mallimaci, A. I. (2019). Experiencias de mujeres migrantes en la ciudad de Buenos Aires. *Migraciones Internacionales*, 5(12), 47-66.
- Pacecca, M. I. & Courtis, C. (2010). Género y trayectoria migratoria: Mujeres migrantes y trabajo doméstico en el área metropolitana de Buenos Aires. *Papeles de población*, (63), 156-185.
- Rodríguez Enríquez, C. & Marzonetto, G. (2016). Organización social del cuidado y desigualdad: El déficit de políticas públicas de cuidado en Argentina. *Revista Perspectivas de Políticas Públicas*, 4(8), 103-134.
- Sanchis, N. & Rodríguez Enríquez, C. (2011). *Cadenas globales de cuidado. El papel de las migrantes paraguayas en la provisión de cuidados en Argentina*. ONU.
- Sarti, R., Bellavitis, A. & Martini, M. (2018). *What is work? Gender at the crossroads of home, family, and business from the early modern era to the present*. Oxford.
- Soto, C., González, M. & Dobreé, P. (2012). *La migración femenina paraguaya en las cadenas globales de cuidados en Argentina: transferencia de cuidados y desigualdades de género*. ONU.
- Trpin, V., Brochoud, M. S. & Rodríguez, D. (2016). Desafíos en el abordaje del trabajo rural en el norte de la Patagonia: Mujeres en forestación, horticultura y fruticultura. *Trabajo y Sociedad*, (28), 267-280.
- Trpin, V. & Brouchoud, S. (2014). Mujeres migrantes en producciones agrarias de Río Negro: Aportes para abordar la interseccionalidad en las desigualdades. *Párrafos Geográficos*, 13(2), 108-126.
- Vega, C. & Gutiérrez, E. (2014). Nuevas aproximaciones a la organización social del cuidado. Debates latinoamericanos Presentación del Dossier. *Íconos, revista de Ciencias Sociales*, 18(50), 9-26.
- Williams Crenshaw, K. (1991). Demarginalizing the intersection of race and sex: A Black Feminist Critique of Antidiscrimination Doctrine, Feminist Theory and

Antiracist Politics. En K. Barlett & R. Kennedy (eds.) *Feminist Legal Theory. Readings in law and gender* (pp. 50–64). Routledge.