

## **Cultura y salud migratoria: miradas comparativas entre profesionales sanitarios y mujeres migrantes bolivianas\***

Culture and the health of migrants: comparative views between healthcare professionals and Bolivian migrant women

Brígida Baeza\*\*

Universidad Nacional de la Patagonia, Argentina.

Lila Aizenberg\*\*\*

Universidad Nacional de Córdoba, Argentina.

Carlos Barría Oyarzo\*\*\*\*

Universidad Nacional de la Patagonia, Argentina.

**Cómo citar este artículo:** Baeza, B., Aizenberg, L. y Barría, C. (2019). Cultura y salud migratoria: miradas comparativas entre profesionales sanitarios y mujeres migrantes bolivianas.

*Si Somos Americanos*, 19(1), pp.43-66.

DOI: 10.4067/S0719-09482019000100043

\* El presente proyecto ha sido financiado con los aportes de los siguientes proyectos y entidades: Brígida Baeza cuenta con el aporte del Proyecto de Investigación 1215 "Movilidades y migraciones limítrofes recientes en la cuenca del Golfo San Jorge", Sec. de Ciencia y Técnica, UNPSJB, y del Plan "Territorio y memoria en grupos indígenas quechuas en contextos de desigualdades sociales. Migrantes provenientes de Cochabamba (Bolivia), en la cuenca del Golfo San Jorge, Caleta Olivia (Santa Cruz) y Comodoro Rivadavia (Chubut)"; Lila Aizenberg con los aportes del Plan "El cuidado de la salud/salud reproductiva de las mujeres migrantes bolivianas en la provincia de Córdoba"; Carlos Barría Oyarzo, con los de la Beca Interna Doctoral del CONICET (2016-2021).

\*\* Doctora en Antropología, CONICET-Universidad Nacional de la Patagonia, San Juan Bosco, Argentina. Correo electrónico: brigida\_baeza@hotmail.com

\*\*\* Ph.D. en Sociología, CONICET-Universidad Nacional de Córdoba, Argentina. Correo electrónico: lilaizen@hotmail.com

\*\*\*\* Licenciado en Psicología; doctorando en Antropología Social, CONICET-Universidad Nacional de la Patagonia, San Juan Bosco, Argentina. Correo electrónico: carlosbarriaoyarzo@hotmail.com.

---

## Resumen

Este trabajo analiza las percepciones de equipos sanitarios y de mujeres migrantes bolivianas en torno al cuidado de la salud en las ciudades de Córdoba y Comodoro Rivadavia, Argentina. Se trató de un estudio descriptivo y analítico que utilizó una metodología cualitativa basada en entrevistas en profundidad y observaciones participantes. El trabajo evidencia la visión culturalista y esencialista de la salud que caracteriza la mirada estereotipada de los equipos sanitarios en torno a las mujeres migrantes, la cual invisibiliza las condiciones estructurales de desigualdad social. En este escenario, las migrantes desarrollan racionalmente una serie de estrategias mediante las cuales recurren a prácticas de autoatención del cuerpo y a redes comunitarias como forma de superar dichas desigualdades. La perspectiva interseccional permite poner en relieve los diversos ejes de desigualdades que atraviesan la salud de las mujeres migrantes en contextos sanitarios restrictivos, así como los sentidos e implicancias que estas variables tienen sobre las particularidades que adquieren el cuidado de su cuerpo y la salud.

*Palabras clave:* migración, salud, cultura.

## Abstract

This paper analyzes the perceptions of healthcare teams and Bolivian migrant women of healthcare in the cities of Córdoba and Comodoro Rivadavia, Argentina. This descriptive and analytical study used a qualitative methodology based on in-depth interviews and participant observation. It demonstrates the culturalist and essentialist vision of healthcare that characterizes the stereotypical views of healthcare teams in regard to migrant women. Said views can obscure the structural conditions of social inequality. In this scenario, migrants rationally develop a series of strategies where they resort to self-care practices and community networks as a way to overcome said inequalities. The intersectional perspective highlights the foci of inequality that intersect the health of migrant women in restrictive healthcare contexts, as well as the meanings and implications that these variables have on the particularities associated with their physical care and health.

*Keywords:* migration, healthcare, culture.

## Introducción

Un elemento que ha atravesado fuertemente las explicaciones sobre la situación de salud de las personas en los contextos migratorios ha sido la cultura (Viruell-Fuentes, Miranda y Abdulrahim, 2012). Las distancias culturales o la llamada ‘barrera cultural’ –entendida

como las diferencias entre las concepciones y enfoques sobre el cuidado de la salud y la enfermedad entre proveedores y usuarios— ha sido señalada como una de las principales causas de la mala calidad de salud de las poblaciones migrantes, las relaciones de desconfianza entre profesionales y usuarios/as, la falta de acceso a los sistemas de salud modernos de los migrantes, la baja *performance* en el cuidado de la salud y la dificultad en el ejercicio de los derechos a la salud en general (Aizenberg y Baeza, 2017; Aizenberg, Rodríguez y Carbonetti, 2015; Baeza, 2013; Cerrutti, 2011; Goldberg, 2014; Jelin, Grimson y Zamberlin, 2006).<sup>1</sup>

Si bien la cultura ha sido incorporada reiteradamente en los estudios sobre salud migratoria, todavía no ha sido lo suficientemente problematizado en qué medida influyen las diferencias culturales en las prácticas de atención sanitaria en relación con los grupos migrantes, en este caso particular relativo a las mujeres migrantes bolivianas. Por un lado, los grupos migratorios han sido principalmente leídos en clave nacional, lo cual no solo ha invisibilizado sus características étnicas, sino que ha llevado a tomarlos como colectivos culturalmente homogéneos. Desde aquí se han generado interpretaciones basadas en la idea de que los/as migrantes comparten una cultura común en función de su país de origen que los lleva a desarrollar determinados comportamientos en salud en los países de destino (Alegria et al., 2004; Lara, Gamboa, Karhamanian, Morales y Hayes Bautista, 2005).

### *La mirada de la cultura*

Mientras que algunos estudios han demostrado que la llamada “aculturación” o “asimilación” al modelo de salud deseado por los países receptores ha llevado a empeorar los resultados en salud (Escarce, Morales y Rumbaut, 2006), otros han señalado que la cultura traída desde el país de origen ayuda a los grupos migrantes a cuidar su salud, incluso a tener mejores indicadores en salud que las poblaciones nativas (Waldstein, 2006). En esta línea, también, la ‘aproximación intercultural’ ha surgido como un eje clave de las políticas sanitarias para reducir las barreras culturales entre proveedores de servicios y poblaciones migrantes (Albó, 2004), pero desconociéndose las heterogeneidades culturales y étnicas entre ambos grupos, así como las relaciones de poder y desigualdades que históricamente han caracterizado la relación médico-paciente (Menéndez, 2006).

En el caso argentino, si bien los grupos de profesionales de la salud reparan en el problema de las “barreras culturales”, se construyen estereotipos en ‘clave nacional’ (Baeza, 2013),

---

1 Estudios realizados en España e Italia muestran situaciones similares en que los migrantes deben enfrentar dificultades, discriminación, entre otros problemas, generándose imágenes estereotipadas en el sistema de salud (Comelles, Allué, Bernal, Fernández-Rufete y Macarela, 2009). En particular, una investigación realizada con migrantes marroquíes mostró que los trastornos psicosomáticos, como consecuencia del ‘duelo migratorio’, son mayores en las mujeres, por poseer menos inserción en el espacio público, entre otros motivos (Alonso, 2009). En otros casos, el enfoque se destinó al análisis de los factores culturales en materia de salud y enfermedad, en los que, desde una perspectiva interdisciplinaria, se presentan distintas investigaciones abocadas principalmente al análisis de los procesos específicos que se contemplan en el estudio sobre ‘lo cultural’ en relación con la salud (Comelles y Perdiguer, 2000).

---

bajo los cuales las mujeres migrantes son homogeneizadas o encasilladas casi a la fuerza, a partir de su adscripción étnica o cultural (Caggiano, 2008) y de representaciones cargadas de un fuerte contenido peyorativo/valorativo que ha asociado históricamente a la mujer boliviana con la sumisión y la docilidad (Magliano, 2009). En este sentido, sobre las mujeres recayó históricamente el peso de las estructuras patriarcales de la colonización a las que le siguieron el peso del patriarcado moderno con la indianización de las mujeres (De la Cadena, 1992). Sumemos a este proceso el avance del modelo higienista occidental que fue consolidando el carácter profiláctico de la higiene personal (Vigarelo y Ferrán, 1991), en que –para el caso argentino– la asociación de indio-sucio se fue legitimando mediante clasificaciones estatales que ubicaron a ‘los blancos’ como prolijos y limpios (Baeza, 2009).

Una vez en los países de destino, se produce un proceso que refiere a dos momentos vinculados entre sí; uno referido a las marcaciones diacríticas que los demás grupos refieren a ‘los bolivianos’, ‘los paraguayos’, entre otros grupos estigmatizados, y, por otro lado, desde adentro, el reforzamiento de lazos y relaciones que se generan al ‘estar juntos’ y que se resignifican y profundizan en los nuevos lugares de residencia. Así, frente a la adversidad “los inmigrantes tienden a asumirse – y muchas veces a organizarse– como etnias, aislándose en espacios sociales específicos” (Cardoso de Oliveira, 2007, p. 15). De la relación entre la producción de lo habitual y lo vivido aparece lo cultural, en principio como aparatos de trazado que producen mapas o redes que realizan configuraciones específicas de pertenencia y, en un segundo momento, los aparatos culturales generan mapas a través de la producción de otredad; que son aparatos de otrificación. La producción de otredad adquiere dos formas diferentes: la producción de diferencia y la producción de distancias (fronteras). Esto sugiere que lo cultural participa en una articulación particular de cuestiones de valor y en una relación particular con ella en la medida en que son mapas de valor que producen otredad, lo cultural aparece como un mapa de valor y a la vez como productor único de valor. (Grossberg, 2012, p. 50)

Desde el modelo biomédico, por ejemplo, esto ha sido condensado en la manera en que se ha contemplado a la enfermedad como algo objetivo, preexistente y externo a la cultura, nunca como una compleja construcción a partir de la experiencia o encuentro con el contexto vivido, donde la cultura y lo cultural están puestos en la esfera de los otros, así como con las deficiencias de la atención que surgen de tales demandas (Mariano, 2008).

La manera en que la noción de cultura ha sido utilizada en el campo migratorio, argumentamos, ha contribuido a perpetuar imaginarios y representaciones culturalizadas y estereotipadas en torno a los migrantes que han influido negativamente en su atención. Estas imágenes no solo no han permitido dar cuenta de las realidades complejas y cambiantes que viven los migrantes en torno al cuidado de su cuerpo (Gregorio Gil, 2015), sino que ha limitado la posibilidad de analizar las distintas barreras que ellos afrontan para ejercer el derecho a la salud. A partir de la sanción de la nueva Ley de Migraciones 25.871

en el año 2003,<sup>2</sup> la academia ha demostrado que migrantes sudamericanos que viven en el país están expuestos a altos índices de vulnerabilidad, malas condiciones de vida y limitado acceso a los servicios sanitarios. Los migrantes sudamericanos en Argentina se caracterizan por tener bajos niveles educativos, condiciones desfavorables de vivienda, escaso acceso a los servicios de infraestructura básica y condiciones laborales extremadamente precarias e insalubres que influyen de forma negativa en sus niveles de salud y en los de sus familias (Goldberg, 2014; Pantelides y Moreno, 2009). En el caso específico de las mujeres, los estudios han señalado que las migrantes de origen boliviano son el grupo con más altos niveles de vulnerabilidad en relación con el cuidado de su salud y el que más obstáculos enfrenta para acceder a un sistema sanitario de calidad. Además de las dificultades que tienen como migrantes, las mujeres bolivianas enfrentan obstáculos derivados de factores asociados a su clase social, al género y a su pertenencia étnico-cultural (Aizenberg, Rodríguez y Carbonetti, 2015; Cerrutti, 2011; Jelin, Grimson y Zamberlin, 2006).

A partir de este contexto, este artículo busca analizar las percepciones de equipos sanitarios y de mujeres migrantes bolivianas en torno al cuidado de la salud en las ciudades de Córdoba y Comodoro Rivadavia, Argentina. Se analiza cómo opera el discurso biomédico sobre las mujeres migrantes desde una mirada que busca recuperar los distintos mecanismos y relaciones de poder que construyen un determinado tipo de cuerpo y sexualidad, y que se expresa con particular relevancia en la construcción étnica y racial que se ha hecho en torno a la mujer migrante boliviana (Gregorio Gil, 2015). Por otro lado, se indaga sobre cómo las migrantes reconfiguran las representaciones de la salud y del cuidado del cuerpo en los lugares de destino dentro de un contexto sanitario caracterizado por una multiplicidad de barreras de acceso, materiales y simbólicas, al sistema de salud. A partir de estas construcciones se busca profundizar en algunas reflexiones interpretativas sobre los sentidos que adquiere la ‘cultura’ para los actores que forman parte del sistema sanitario y cómo estos influyen sobre sus prácticas.

El trabajo concibe a las mujeres como agentes sociales, privilegiando su capacidad en la recreación de los saberes transmitidos y en las redes comunitarias como fuentes de transmisión étnica, cultural y de apoyo mutuo para el cuidado de su salud (Anthias, 2006). En el pasaje de un tipo de vida rural al modo de vida urbano se olvidan forzosamente o se silencian determinados componentes de la memoria vinculados al cuidado de la salud durante el contacto con los servicios sanitarios, los cuales pueden activarse en ámbitos privados, familiares o comunitarios (Aizenberg y Baeza, 2017). En este sentido, consideramos fundamental recuperar el aporte de Sayad (Gil Araujo, 2010) para analizar la

---

2 Desde el punto de vista normativo, esta investigación se enmarca en la nueva ley que rige en materia de migración en la Argentina. Desde el 2003, a través de la Ley de Migraciones N° 25.871, el Estado argentino reconoce el derecho a la migración como un derecho humano esencial que debe ser garantizado bajo los principios de igualdad y universalidad, estableciendo que toda persona migrante tiene derecho a gozar de las mismas condiciones de protección que las personas nativas. En lo que respecta al derecho a la salud, en su artículo octavo la nueva ley establece que “no podrá negársele o restringírsele en ningún caso el acceso al derecho a la salud, la asistencia social o atención sanitaria a todos los extranjeros que lo requieran, cualquiera sea su situación migratoria”.

---

experiencia social del migrante como totalidad, no solo como inmigrantes, sino también como emigrantes, lo cual nos lleva a considerar en el campo de la salud aquellos componentes provenientes del modo de entender la salud y la enfermedad propia de las comunidades de origen y aquellos provenientes del sistema médico hegemónico del país de proveniencia. Así, los años de residencia en Argentina, la proveniencia rural o urbana, la lengua predominante, entre otras variables, resultan fundamentales para pensar en la problematización de asimetrías y jerarquizaciones que predominan en la atención hospitalaria.

En este sentido, el trabajo plantea como un eje clave de análisis la teoría de la interseccionalidad, la cual ha sido escasamente utilizada en el campo de la salud migratoria para analizar los discursos de los profesionales de la salud que atienden a mujeres migrantes. Esta perspectiva nos permite explorar, comprender y cuestionar los mecanismos discursivos con los cuales se construye la mirada del equipo sanitario, así como las intersecciones –de clase, de género, de nacionalidad, étnicas/raciales– que atraviesan sus opiniones, valoraciones y prácticas. Asimismo, la interseccionalidad nos permite indagar y analizar cómo las mujeres bolivianas resignifican, ocultan y activan prácticas culturales en la necesidad de sortear las distintas situaciones de desigualdades que encuentran en el sistema sanitario.

El desarrollo de la interseccionalidad ha señalado que el género, el origen étnico-racial y la clase social, entre otras clasificaciones sociales, interactúan y se imbrican en las realidades sociales y materiales de la vida de las mujeres, configurando determinadas relaciones de poder y produciendo/reproduciendo un entramado múltiple de desigualdades sociales y relaciones de dominación social (Lugones, 2008; Stolke, 2004). En las migraciones internacionales, las clasificaciones de género, clase social, origen nacional, raza, etnia, la condición migratoria y las políticas sanitarias son sin duda aspectos que influyen directamente en las experiencias y trayectorias en salud de las mujeres migrantes, la manera en que se accede a servicios sanitarios, así como los obstáculos o facilitadores que atraviesan el cuidado de su salud. En ese sentido, buscamos abordar la cultura como campo de disputa, donde lo cultural no resulta algo problemático que desembarca en la biomedicina a partir del contexto de la migración, sino como un elemento que atraviesa también la identidad y la práctica biomédica y que se pone de manifiesto con mayor fuerza en los encuentros con la población migrante, configurándose como una variable explicativa más de los des/encuentros en la atención sanitaria intercultural (Mariano, 2008).

En una primera parte, el artículo desarrolla los aspectos metodológicos y el contexto de los casos empíricos seleccionados. En una segunda parte, trae la aproximación teórica de la interseccionalidad como base teórica para explicar empíricamente la importancia que demanda una mirada profunda sobre la manera en que profesionales construyen su discurso en torno a la ‘cultura’ en la atención de mujeres migrantes bolivianas, así como la forma en que mujeres resignifican prácticas durante el cuidado de su salud en el contexto migratorio.

## Aspectos metodológicos y de contexto

Se trata de un estudio descriptivo y analítico que utilizó una metodología cualitativa, con un enfoque comparativo entre las ciudades de Córdoba y Comodoro Rivadavia, siendo pertinente para conocer ‘desde dentro’ los procesos sociales para luego ser tematizados (Cardoso de Oliveira, 1996). De este modo, se siguió un enfoque multilocal (Marcus, 2001) en el que se puso en perspectiva el conflicto identificado que interesa a esta investigación, el cual atraviesa diversos espacios y discursos en dos ciudades argentinas, reconociendo por un lado a profesionales sanitarios y por otro a migrantes bolivianas. Las técnicas de recolección de información estuvieron constituidas por 12 entrevistas en profundidad con efectores de salud; cinco entrevistas y cuatro charlas con mujeres migrantes; observaciones participantes en hospitales, centros de salud y espacios de vivienda de la población migrante, realizadas en diferentes etapas, entre los años 2013 y 2017. Las personas con las que se trabajó fueron informadas de los objetivos de la investigación, de su participación voluntaria y anónima,<sup>3</sup> prestando su consentimiento informado de manera oral, circunscribiéndonos a los lineamientos para el comportamiento ético en ciencias sociales y humanas de CONICET (Resolución N° 2857/06).

Para el caso de Comodoro Rivadavia, se recuperan notas del trabajo de campo realizadas en el centro hospitalario que concentra la atención de mayor complejidad y la realización de partos y cirugías en la ciudad, y en dos Centros de Atención Primaria de Salud (CAPS) a través del acompañamiento en la tarea cotidiana de trabajadoras comunitarias de salud en terreno, que se constituyen en Chubut a través de la profesionalización de la labor de ‘agentes sanitarios’ (Chubut, 2009). Recuperamos entrevistas realizadas a profesionales en estas instituciones (dos médicos ginecólogos, una médica pediatra, un médico generalista, una licenciada en obstetricia, un equipo de trabajadoras comunitarias), así como charlas y el registro de encuentros con trabajadoras comunitarias y cuatro mujeres bolivianas que viven en zonas denominadas ‘asentamientos’ de Comodoro Rivadavia, dos de ellas provenientes de zonas rurales de Cochabamba (una de la zona rural de Sucre y la otra de la ciudad de Tarija). El gran número de efectores de salud entrevistados son migrantes, de clase media, de entre 30 y 50 años de edad, que provienen de provincias del norte argentino, algo que se incentiva desde la administración estatal, dada la escasez de recurso humano capacitado en especialidades médicas en la ciudad. Por otro lado, las trabajadoras comunitarias son todas mujeres de clase media, nacidas en la ciudad o en otras localidades de la provincia, que realizan un curso anual de capacitación para ingresar al sistema de salud y/o una tecnicatura superior en salud comunitaria impartida en la ciudad.

Para el caso de Córdoba, se recuperan entrevistas realizadas a profesionales de salud de un CAPS ubicado en un asentamiento con un importante número de familias de origen

---

3 Los nombres presentados en este artículo fueron modificados con el fin de resguardar la identidad de las personas participantes.

---

boliviano de la periferia de la ciudad y de un hospital general de referencia de la red hospitalaria pública de la ciudad (una enfermera, una psicóloga, dos trabajadores sociales y dos ginecólogas-obstetra). A su vez, se incluyen entrevistas realizadas a cinco mujeres bolivianas que viven en Córdoba al momento de la entrevista, dos de ellas provenientes de regiones rurales de La Paz y Potosí, y tres de sectores urbanos de La Paz y Cochabamba. También se incluye una entrevista en profundidad a una referente de la comunidad andina en Córdoba asociada a la defensa de los derechos de las migrantes. En el caso de los equipos de salud de Córdoba, se trata de personas de clase media de entre 30 y 50 años, profesionales, nativos de la ciudad.

En ambas ciudades, las mujeres migrantes con las que se trabaja pertenecen a grupos étnicos generados, en muchos casos, en el contexto migratorio a partir de la adscripción nacional, identificándose generalmente al interior de los grupos como hablantes de quechua o aymara. En estos grupos predominan relaciones de reciprocidad a través de la construcción de espacios compartidos de vivienda y trabajo. Asimismo, estos grupos tienden a ser etnicizados y racializados desde lugares de poder (Briones, 2005).

Los temas abordados a través de las entrevistas en profundidad con efectores de salud fueron la caracterización de su práctica, la descripción de la población con la que trabajan y las dificultades y fortalezas para el acceso a la salud de migrantes. En las entrevistas y charlas con mujeres migrantes se buscó indagar en las formas de cuidado de la salud, posibilidades e imposibilidades en el contexto migratorio, relaciones con el sistema público de salud y relaciones con otras/os migrantes. Asimismo, a través de la observación se buscó llevar un registro de los espacios de vivienda, interacciones con efectores de salud y algunas prácticas curativas. Las personas que participaron del estudio fueron contactadas a través de las instituciones de salud que se presentaban como centros de referencia en los barrios descritos, por lo que fue un muestreo intencional que se concentró en buscar profesionales que trabajaran con población migrante. Las migrantes en algunos casos fueron contactadas a través de la relación con efectores de salud y en otros a través de referencias por vínculos en estos barrios. Los datos recolectados se codificaron según categorías emergentes, pudiendo encontrarse similitudes y puntos de comparación entre los diferentes contextos y grupos identificados. Posteriormente se realizó una codificación analítica e interpretativa, a través de la cual se pudieron contrastar nuestros supuestos de trabajo.

En Argentina, la presencia migratoria proveniente de países limítrofes tiene una larga trayectoria. Ya desde mediados del siglo XX, el Censo Nacional de 1947 mostró un crecimiento de los flujos migratorios provenientes de países limítrofes, tendencia que se consolidó durante la segunda mitad del siglo pasado y se ha mantenido hasta la actualidad. Según datos del Censo Nacional de Población, Hogares y Vivienda del año 2010, del total de población extranjera residente en el país, 81,47% está representado por personas migrantes de países limítrofes. Desde fines de esa última década del siglo XX, la provincia



de Córdoba se ha convertido en uno de los destinos elegidos por la población migrante sudamericana. Según datos del último Censo Nacional de Población de 2010, del total de la población extranjera que vive en la provincia de Córdoba, cerca del 75% proviene de América del Sur, y el colectivo más grande en términos numéricos es el boliviano, seguido por el peruano y el paraguayo. En la ciudad de Córdoba, la comunidad boliviana ha provenido principalmente de los departamentos de La Paz, Potosí, Tarija y Cochabamba, ocupando espacios de trabajos precarios e informales en espacios laborales vacantes. En el caso de las mujeres bolivianas, la vida laboral es diversa; mientras que algunas se insertan en trabajos de horticultura, floricultura o de fabricación de ladrillos, que las llevan a asentarse en zonas rurales o periurbanas, otras realizan actividades de cuidado, servicio doméstico, textiles o vinculadas a la venta en ferias de las zonas urbanas.

La migración boliviana en Córdoba registra dos principales olas: quienes se movilizaron hacia mediados del siglo XX y quienes lo hicieron desde las décadas de 1980 y 1990 en adelante. Mientras que los primeros, especialmente varones, llegaban a la ciudad de Córdoba en búsqueda de mejores condiciones laborales y educativas, en la década de 1980 y 1990 este colectivo tenía un carácter eminentemente familiar, el cual se ha movilizado en busca de mejores condiciones generales de vida en el marco de un contexto neoliberal y pérdida de beneficios sociales y del empleo en América Latina (Magliano, 2009). Esta ‘segunda ola’ migratoria llevó a la aparición de corrientes más pequeñas y a la formación de asentamientos nuevos que se fueron consolidando en el sur de la Argentina, como la ciudad de Comodoro Rivadavia.

La ciudad de Comodoro Rivadavia, ubicada en el sur de Argentina, basa su economía en la monoproducción de la extracción de petróleo. Esta se encuentra dentro de los lugares elegidos por los migrantes por presentar menores fricciones que aquellos lugares donde el capitalismo ha generado encuentros heterogéneos y desiguales que pueden llevar a nuevas configuraciones de la cultura y el poder. En cierto modo, sustituyen los ‘lugares clásicos’ como Buenos Aires, Mendoza, Córdoba, entre otras grandes urbes de Argentina, que en ocasiones representan una ‘primera parada’, pero que forman parte de un desplazamiento que se extiende a lugares como las ciudades de la cuenca del Golfo San Jorge, donde se encuentra Comodoro Rivadavia. La composición poblacional se complejizó aún más en el transcurso del denominado segundo ‘boom petrolero’ que se desarrolló entre 2004 y 2008, con la llegada de otros grupos migratorios limítrofes, tales como bolivianos y paraguayos. Los datos del Censo Nacional de Población, Hogares y Vivienda del año 2010 arrojaron un total de 180 mil habitantes en la ciudad. De 16.653 migrantes, corresponde a migrantes limítrofes la cifra de 14.544, siendo mayoritario el número de chilenos: 10.682, seguidos por bolivianos: 2.421, paraguayos: 1.221, y 385 peruanos, entre otros. En el caso particular del grupo de migrantes bolivianos, se trata de familias que llegan por redes de paisanaje, y en su mayor parte provienen de la zona rural de Cuchupunata/Punata (Provincia de Cochabamba, Bolivia). Mayormente se emplean en el rubro de la construcción, el trabajo

---

en empresas de procesamiento de productos ligados a la pesca marítima, el comercio callejero y en el mercado de frutas y verduras, actualmente en expansión.

La precarización laboral y las condiciones de vida que padecen las mujeres migrantes tanto en Córdoba como en Comodoro Rivadavia, han repercutido fuertemente en sus experiencias de vida en el lugar de destino, incluyendo la dimensión de la salud y la salud reproductiva. Especialmente, si tomamos en cuenta la pirámide de población, la cual muestra que el grupo más nutrido es el de 25-34 años de edad, es de esperar que las necesidades en salud reproductiva y la búsqueda de atención propia y para los demás integrantes de su familia sean un aspecto altamente relevante en la vida de las mujeres migrantes (Cerrutti, 2011). Los servicios de salud y sus programas tienden a visibilizar e intervenir particularmente sobre la salud sexual y reproductiva de las mujeres. Asimismo, son estas quienes acuden al sistema de salud y sobre quienes recaen las tareas de cuidado, generalmente en relación con otras mujeres.

## **Análisis**

### **La mirada de los profesionales sanitarios sobre la salud de las mujeres migrantes bolivianas**

Las entrevistas realizadas para este estudio dan cuenta de que las mujeres bolivianas, a pesar de que son reconocidas en ‘clave nacional’, son primeramente interpeladas en ‘clave indígena’ a partir de una lectura étnica basada en una construcción particular de su cultura y de la manera en que esta influye sobre su salud. Las ‘diferencias culturales’ entre pacientes bolivianas y argentinas o entre las primeras y otros colectivos aparecen como la primera explicación para dar cuenta de las características más salientes de las bolivianas que llegan a los servicios, así como de las prácticas que ellas desarrollan en el ámbito sanitario. En esta construcción, las características étnicas o culturales de las migrantes son entendidas como la primera causa de la falta de comunicación con las mujeres y la principal barrera para la atención, especialmente en la posibilidad de asegurarse de que la paciente haya entendido correctamente las indicaciones y la información ofrecida. En este sentido, se interpretan los fracasos del sistema o la dificultad para impartir un tipo de atención deseada como un problema cultural de las personas, problema que, lejos de considerar las condiciones estructurales que rodea la salud de la paciente, está puesto en la esfera de los comportamientos individuales, en este caso atribuido a la (falta de) higiene, la pasividad/sumisión de las bolivianas y a su escasa comunicación/expresividad. En este contexto, el silencio como resistencia a las asimetrías que se desarrollan en la relación médico/a-paciente es una de las respuestas por la cual optan las mujeres bolivianas, similar a la que brindan las mujeres aymaras en el norte de Chile; donde el silencio –lejos de representar pasividad y sumisión– se presenta como posibilidad de acción, de presencia, generando una frontera al cuerpo andino, donde el dominio de los mecanismos del Estado

no logra acceder a los conocimientos de las mujeres aymaras que siguen desarrollando sus prácticas curativas al interior de sus hogares. Esta situación muestra que los programas de salud intercultural que lleva adelante el Estado chileno, no logran trabajar de modo mancomunado con quienes poseen los conocimientos ancestrales del mundo andino (Carreño Calderón, 2018).

En general, la percepción del equipo de salud [sobre las bolivianas] es la higiene. Es un rechazo principal. La otra cosa es el lenguaje, lo idiomático. Los ritmos son diferentes. Ellas son más tranquilas, más pausadas; no hacen muchas preguntas o se quedan esperando; no se animan a preguntar si necesitan algo. A uno le genera mucha impotencia el hablar y no saber qué pasa del otro lado. (Juana, ginecóloga-obstetra, Córdoba, entrevista, 2013)

En la misma línea, en el caso de Comodoro Rivadavia, los profesionales señalan: “Las bolivianas no nos entienden, porque es otra cultura, porque si bien hablan castellano, hay palabras que no las entienden porque no las usan” (Camila, licenciada en Obstetricia, Comodoro Rivadavia, entrevista, 2016).

Hay una diferencia muy grande con las nativas. Pero yo creo que es comunicacional, o sea, al no entendernos el castellano, el que hablamos nosotros... y no les hablamos en términos médicos, ni nada por el estilo, o sea... ellas al hablar otro idioma, no entienden el nuestro [...] Las pautas culturales son terribles, son terribles, terribles, terribles, sobre todo son pacientes que por el interrogatorio vos no sabes el número de documento, no podés saber su grupo de sangre, si tuvo algún antecedente, si tuvo alguna enfermedad, usan otros términos, entonces... se nota mucho, se notan mucho las pautas culturales. (Gustavo, médico ginecólogo, Comodoro Rivadavia, entrevista, 2015)

Interesante resulta observar cómo las diferencias culturales no solo forman parte de la caracterización que se hace sobre las mujeres que llegan a los servicios, sino que también funcionan como mecanismos de disciplinamiento que operan en la manera en que el sistema sanitario se erige frente a la mujer migrante boliviana en su afán de transformar hábitos y costumbres ‘nativas’ para moldear otros hábitos o costumbres acordes a los parámetros esperados por el sistema médico argentino. Como nos explica una profesional:

“A veces las cosas no funcionan bien, y uno echa la culpa al paciente por su forma de ser” (Marta, referente de la comunidad migrante en Córdoba, entrevista, 2013). En la misma línea, una trabajadora comunitaria nos comenta en relación con los cuidados de los niños recién nacidos: “los vendan [las mujeres bolivianas] a los bebés, les vendan los pies, quedan duros... le ponen una moneda en el ombligo... y nosotras le decíamos: ‘Eso no lo tenés que hacer mamá, eso no es sano’ (Daniela, trabajadora comunitaria, charla, Comodoro Rivadavia, 2016).

Muchas veces, los cuidados y la atención de salud a través de saberes tradicionales o populares son desestimados o manifiestamente proscritos por los efectores de salud. Parte

---

de esta explicación se relaciona con el tipo de construcción que se hace de la cultura del otro/a, la cual no solo está pensada como un obstáculo para la atención, sino como un elemento capaz de ser modificado y hasta ‘mejorado’. Un ejemplo de esto es la no utilización de métodos anticonceptivos de algunas migrantes, lo cual es entendido como un problema cultural a ser modificado.

Algunas requieren un cuidado de anticoncepción, porque dejan todos los hijos que vienen por una cuestión de cultura o algo, que no vienen a consultarnos. Entonces, por un asesoramiento de las trabajadoras comunitarias se vienen acá, para que nosotros les demos algún anticonceptivo, para el cuidado. (Luis, médico ginecólogo, Comodoro Rivadavia, entrevista, 2016)

Esta forma de mirar a quien migra, sostenemos, está basada en una interpretación de la cultura sustancializada (Appadurai, 2001), como un conjunto de actitudes, valores y comportamientos individuales (Parsons, 1951) que esconde y a su vez reproduce desigualdades sociales. Este proceso, que en los relatos de los profesionales aparece como neutral, está impregnado de miradas normativas de género y de clase etnizadas que buscan encasillar a la migrante dentro de parámetros esencializadores y biomédicos propios del sistema sanitario argentino. Parte de esto se observa en el relato siguiente, en que la cultura es confundida con el nivel educativo. Se interpretan los comportamientos de las mujeres bolivianas bajo una perspectiva valorativa, imprimiéndose en el discurso un sentido normativo respecto de los comportamientos que las mujeres deberían adquirir con el fin de demarcar diferencias y establecer jerarquías de clase basadas principalmente en el nivel de instrucción: “La diferencia con las argentinas es el nivel de instrucción; la boliviana es sumisa, principalmente elemental; esa es la característica cultural; habla poco y no podemos entenderla” (Gabriela, psicóloga, Córdoba, entrevista, 2013).

Son cultas y muy educadas. No tienen ningún dialecto, así que nos entendemos a la perfección. [...] Al ser universitaria, chicos, ya notas mucho la diferencia. El parto duele a la boliviana, a la culta, a la ingeniera, a la latina y a la argentina, a todas, pero se nota la diferencia. (Gustavo, médico ginecólogo, Comodoro Rivadavia, entrevista, 2015)

El peruano es más limpio y está más ducho; se cuida y controla más; es de otra clase social. El peruano busca o exige, conoce sus derechos, mientras que el boliviano lo podés atender en el pasillo y no dice nada, son más pobres. (Amelia, trabajadora social, Córdoba, entrevista, 2013)

El criterio homogeneizador que atraviesa la forma de percibir a las mujeres y a su cultura desconoce las trayectorias o las necesidades particulares de las mujeres. En este sentido, se establecen las diferencias, se remarcan aquellas cuestiones negativas que estarían obstaculizando el vínculo médico-paciente o subyacen concepciones de cultura exotizada (Meñaca, 2004), donde se recuperan visiones que sugieren lo instintivo de determinados modos de practicar, como por ejemplo la alimentación del recién nacido: “Lo que tienen de bueno las bolivianas es la lactancia materna [...] Ellas todo el tiempo con la teta, que es lo

mejor, viste. Y ellas al pie del cañón con eso. La tienen re clara con eso” (Equipo de Salud Comunitaria, Comodoro Rivadavia, entrevista, 2016). La lactancia materna sería el único ámbito en el que no se presentan inconvenientes, ya que para los agentes de salud esta práctica es deseable y objeto de promoción:

Las bolivianas tienen muy buen instinto de dar la teta. Vos ves que agarran a su bebé y enseguida agarran. Es su primer hijito capaz, vos no sabes cómo hacen, porque vos no le explicaste nada. Bueno, pero eso ¿qué es?: es cultural. Ellas lo ven todo el tiempo. Todos sus hijos, todos sus familiares, ven que dan la teta, porque es lo más sano; evitas un montón de enfermedades. (Camila, licenciada en Obstetricia, Comodoro Rivadavia, entrevista, 2016)

Hay cuidados de la salud y actitudes preventivas de la mujer boliviana que la argentina no tiene. El tema de la lactancia materna, por ejemplo, casi el 100% da leche materna exclusiva que la argentina no tiene. Tienen otro tipo de hábitos, la mayoría no fuma, no toma alcohol en el embarazo; en ese sentido tiene más actitudes saludables que la mujer argentina... (Mariela, médica, Córdoba, entrevista, 2015)

El dar de mamar –práctica que para otros grupos de madres se debe ‘enseñar’–, en este caso es revalorizado como virtud. Sin embargo, remite a una concepción rígida sobre la cultura de estas mujeres que ‘mágicamente’ solucionan la alimentación de sus hijos. En este modelo, la relación médico-paciente queda planteada en una relación asimétrica y ahistórica, en la que se establecen relaciones de poder, donde el lugar del paciente está caracterizado por su vulnerabilidad y sumisión, y en el que se omite incluir las características y trayectorias propias de las pacientes. Si se trata de grupos subalternizados, tal como es el caso de mujeres que provienen del ámbito rural de Bolivia, se potencia en tanto ‘otro cultural’, quedando reducido y subsumido a las normas establecidas en el sistema de salud argentino:

Habitualmente, cuando nos referimos a los colectivos migrantes sudamericanos, se plantea una relación de asimetría: yo te recibo acá, pero vos tenés que vivir con mi forma, con mis leyes, con lo que yo pienso. No hay una voluntad de hospitalidad. (Verónica, médica tocoginecóloga, Córdoba, entrevista, 2013)

La noción de cultura como algo homogéneo de las poblaciones se asimila a las interpretaciones culturales de la pobreza asociadas a la ‘culpabilización de las víctimas’ de su propio destino, en que la visión parsoniana ha sesgado erróneamente la conexión entre pobreza y cultura, no solo transformando nociones sociales en razones psicológicas-individuales, sino implicando que las personas pueden dejar de ser pobres ‘si cambian de cultura’. En este sentido, bajo el concepto de cultura utilizado por los efectores de salud, se invisibilizan muchas veces condiciones estructurales de desigualdad, colocando siempre el ‘riesgo’ bajo responsabilidad del sujeto (Menéndez, 1998). Asimismo, el riesgo implica la distinción de comportamientos inadecuados que tienen como fin modificar ‘estilos de vida’ según determinadas normas y valores sociales de referencia (Lorenzetti, 2012). Así, la

---

‘cultura del otro/a’ no solo se utiliza para marcar las dificultades en la atención con las mujeres, sino para justificar discursos y mecanismos normalizadores de las prácticas que ellas deberían adquirir para adecuarse a un tipo deseado de paciente y de mujer. Las percepciones de los efectores de salud sobre las migrantes bolivianas están permeadas por una idea de la cultura ligada a su adscripción nacional, étnica, su lengua y clase social, a través de la cual se interpretan todas sus prácticas de cuidado sobre la salud y el modo de ser mujeres y madres. De esta forma, los múltiples sistemas de desigualdades estructuran una concepción que ubica a estas mujeres en un espacio de alteridad a través del cual los efectores, mientras resaltan algunos atributos positivos y deseables para la perspectiva biomédica, atribuyen fracasos de manera unívoca, en muchos casos justificando su intervención.

### **La mirada de las mujeres migrantes bolivianas sobre el cuidado de su salud en el contexto sanitario argentino**

Como buscamos dar cuenta arriba, el énfasis en mirar la salud de las mujeres migrantes desde esta particular lente sobre su cultura, invisibiliza otras categorías sociales que atraviesan simultáneamente la mirada que se tiene sobre la migrante y que influyen sobre el tipo de atención que se busca impartir. Este ‘reduccionismo cultural’ ha cruzado los estudios interesados en analizar las experiencias de las poblaciones migrantes, los que usualmente han tomado a los actores a partir de una foto estática una vez instalados en el país de destino, aislándolos así de los procesos histórico-sociales más amplios en los que han conformado sus prácticas y representaciones en torno a su salud (Mariano, 2008). Sin embargo, aunque las prácticas en salud se materialicen por las decisiones personales de cada actor social y sus circunstancias específicas en el contexto migratorio, la experiencia individual no puede ser tomada como un hecho aislado, sino como una continuidad que enlaza contextos entre el lugar de origen y el de destino, atravesando fronteras y trascendiendo los límites del Estado-Nación (Gil Araujo, 2010; Glick-Schiller, Bash y Blanc-Szanton, 2005). El caso de la salud de grupos étnicos invita necesariamente a mirar las experiencias en el campo de la salud de las personas desde una perspectiva histórica-espacial-comunitaria, donde juega un papel fundamental la resignificación que las migrantes bolivianas otorgan a los saberes y prácticas tradicionales, una vez instaladas en Argentina. En este sentido, la cultura que habitualmente ha sido leída en clave de obstáculo puede ser entendida como parte de estrategias deliberadas que las mujeres racionalmente llevan adelante en función del repertorio de significados y herramientas que ellas encuentran en el contexto migratorio. En el tránsito del lugar de origen hacia este país, las redes familiares y sociales bolivianas asumen características propias de un proceso de continuidad y reforzamiento, en la manera en que se configura la estructura social que conforman los lazos sociales en el país de origen. En los nuevos espacios de residencia se construyen marcos de relacionalidad que generan parentesco donde antes no existía, a través de redes procreativas, de alimentación compartida, de hospitalidad a quienes llegan

recientemente y, sobre todo, dan origen a nuevos significados y experiencias de estar relacionados (Carsten, 2000).

Acá hay un valor cultural andino dentro del colectivo boliviano: es el valor de la comunidad en general... En mi familia, por ejemplo, es una obligación la difusión cultural; es porque nosotros nos entendemos como comunidad, no como individuos, y eso es un valor muy grande... O sea, nosotros debemos ayudarnos entre nosotros porque uno de nuestros valores inclusivos es la reciprocidad... ayudás porque en algún momento de la vida el otro te va ayudar o lo vas a necesitar. (Noemí, mujer boliviana, entrevista, Córdoba, 2014)

Estas redes de conexión que se producen entre el territorio de origen y el nuevo territorio habitado, al contrario de generar rupturas conlleva una serie de acercamientos, contactos y nuevos lazos territoriales que fortalecen vínculos y pueden generar nuevos modos de transmisión de saberes, presentándose como redes en el contexto de migración transnacional (Arango, 2003; Glick-Schiller et al., 2005). El relato siguiente así lo pone de manifiesto.

Las familias que hace muchos años que estamos acá, tenemos como la obligación de contarles a los recién llegados, no solo el proyecto migratorio, sino de dónde ir a atenderse... Entonces por eso las familias que estamos hace más tiempo, es como la información que damos hacia los nuevos. (Jenny, mujer boliviana, entrevista, Córdoba, 2014)

Esto también se pudo observar en la ciudad de Comodoro Rivadavia, donde los migrantes generalmente construyen sus viviendas en cercanía a familiares o vecinos de la misma zona de origen, reforzando o generando de este modo nuevos vínculos en el contexto migratorio. Estos vínculos de paisanaje que se materializan en la cohabitación de espacios, posibilitan las estrategias de cuidado y ayuda mutua, facilitando la recuperación de conocimientos ligados al sostenimiento de la salud. En este sentido, también se evidencia la existencia de un curandero o curandera referente por cada zona donde habitan los migrantes, así como relaciones que posibilitan la transmisión de saberes ligados al cuidado de la salud.

Sara nos cuenta que la curandera le explicó cómo sanar la espalda de la nena. Nos dice que ella le dijo que se compre dolorsen o mentizan y le pase a la nena por la espalda (mientras se acaricia la palma de una mano con los dedos de la otra de manera circular) para no pagar de vuelta cada vez que ella tiene esos huevitos. (Nota de trabajo de campo, Comodoro Rivadavia, marzo de 2017)

Dentro del sistema de reciprocidad y cooperación, como producto de la socialización y división social del género, las mujeres han ocupado un papel clave como generadoras y reproductoras de redes sociales, portadoras y transmisoras de la memoria colectiva, de los saberes y la cultura, incluido el uso de medicinas. En el campo de la salud, las comunidades indígenas mantienen una percepción propia de los procesos de salud, enfermedad, prevención y restauración de la salud individual y colectiva. Para muchas de estas

---

comunidades, la salud es entendida como el resultado de relaciones armoniosas del ser humano consigo mismo, la familia, la comunidad y la naturaleza, que resultan del cumplimiento de normas de comportamiento social y de respeto a las fuerzas de la naturaleza y los elementos que la componen (Organización Panamericana de la Salud, 2003). En una charla con una curandera de Comodoro Rivadavia, proveniente de una zona rural de Cochabamba, se puede observar el sostenimiento de prácticas ligadas a la capacidad de curar y su adaptación al nuevo contexto.

Nos comenta que el ‘ser curandero’ es un don, y que su suegro todos los años hace ofrendas a la Pachamama para poder tener el don. Mata a un animal, le dan alimento y bebida a la Pachamama. Le preguntamos si aquí también hacen ofrendas. Nos cuenta que sí, pero no en público, sino cada familia en su casa. Se juntan para los carnavales y en sus casas hacen la celebración. (Nota de trabajo de campo, Comodoro Rivadavia, enero de 2017)

Las mujeres recurren a diversas prácticas para su propio cuidado, lo que les permite aprender de su propia experiencia, iniciarse en el conocimiento empírico en su hábitat y proveerse autocuidado, práctica que realizan para mantener su propia vida, salud y bienestar basado en los conocimientos que poseen (Álvarez, Moncada, Arias, Rojas y Contreras, 2007). La posibilidad de recuperar saberes tradicionales andinos toma un valor preponderante ante las barreras que encuentran las mujeres en el sistema sanitario. En este sentido, la cosmovisión andina se recupera en el marco de la vida urbana y en el marco comunitario y familiar, en algunos casos como modo de afrontar la atención de los problemas de salud que surgen en el contexto migratorio. Las alternativas vinculadas al conocimiento de los efectos curativos de plantas, ungüentos y demás elementos que componen el mundo andino, conforman el conjunto de saberes ancestrales que los profesionales médicos no reconocen como válidos para la sanación, desestimándolos o proscribiéndolos. En otras palabras, lejos de ser barreras, los saberes tradicionales como la autoatención resultan facilitadores para afrontar las barreras que se encuentran como migrantes en el campo sanitario. La respuesta ofrecida por una mujer de la comunidad, explicando el modo en que resuelven problemas de salud a través de saberes y prácticas recuperadas del mundo andino frente a las dificultades identificadas en los servicios de salud, es elocuente en este sentido.

Vamos cuando ya no podemos hacer nada aquí [...] Cuando [respecto de los hijos] tienen un dolor de estómago, nosotros le damos una hierba que se llama manzanilla que traemos de Bolivia; tenemos yerba buena, hay un árbol para todos esos dolores allá, como eucalipto, eso se utiliza. Y si ya tiene fiebre, nosotros los bañamos con eucalipto, hacemos hervir el eucalipto y con esa agua lavamos el cuerpo. Y también con orina; en Bolivia cuando vivís en el campo, la orina es bien [muy buena] para nosotros. Si es varón [el que tiene fiebre], tiene que ser orina de mujer y si es mujer [la que tiene fiebre], orina de varón, y para los bebés la orina tiene que ser de la mamá y la pasamos con un trapito, también ponemos papita [papa] y también mojamos con agua y papa y lo pasamos, lo cubrimos [al cuerpo] con eso...Nosotros



vamos al centro de salud cuando no tenemos las hierbas, pero si no, usamos nomás las hierbas que traemos. (Roxana, mujer boliviana, entrevista, Córdoba, 2016)

La búsqueda de atención en el sistema de salud se presenta en muchos casos como alternativa cuando las prácticas de cuidado y atención, recuperadas del mundo andino, no pueden ser garantizadas o no surten el efecto esperado. Esto se observa en el caso de Elba, de 23 años, proveniente de Tarija. En una visita que realiza la trabajadora comunitaria a su casa, Elba comenta que ya no usa métodos anticonceptivos porque habían estado buscando un bebé, pero no puede quedar embarazada.

Nos cuenta que anda con mucho dolor en la panza y que le pusieron eso (nos muestra una venda ancha que le cubre la parte inferior del vientre), porque le dijeron que tenía ‘la matriz lastimada’. Le pregunto si fue al centro de salud de acá. Me dice que no, “a lo de una paisana [...] que también cura el susto”. La trabajadora rápidamente le dice que es importante que vaya a hacerse el PAP, para que vea si no tiene alguna infección y para descartar cualquier enfermedad. (Nota de trabajo de campo, febrero de 2017)

En los intersticios del dominio médico y ante el deseo de generar mayores posibilidades de acercar el territorio ‘abandonado’ y el nuevo, las mujeres migrantes asumen fuertemente el resguardo de la memoria. Relatando historias familiares, enlazando ambos territorios mediante consultas, preguntas, retornos, idas y venidas, los recuerdos se activan en la construcción de una trama compleja donde se intenta recuperar todo aquello que puede colaborar a sobrellevar el tránsito de la migración, pero en un contexto en el cual es necesario en ocasiones también ocultar, silenciar y en otros casos olvidar (Baeza, 2013). Las mujeres, en muchos casos, distinguen qué tipos de padecimientos serían adecuados de tratar a través de la autoatención, con curanderos y cuáles con médicos, lo que las lleva a buscar la ayuda conveniente en cada momento. En la siguiente nota de trabajo de campo, en un encuentro con Luisa, de 38 años, proveniente de una zona rural de Cochabamba, se evidencia la recuperación de saberes del cuidado de la salud a través de vínculos con migrantes de la misma zona de proveniencia, así como la búsqueda adecuada de atención, donde las dimensiones del cuerpo y lo espiritual no se encuentran necesariamente escindidas.

Retomo el tema del susto. “Recién dijiste que estaba con susto la bebé... ¿qué le pasa?”. “Ah... porque no puede dormir de noche y tiene como una bolita en la espalda”, me dice. Me cuenta que es por esa bolita, que cuando se la tocan, llora mucho; eso es porque tiene susto, y además el otro día sus otros hijos cerraron la puerta muy fuerte y la bebé se asustó. Por esto a veces no puede dormir bien a la noche. Me dice que cuando no puede dormir, ella la llama por el nombre “para que vuelva... Juliana Celeste, Juliana Celeste” y hace señas con la mano, como si llamara a alguien. Le pregunto si es para que vuelva el alma, y me dice que sí, para que “vuelva el alma a su cuerpito, que si no se va con el diablo”. Le pregunto sobre cómo se cura el susto. Me dice que lo lleva a la curandera, a María, una mujer que

---

también es de Punata. Dice que ella le hace algo en la espalda y le cura el susto. Ante mi pregunta sobre si a los médicos le cuenta de esto, se ríe mirando para abajo y dice que no, “ellos no saben curar eso. Lo llevo a la curandera”. (Nota de trabajo de campo, Comodoro Rivadavia, enero de 2017)

Como afirma Menéndez (1994), aun cuando se piensa una visión antagónica entre las prácticas populares y la biomedicina, a nivel de las prácticas hay una tendencia a la complementación entre los distintos saberes y formas de atención, cuya elección está basada tanto en el diagnóstico presuntivo que realizan las personas, como en las condiciones objetivas asociadas. Así, el fenómeno de la salud y enfermedad se presenta bajo un marco de referencia codificado, dando lugar a prácticas y comportamientos que se apoyan en diferentes saberes, así como en obstáculos y facilitadores que los sujetos encuentran en el camino. Justamente, los relatos antes mencionados evidencian que las mujeres no necesariamente visibilizan o llevan estos saberes o prácticas a los consultorios, pero, sin embargo, los activan o recuperan en sus ámbitos privados, colectivos o familiares como formas de cuidar su salud ante las distintas barreras que deben atravesar para acceder al sistema sanitario.

Aquellos silencios en la relación con efectores de salud, interpretados muchas veces como características culturales, del lenguaje y/o personales, son en general el resguardo de saberes transmitidos generacionalmente por temor a las resistencias que podrían generar, como se ha estudiado particularmente para el caso de la memoria migrante sobre el parto indígena (Baeza, 2013). Asimismo, estos silencios se presentan como formas de desestabilizar mecanismos de dominación (Carreño Calderón, 2018), que permiten a las migrantes complementar prácticas del cuidado, de su salud y la de su familia. Los conocimientos médicos del mundo andino, resignificados en contextos de relacionalidad (Carsten, 2000), coexisten diariamente con los provenientes del sistema de salud público, ambos modelos en varios aspectos diferentes (Michaux, 2004), pero complementarios en contextos migratorios.

### **Comentarios finales**

El campo de estudio de la salud migratoria ha estado particularmente influenciado por la noción de cultura como forma de visibilizar cómo las distancias culturales entre proveedores y migrantes influyen en la atención y el acceso de estos últimos en los países de destino.

La posibilidad de mirar cómo opera la cultura en el contexto sanitario migratorio permitió poner en evidencia el ‘reduccionismo cultural’ que atraviesa las percepciones de los equipos sanitarios en torno a la imagen de la mujer boliviana, reduccionismo que ha tendido a subsumir el ‘problema’ de la salud migrante a una sola causa o forma de

clasificación social, la cual habilita prácticas disciplinadoras orientadas a encauzar o ‘aculturizar’ a la migrante en función de las expectativas del sistema sanitario argentino. Tal como afirma Appadurai (2001), la sustancialización de la cultura parece devolverla al espacio discursivo de lo racial, lo cual justamente debía combatir este término desde sus orígenes. Es así que pensar lo cultural como adjetivo permite el énfasis en la organización de las diferencias, evidenciando categorías a través de las cuales se da la producción del ordenamiento social.

La aproximación de la interseccionalidad al campo migratorio dio cuenta de los distintos mecanismos de dominación –de clase, de género, de nacionalidad– que encierra el concepto de cultura en el afán de disciplinar a las migrantes bajo parámetros nacionales en clave étnica, los que obstaculizan instancias de acercamiento intercultural e invisibilizan las trayectorias y necesidades particulares en salud de las mujeres. La interseccionalidad no solo resultó un marco teórico de particular relevancia para analizar los diversos ejes de desigualdades que atraviesan la salud de las mujeres migrantes en contextos sanitarios restrictivos, sino también para dar cuenta de los sentidos e implicancias que estas variables tienen sobre las particularidades que adquieren el cuidado de su cuerpo y la salud en dicho contexto.

El género, la clase social, la etnia, el origen nacional y la condición migratoria emergen como clasificaciones sociales principales, produciendo interseccionalmente diferentes miradas sancionadoras respecto de la mujer migrante en los servicios sanitarios y de sus prácticas en salud. Miradas, sostenemos, que interpelan a las mujeres y generan distintas respuestas por parte de ellas en relación con la utilización –o no– de los servicios, la manera de vincularse con los profesionales o la forma de cuidado de su cuerpo en distintos momentos de su vida reproductiva durante el proceso migratorio. En un contexto caracterizado por una multiplicidad de barreras de acceso a servicios, las migrantes deben invisibilizar determinados componentes de su etnicidad para no ser juzgadas por el sistema sanitario, por lo que buscan desmarcarse de determinadas prácticas, reservándose saberes y prácticas para el ámbito privado. Es esta la línea de análisis que seguiremos profundizando, dado que las mujeres migrantes desarrollan prácticas o acciones para solucionar sus problemas de salud, prácticas influenciadas por conocimientos ancestrales o populares aprendidos desde sus lugares de origen, o bien, transmitidos generacionalmente.

Sin embargo, el trabajo pone en evidencia no solo a la migración como un fenómeno atravesado por una multiplicidad de barreras estructurales, sino también como una instancia en que las mujeres resultan agentes activas en la toma de decisiones respecto del cuidado de su salud. Así, el estudio demuestra cómo las migrantes reconfiguran las representaciones de la salud y del cuidado del cuerpo en los lugares de destino, donde recuperan y comparten saberes, prácticas y conocimientos propios del mundo andino y de otras trayectorias terapéuticas, con el objetivo de sortear los distintos obstáculos que

---

encuentran para acceder al sistema sanitario. Sea por las distancias con los profesionales, la falta de acceso a los servicios o las creencias en la eficacia de la medicina popular, las migrantes desarrollan racionalmente estrategias para esconder saberes y conocimientos juzgados y sancionados, que son recuperados en sus ámbitos comunitarios y familiares. Es en las ‘tierras de la memoria’ (Trigo, 2011) donde las mujeres encuentran los saberes y conocimientos transmitidos generacionalmente o en los procesos migratorios, que les permiten autocuidarse en distintos procesos y estados de salud y de enfermedad.

El estudio no ha mostrado diferencias significativas en relación con hallazgos comparativos entre los dos contextos estudiados (Córdoba y Comodoro Rivadavia). No obstante, a modo de hipótesis podemos señalar que las similitudes presentadas en los equipos sanitarios en ambas provincias podrían estar vinculadas al tipo de formación y práctica que comparten los profesionales, basadas en el paradigma médico hegemónico caracterizado por la relación de poder-subordinación médico-paciente, la individualización de los procesos de salud-enfermedad-atención y la subestimación/exclusión hacia otros saberes/prácticas no biomédicas, entre otras cuestiones. Básicamente, poder proyectar un sistema médico que contemple las diferencias culturales no como obstáculo en la atención, sino como elementos a considerar en prácticas interculturales, implica necesariamente pensarse a sí mismos como seres culturales (Meñaca, 2007).

Asimismo, las continuidades encontradas en mujeres bolivianas en las dos provincias estudiadas podría responder a los hallazgos que, en parte este estudio y otros en Estados Unidos y Europa, han señalado en relación con las estrategias transnacionales que las migrantes latinoamericanas llevan adelante durante todo su proceso migratorio, vinculadas al uso de medicina casera, la telemedicina y el acceso a medicamentos e información que obtienen en sus países de origen, entre otros, como forma de mitigar las dificultades de acceso a servicios sanitarios en el actual destino (Grineski, 2011). Futuros trabajos que identifiquen diferencias al interior de los equipos de salud –por ejemplo, intradisciplinarios–, así como de las mujeres en función de su grupo étnico, trayectorias migratorias y contextos específicos en que transitan sus vidas cotidianas, podrán profundizar los resultados aquí presentados.

## Referencias

- Aizenberg, L. y Baeza, B. (2017). Salud reproductiva y migración boliviana en contextos restrictivos de acceso al sistema sanitario en Córdoba, Argentina. *Health Sociology Review*, 26(3), 254-265.
- Aizenberg, L., Rodríguez, M. L. y Carbonetti, A. (2015). Percepciones de los equipos de salud en torno a las mujeres migrantes bolivianas y peruanas en la ciudad de Córdoba. *Migraciones Internacionales*, 8(1), 65-94.
- Albó, X. (2004). Interculturalidad y salud. En G. Fernández Juárez (Ed.), *Salud e interculturalidad en América Latina. Perspectivas antropológicas* (pp. 65-74). Quito: Ediciones Abya Yala.
- Alegria, M., Takeuchi, D., Canino, G., Patrick Shrout, D., Meng, X., Vega, X. y Gong, F. (2004). Considering context, place and culture: The National Latino and Asian American Study. *International Journal of Methods in Psychiatric Research*, 13(4), 208-220.
- Alonso, M. (2009). Mujeres inmigrantes marroquíes en el sistema sanitario catalán. En J. Comelles, X. Allué, M. Bernal, J. Fernández Rufete y L. Macarela (Comps.), *Migraciones y salud* (pp. 358- 373). Tarragona: URV publicaciones.
- Álvarez, R., Moncada, M., Arias, G., Rojas, T. y Contreras, M. (2007). Rescatando el autocuidado de la salud durante el embarazo, el parto y al recién nacido: representaciones sociales de mujeres de una comunidad nativa en Perú. *Texto Contexto Enferm*, 16(4), 680-688.
- Anthias, F. (2006). Belongings in a globalizing and unequal world: rethinking translocations. En N. Yuval-Davis, K. Kannabiran y U. Vieten (Eds.), *The Situated Politics of Belonging* (pp. 17-31). Londres: Sage.
- Appadurai, A. (2001). *La modernidad desbordada. Dimensiones culturales de la globalización* (Primera ed.). Buenos Aires: TRILCE- Fondo de Cultura Económica.
- Arango, J. (2003). La explicación teórica de las migraciones: luz y sombra. *Migración y desarrollo*, 1(1), 1-30.
- Baeza, B. (2008). Etnogénesis e identificaciones de migrantes bolivianos en Comodoro Rivadavia. En III Jornadas de Historia de la Patagonia. Migraciones en la Patagonia: Estado, redes sociales e identidades. San Carlos de Bariloche, Argentina.
- Baeza, B. (2009). *Fronteras e identidades en Patagonia Central*. Rosario: Prohistoria.
- Baeza, B. (2013). La memoria migrante y la escucha de los silencios en la experiencia del parto de mujeres migrantes bolivianas en Comodoro Rivadavia (Chubut, Argentina). *Anuario Americanista Europeo*, 11, 179-197.
- Briones, C. (2005). *Cartografías argentinas: políticas indigenistas y formaciones provinciales*. Buenos Aires: Antropofagia.

- 
- Caggiano, S. (2008). Que se haga cargo su país: la cultura, los Estados y el acceso a la salud de los inmigrantes bolivianos en Jujuy. En C. García Vázquez (Ed.), *Hegemonía e interculturalidad. Poblaciones originarias e inmigrantes* (pp. 243-279). Buenos Aires: Prometeo.
- Cardoso de Oliveira, R. (1996). El trabajo del antropólogo: mirar, escuchar, escribir. *Revista de Antropología*, 39(1), 13-37.
- Cardoso de Oliveira, R. (2007). *Etnicidad y estructura Social* (Primera ed.). Distrito Federal: CIESAS, UAM.
- Carsten, J. (2000). Introduction: cultures of relatedness. En J. Carsten, *Cultures of Relatedness. New approaches to the study of kinship* (pp. 1-36). Cambridge: Cambridge University Press.
- Carreño Calderón, A. (2018). Le silence indigène dans l'espace biomédical: pratiques de (des) obéissance et autonomie. *Connexions*, 1, 71-83.
- Cerrutti, M. (2011). *Salud y migración internacional: mujeres bolivianas en la Argentina* (Primera ed.). Buenos Aires: PNUD- CENEP/UNFPA.
- Comelles, J. M. y Perdiguero, E. (2000). *Medicina y cultura. Estudios entre la antropología y la medicina*. Barcelona: Bellaterra.
- Comelles, J., Allué, X., Bernal, M., Fernández Rufete, J. y Macarela, L. (Comps.) (2009). *Migraciones y salud*. Tarragona: URV publicacions. Recuperado de [http://issuu.com/publicacions-urv/docs/migraciones\\_salud](http://issuu.com/publicacions-urv/docs/migraciones_salud)
- Chubut, M. D. (2009). Diseño curricular de la tecnicatura superior en salud comunitaria. Recuperado de [http://isfd804.chu.infed.edu.ar/sitio/upload/Tecn.\\_Salud\\_Comunitaria.pdf](http://isfd804.chu.infed.edu.ar/sitio/upload/Tecn._Salud_Comunitaria.pdf)
- De la Cadena, M. (1992). Las mujeres son más indias. *Espejos y travesías*, 16, 25-46.
- Dirección General de Estadísticas y Censos (2010). Censo Nacional de Población 2010, Chubut, Argentina: DGEyC. Recuperado de [http://www.estadistica.chubut.gov.ar/home/index.php?option=com\\_content&view=article&id=615&Itemid=547](http://www.estadistica.chubut.gov.ar/home/index.php?option=com_content&view=article&id=615&Itemid=547)
- Escarce, J., Morales, L. y Rumbaut, R. (2006). The health status and health behaviors of Hispanics. En M. Tienda y F. Mitchell (Eds.), *Hispanics and the Future of America* (pp. 364-409). Washington D.C.: National Academies Press.
- Gil Araujo, S. (2010). Presentación. Una sociología (de las migraciones) para la resistencia. *EMPIRIA. Revista de Metodología de Ciencias Sociales*, 19, 235-249.
- Glick-Schiller, N., Basch, L. y Blanc-Szanton, C. (2005). Transnacionalismo: un nuevomarco analítico para comprender la migración. *Bricolage*, 3(7), 68-84.
- Goldberg, A. (2014). Trayectorias migratorias, itinerarios de salud y experiencias de participación política de mujeres migrantes bolivianas que trabajaron y vivieron en talleres textiles clandestinos del Area Metropolitana de Buenos Aires, Argentina. *Anuario Americanista Europeo*, 11, 199-216.

- Gregorio Gil, C. (2015). (De) construyendo la categoría "mujeres inmigrantes": de objetos de discurso a sujetos políticos. En I. Medina Azkue, M. Luxán, M. Legarreta, G. Guzmán, I. Zirion y J. Azpiazu Carballo (Eds.), *Otras formas de (re)conocer: reflexiones, herramientas y aplicaciones desde la investigación feminista* (pp. 161-175). Donostia-San Sebastian: Hegoa.
- Grineski, S. E. (2011). Why parents cross for children's health care: transnational cultural capital in the United States-Mexico border region. *Soc. Theory & Health*, 9 (3), 256-274
- Grossberg, L. (2012). *Estudios culturales en tiempo futuro* (Primera ed.). Buenos Aires: Siglo XXI.
- Jelin, E., Grimson, A. y Zamberlin, N. (2006). ¿Servicio?, ¿Derecho?, ¿Amenaza? La llegada de inmigrantes de países limítrofes a los servicios públicos de salud. En E. Jelin (Ed.), *Salud y migración regional. Ciudadanía, discriminación y comunicación intercultural* (pp. 27-46). Buenos Aires: Instituto de Desarrollo Económico y Social.
- Lara, M., Gamboa, C., Karhamanian, M., Morales, L. y Hayes Bautista, D. (2005). Acculturation and latino health in United States: a review of the literature and the sociopolitical context. *Annual Review of Public Health*, 26, 367-397.
- Lorenzetti, M. (2012). Alteridades y configuraciones interétnicas en el Chaco Santeño a través de la Atención Primaria de la Salud. *Estudios en Antropología Social*, 2(1), 41-54.
- Lugones, M. (2008). Colonialidad y género. *Tabula Rasa*, (9), 73-101.
- Magliano, M. J. (2009). Migración, género y desigualdad social. La migración de mujeres bolivianas hacia Argentina. *Revista Estudios Feministas*, 17(2), 349-367.
- Marcus, G. (2001). Etnografía en/del sistema mundo. El surgimiento de la etnografía multilocal. Alteridades. *Alteridades*, 11(22), 111-127.
- Mariano, L. (2008). Culturas biomédicas. Textualidades y narrativas opacas en la atención a la población inmigrante. En G. Fernández Juárez, I. González y P. García Ortiz, *La diversidad frente al espejo. Salud, interculturalidad y contexto migratorio* (pp. 305-320). Quito: Abya Yala.
- Meñaca, A. (2004). Salud y migraciones. En G. Fernández Juárez (Ed.), *Salud e interculturalidad en América Latina. Perspectivas antropológicas* (pp. 53-65). Quito: Abya-Yala.
- Meñaca, A. (2007). Sistema sanitario e inmigración. El papel de la cultura. En M. Esteban (Ed.), *Introducción a la antropología de la salud. Aplicaciones teóricas y prácticas* (pp. 103-116). Bilbao: OSALDE: Asociación por el derecho a la salud.
- Menéndez, E. (1994). Prácticas populares, grupos indígenas y sector salud: articulación cogestiva o los recursos de la pobreza. *Publicar*, 2(4), 7-32.

- 
- Menéndez, E. (1998). Estilos de vida, riesgos y construcción social. Conceptos similares y significados diferentes. *Estudios Sociológicos*, 16(46), 37-67.
- Menéndez, E. (2006). Interculturalidad, "diferencias" y Antropología "at home": algunas cuestiones metodológicas. En G. Fernández Juárez (Ed.), *Salud e interculturalidad en América Latina. Antropología de la salud y crítica intercultural* (pp. 51-66). Quito: Abya-Yala.
- Michaux, J. (2004). Hacia un sistema de salud intercultural en Bolivia. En: G. Fernández (comp.), *Salud e Interculturalidad en América Latina. Perspectivas Antropológicas* (pp. 107-128) Quito: Abya-Yala.
- Organización Panamericana de la Salud. (2003). Armonización de los sistemas de salud indígenas y sistema de salud de las Américas. Lineamientos estratégicos para la incorporación de las perspectivas, medicinas y terapias indígenas en la Atención Primaria de la Salud. División de Desarrollo de Sistemas y Servicios de Salud. Washington, D.C.: PAHO-WHO.
- Pantelides, E., y Moreno, M. (2009). *Situación de la población en Argentina*. Buenos Aires: PNUD/UNFPA.
- Parsons, T. (1951). *The Social System* (Primera ed.). New York: Free Press.
- Stolke, V. (2004). La mujer es puro cuento: la cultura del género. *Estudios Feministas*, 2(12), 77-105
- Trigo, A. (2011). De memorias, desmemorias y antimemorias. *Taller de Letras*, 49, 17-28.
- Vigarello, G., y Ferrán, R. (1991). *Lo limpio y lo sucio: la higiene del cuerpo desde la Edad Media*. Madrid: Alianza.
- Viruell-Fuentes, E., Miranda, P., y Abdulrahim, S. (2012). More than culture: structural racism, intersectionality theory, and immigrant health. *Social Science & Medicine*, 75(12), 1524-1535.
- Waldstein, A. (2006). Mexican migrant ethnopharmacology: pharmacopoeia, classification of medicines and explanations of efficacy. *Journal of Ethnopharmacology*, 108(2), 299-310.