

Miradas sanitarias en torno a las mujeres bolivianas en Argentina: un aporte desde la interseccionalidad

Health Sector's Views Toward Bolivian Women in Argentina: An Approach from the Intersectionality

Lilia Aizenberg¹

RESUMEN

Se analizan las percepciones de los equipos de salud en torno a las mujeres migrantes de origen boliviano en las provincias de Córdoba y Mendoza, Argentina, mediante un estudio cualitativo y exploratorio-descriptivo basado en entrevistas semiestructuradas. Desde la teoría de la interseccionalidad se analiza cómo los profesionales de la salud construyen la cultura del otro/a en relación a las prácticas de salud de las mujeres migrantes bolivianas y cómo dicha construcción influye en la atención sanitaria. Se evidencia el “reduccionismo cultural” que caracteriza las percepciones de los equipos así como distintas formas de dominación social que influyen en la reproducción de desigualdades sanitarias.

Palabras clave: 1. migración boliviana, 2. equipos sanitarios, 3. género, 4. cultura, 5. interseccionalidad.

ABSTRACT

This article analyzes the perceptions of health teams concerning Bolivian migrant women in the provinces of Córdoba and Mendoza, Argentina. The research consisted on a qualitative, exploratory-descriptive study based on semi-structured interviews. From the intersectionality theory it analyzes how health professionals construct the culture of the other in relation to Bolivian migrant women's health and the way in which the later influences health care. It shows the “cultural reductionism” that characterizes the perceptions of health teams as well as the different forms of social domination behind the reproduction of sanitary inequalities.

Keywords: 1. Bolivian immigration, 2. health teams, 3. gender, 4. culture, 5. intersectionality.

Fecha de recepción: 24 de mayo de 2016

Fecha de aceptación: 30 de octubre de 2017

¹ Consejo Nacional de Investigaciones Científicas y Técnicas, Argentina,
lilaaizen@hotmail.com, <https://orcid.org/0000-0001-5277-9990>



INTRODUCCIÓN

El campo de estudio de la salud migrante se encuentra aún en proceso de construcción, especialmente en la región latinoamericana. Sin embargo, un elemento que ha atravesado fuertemente las explicaciones sobre la salud de las personas migrantes ha sido la noción de cultura (Viruell-Fuentes, Miranda y Abdulrahim, 2012). Si bien el sistema de salud viene enfrentándose hace varios siglos con el *problema* de la *cultura*, la presencia de la población migrante en los servicios sanitarios ha llevado a una creciente preocupación por el *otro* y por los problemas que acarrearán las distancias socioculturales entre pacientes y proveedores (Caramés, 2004). Desde las ciencias sociales, la cultura ha sido señalada como una de las principales causas del bajo estatus en 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 las migrantes, el bajo desempeño en el cuidado de la salud de las mujeres y la dificultad en el ejercicio de sus derechos a la salud (Cerrutti, 2011; Jelin, Grimson y Zamberlin, 2006; Baeza, 2014; Aizenberg, Rodríguez y Carbonetti, 2015; Goldberg, 2014, entre otros).

La problemática de la salud migratoria cobra particular relevancia en la actualidad argentina. Desde fines de la década pasada, los conflictos de la población migrante relacionados con la salud han tomado nuevas características a raíz de la sanción y reglamentación de la nueva Ley de Migración (ley 25.871). Esta ley ha marcado un nuevo paradigma con relación a la protección de los derechos humanos en general y de la salud en particular de los migrantes, al establecer 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” (artículo 6). La ley 25.871 no sólo marca un punto de inflexión en torno a considerar a los migrantes desde una perspectiva de derechos, sino también se inscribe en un nuevo paradigma de *integración regional* mediante un discurso estatal de respeto a las diferencias culturales en el que subyace un modelo de “sociedad multicultural, integrada en la región e inclusiva, que respeta los derechos de los extranjeros y valora su aporte cultural social” (Novick, 2004, p. 84). A pesar de esta ley, los estudios han mostrado que los migrantes sudamericanos que viven en el país están expuestos a altos índices de vulnerabilidad, malas condiciones de vida y un acceso limitado a los servicios sanitarios (Pantelides y Moreno, 2009).

La literatura internacional sobre salud migratoria ha señalado que la cultura influye significativamente en el estatus de la salud de las personas (Lara, Gamboa, Karhamanian, Morales y Hayes Bautista, 2005; Alegria *et al.*, 2004). La idea subyacente de estas explicaciones es que los y las migrantes comparten una cultura común en función de su país de origen que les lleva a desarrollar determinados comportamientos en salud (Lara *et al.*, 2005). Distintos estudios han señalado que los comportamientos que los y las

migrantes poseen como consecuencia de la cultura en la que se encuentran resultan un obstáculo para la comunicación con los proveedores sanitarios, el desarrollo de comportamientos preventivos y la calidad de la atención ofrecida (Cerrutti, 2011; Aizenberg, Rodríguez y Carbonetti, 2015; Aizenberg y Maure, 2017).

Desde aquí, un importante número de trabajos académicos, programas y políticas han señalado a la *perspectiva intercultural*² como una herramienta clave para crear puentes de diálogos horizontales, reducir las barreras culturales entre proveedores de servicios y poblaciones migrantes, y mejorar el acceso de éstas últimas a los servicios sanitarios (Albó, 2004). Mientras que algunos estudios han demostrado que la llamada *asimilación* o *integración*³ al modelo de salud deseado por los países receptores lleva a empeorar los resultados en salud (Escarce, Morales y Rumbaut, 2006; Salant y Lauderdale, 2003), otros han señalado que la cultura traída desde el país de origen ayuda a los y las migrantes a cuidar su salud, incluso también a tener mejores indicadores en salud que algunas poblaciones nativas (Waldstein, 2008; Waldstein, 2006; Molina, 1994, Aizenberg y Baeza, 2017).

Esta forma de mirar a quien migra, sostenemos, ha estado basada en una interpretación de la cultura como un conjunto de actitudes, valores y comportamientos individuales (Parsons, 1951). La noción de cultura como algo homogéneo y estático de las poblaciones se asimila a las interpretaciones culturales de la pobreza asociadas a la *culpabilización de las víctimas* de su propio destino en donde la visión parsoniana ha sesgado erróneamente la conexión entre pobreza y cultura, no sólo transformando nociones sociales en razones psicológicas-individuales sino implicando que las personas pueden dejar de ser pobres *si cambian de cultura* (Viruell-Fuentes, 2007). La mirada de la cultura entendida como un repertorio homogéneo y estático que define colectivamente la identidad de las personas y sus comportamientos ha permeado las miradas de los proveedores sanitarios.

No obstante, los estudios culturales han señalado que la cultura no está necesariamente determinada por la estructura social o por las condiciones socioeconómicas de las personas que determinan comportamientos específicos, sino que puede ser moldeada de forma distinta de acuerdo a cómo las personas responden al contexto a partir del conjunto de herramientas y repertorios con las cuales organizan sus prácticas (Swidler, 1986). En el

² La perspectiva intercultural aplicada al campo de la salud ha sido definida como una aproximación cuyo objetivo es reducir las brechas entre el sistema de salud “occidental” y el “tradicional”, sobre la base de respeto mutuo e igual reconocimiento de los sistemas de conocimiento (Torri, 2012, p. 31)

³ Nos referimos a los procesos de adecuación del migrante a la sociedad receptora, que buscan como fin y toman por sentado la homogeneización de la sociedad receptora donde se requiere que el grupo migrante adquiriera las costumbres y modos de vida de la comunidad de acogida, dejando a un lado los suyos, desapareciendo así su condición de extraño o diferente (Malgesini y Giménez, 2000).

campo de la salud por ejemplo, esta aproximación ha sido extensamente incorporada al paradigma de la atención primaria entre otros modelos de atención que han partido de pensar al usuario/a de servicios sanitarios como un sujeto activo en la promoción y prevención de los procesos de salud-enfermedad-atención (OPS/OMS, 2003). Distintos trabajos han revisado críticamente las explicaciones culturales para explicar los resultados en salud de las poblaciones migrantes. El eje de la crítica buscó poner en relieve la importancia de visibilizar el contexto sociohistórico desde donde los/las migrantes llevan adelante el proceso de salud-enfermedad-atención en los países de destino, señalándose que el foco puesto en las relaciones interpersonales o en los problemas de comunicación entre proveedores y usuarios/as sesgan las explicaciones de las causas sociales, políticas o económicas detrás de dichos procesos (Menéndez, 2006).

Desde aquí distintos autores han avanzado en aproximaciones que enfatizaron, además de los múltiples procesos culturales involucrados en la vinculación con prácticas de atención y comunicación con el personal sanitario (Caggiano, 2008; Baeza, 2014), otros vinculados a la mayor situación de vulnerabilidad y exposición al contagio de enfermedades que padecen las mujeres migrantes a partir de las nuevas condiciones de vida (Goldberg, 2014); las dificultades asociadas al acceso y uso de los sistemas sanitarios (Cerrutti, 2011), y los procesos de reconocimiento y denegación de derechos a partir de la apertura o restricción legal (Caggiano, 2008). En esta línea también se ha puesto el acento sobre la agencia de las mujeres migrantes rescatando prácticas culturales especialmente vinculadas al autocuidado y a las redes comunitarias. Esto como una estrategia que puede ayudar a los/las migrantes a superar los diferentes obstáculos que encuentran en el acceso a contextos sanitarios restrictivos, tales como la solicitud de documentación nacional, el pago de servicios, la discriminación étnica y de género, las distancias geográficas que las separan de los servicios sanitarios, entre otros (Aizenberg y Baeza, 2017; Otero-García, Goicolea, Gea-Sánchez y Sanz-Barbero, 2013).

Aunque la cultura puede jugar un papel preponderante en la atención sanitaria, la manera como se ha utilizado en el campo migratorio ha contribuido a perpetuar imaginarios y representaciones culturalizadas en torno a la mujer migrante que influyen negativamente en su atención. Estas imágenes no sólo no dan cuenta de las realidades complejas y cambiantes que viven las mujeres migrantes en torno a su salud (Gregorio Gil, 2015) sino que limitan la posibilidad de analizar las distintas barreras que afrontan las migrantes para ejercer sus derechos.

Este artículo busca abrir la *caja negra* en la utilización de la noción de *cultura* presente en el campo de estudio de la salud migratoria. Para esto, analiza las percepciones de los equipos de salud en torno a las mujeres migrantes bolivianas, en tanto mecanismos y relaciones de poder que construyen un determinado tipo de cuerpo y sexualidad (Foucault, 1992), y que se expresan con particular relevancia en la construcción histórica de la mujer migrante (Gregorio Gil, 2010).

Entendemos que un análisis de cómo opera el discurso biomédico sobre las mujeres migrantes desde una mirada que recupere los distintos mecanismos que generan situaciones de desigualdad es clave para tener una aproximación más completa de los resultados en salud.

El análisis busca 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 reducir el *problema* de la salud migrante a una sola causa o forma de clasificación social, a partir una idea de cultura basada en representaciones esencializadoras, biologicistas y estáticas, las cuales históricamente han atravesado discursos y prácticas de poder médicas especialmente en materia de salud materna y reproductiva donde se ha subsumido el lugar de la mujer a la procreación y reproducción del hogar (Esteban, 2006).

Con este objetivo se recupera la aproximación de la teoría de la interseccionalidad, la cual ha sido escasamente utilizada en el campo de la salud migratoria para analizar el discurso de los profesionales de la salud que atienden a mujeres migrantes bolivianas en las provincias de Córdoba y Mendoza. Entendemos que la mirada de la interseccionalidad aporta para explorar, comprender y cuestionar los mecanismos discursivos con los cuales se construye la mirada del equipo sanitario en torno a la cultura de la mujer boliviana, así como también las intersecciones –de clase, de género, de nacionalidad, étnicas/raciales– que atraviesan sus opiniones, valoraciones y prácticas.

El objetivo de este estudio es conocer y analizar las percepciones de los equipos sanitarios en torno a las mujeres migrantes bolivianas desde la teoría de la interseccionalidad. En una primera parte, se desarrollan los aspectos metodológicos. Enseguida se muestran las limitaciones de la mirada centrada en la cultura para analizar y explicar los problemas de la salud migrante. En una tercera parte, se presenta una aproximación teórica de la interseccionalidad como base para explicar empíricamente la importancia que demanda una mirada profunda sobre la manera en que se construye el discurso de los profesionales en torno a la *cultura* en la atención de mujeres migrantes bolivianas y sus implicancias en la práctica sanitaria. Desde el análisis de estos relatos se pretende abrir la *caja negra* que denota la idea de *cultura* para visibilizar la producción/reproducción del entramado múltiple de desigualdades sociales que atraviesan el tipo de atención en salud que se imparte hacia las mujeres de este colectivo en Argentina.

En su mayoría la inmigración sudamericana en Argentina se caracteriza por tener bajos niveles educativos, condiciones desfavorables de vivienda y escaso acceso a los servicios de infraestructura básica, lo que influye negativamente en sus niveles de salud y en los de sus familias (Cerrutti, 2009). Si bien la presencia de migrantes de países limítrofes en el país se ubicó siempre entre dos y tres por ciento de la población, en las últimas décadas sus

características se fueron modificando en relación a la composición por país de origen, el asentamiento territorial y la conformación por sexo (INDEC, 2010).

En la actualidad, la migración de países latinoamericanos a Argentina comprende principalmente a personas nacidas en Bolivia, Paraguay, Chile y Perú, que llegaron al país como consecuencia de las desventajosas condiciones económicas en sus países de origen; así como debido a las posibilidades de inserción laboral y al tipo de cambio favorable que se estableció en Argentina desde la década de 1990 (Cerrutti, 2011). La crisis de las economías regionales y el proceso de urbanización registrado han llevado a una importante disminución en el número de migrantes asentados en las zonas de frontera, y a un aumento de los migrantes que se fueron a vivir a los grandes centros urbanos como el de la Ciudad de Córdoba y Mendoza. Según el Censo Nacional de Población y Vivienda de 2010, Mendoza recibió al 8 por ciento del total de los migrantes bolivianos que llegaron al país, los cuales constituyen el principal grupo migratorio en la provincia. En Córdoba el porcentaje de población boliviana en relación al total país se ubica alrededor del 7 por ciento, siendo el segundo colectivo con mayor representatividad. La población boliviana en Córdoba y Mendoza proviene fundamentalmente de áreas rurales andinas de Bolivia, principalmente de departamentos como La Paz, Potosí, Tarija y Cochabamba, los cuales se autodefinen desde su origen étnico como quechuas y aymaras.

La población boliviana ha ocupado espacios de trabajo precarios e informales en nichos laborales vacantes, donde la inserción laboral se ha dado como parte de un proceso productivo familiar (Magliano, 2009). En el caso de Córdoba, la participación de los migrantes en procesos productivos se ha dado principalmente a través de la fabricación y venta de ladrillos en ámbitos periurbanos, así como en comercios locales y trabajo doméstico en áreas urbanas cercanas a su lugar de residencia. En el caso de Mendoza esta inserción se ha centrado en la producción agrícola vitivinícola, de frutos y hortalizas; misma que requiere de una importante mano de obra durante los períodos de cosechas, y que es desarrollada por toda la familia campesina. Hombres y mujeres de todas las edades participan en labores agropecuarias algún momento de su vida (Balán, 1990).

EL POTENCIAL DE LA TEORÍA DE LA INTERSECCIONALIDAD EN EL CAMPO DE LA SALUD MIGRANTE

En los últimos años, las ciencias sociales han planteado la necesidad de abordar la intersección dinámica entre los distintos componentes que se encuentran presentes en las estructuras históricas de dominación, poniendo en valor la interseccionalidad de las dimensiones de género, etnicidad, clase social y origen nacional en los estudios migratorios (Donato, Gabaccia, Holdaway, Manalasan y Pessar, 2006) así como los resultados de las interacciones de las categorías que en el caso de las mujeres migrantes se ubican en la periferia social (Cole, 2009). Con origen en la teoría feminista negra, 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 (Stolke, 2004; Lugones, 2008).

En términos generales, la perspectiva de la interseccionalidad, que emerge como una apuesta teórico-metodológica para comprender las relaciones sociales de poder y los contextos en que se producen las desigualdades sociales, ha hecho posible un análisis *complejo* de la realidad vivida por los sujetos mediante el abordaje de los diferentes posicionamientos y clasificaciones sociales, históricas y contextualmente situadas. Esto conlleva una creciente preocupación por las relaciones entre migración, dinámica intrafamiliar, situación social de las mujeres, condición étnica-racial, repercusiones de los desplazamientos en los roles de género y resultados migratorios en la calidad de vida de las mujeres, entre otros (Martínez Pizarro, 2003).

A pesar de la relevancia en los estudios migratorios y de género, la teoría de la interseccionalidad ha estado prácticamente ausente en las investigaciones de salud y migración. Aunque la articulación entre migración, salud y género es incipiente aún, los estudios han estado particularmente focalizados en la cultura como forma de visibilizar cómo las barreras culturales entre proveedores y migrantes influyen en la atención y el acceso de éstos últimos en los países de destino. El excesivo énfasis por mirar la salud del migrante –especialmente para el caso de las mujeres– desde la lente de la cultura, ha opacado un análisis más exhaustivo respecto a cómo otras categorías sociales que atraviesan simultáneamente a las migrantes influyen en el cuidado de su salud, el acceso a servicios sanitarios y las respuestas que se ofrecen desde los proveedores.

Este trabajo busca revisar y aportar a este campo de estudio, problematizando qué significa la *cultura* para los actores que forman parte del sistema sanitario y cómo estos significados influyen sobre sus prácticas desde la aproximación de la interseccionalidad. En particular, la interseccionalidad resulta 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. 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 y la manera en que se accede a servicios sanitarios, así como los obstáculos o facilitadores que atraviesan el cuidado de su salud (Martínez Pizarro, Cano y Soffia, 2014).

Asimismo, la interseccionalidad resulta una herramienta teórica relevante para examinar los sentidos e implicancias que la migración tiene en la atención sanitaria hacia los y las migrantes y las relaciones de poder entre proveedores y usuarias. En este sentido, nos

proponemos como desafío teórico-metodológico analizar desde la interseccionalidad las percepciones de los profesionales de salud en torno a la mujer migrante boliviana en Córdoba y Mendoza, partiendo de la premisa de que las indagaciones empíricas desde esta perspectiva suponen una selección de determinadas clasificaciones y categorías, fundadas en el reconocimiento de un marco social, espacial e histórico específico. En este caso en particular, el género, la clase social, la etnia, el origen nacional y la condición migratoria emergen como clasificaciones sociales principales, produciendo interseccionalmente diferentes miradas respecto a la mujer migrante en los servicios sanitarios y a sus prácticas en salud.

Desde aquí, el artículo pretende poner en cuestión la noción de *cultura* presente en los discursos sanitarios en torno a la migración para visibilizar los distintos sesgos de clase, nacionalidad, género y étnicos-raciales que esconde esta mirada. Sostenemos que aproximación de la interseccionalidad complejiza los estudios en salud migratoria que han observado a la cultura como un elemento causal de los resultados sanitarios como forma de subsumir el *problema* a una sola forma de clasificación social, a la vez que pone en cuestión cómo operan otras formas de dominación sociales en las percepciones y prácticas de profesionales sanitarios que trabajan con mujeres migrantes. Este trabajo se propone dar cuenta de los significados que subyacen a las ideas y opiniones que se tienen sobre la migrante boliviana, para preguntarnos acerca del peso que toman las representaciones asociadas al cuidado reproductivo/doméstico. Desde aquí, se evidencian los distintos ejes de desigualdad que subyacen a la noción de cultura y que habilitan la producción/reproducción de pautas reproductivas y de cuidado de la salud familiar desde la sanción de las lógicas que atraviesan la vida de las mujeres en relación a la división del trabajo y la forma de organización familiar en el contexto migratorio (Gregorio Gil, 2006).

ASPECTOS METODOLÓGICOS

La investigación consistió en un estudio exploratorio y descriptivo que utilizó una metodología cualitativa centrada en entrevistas semi-estructuradas realizadas a profesionales sanitarios ubicados tanto en el centro de la ciudad de Córdoba como en un asentamiento rural del centro de la provincia de Mendoza. Entre ambos lugares, se entrevistaron 9 profesionales de salud de sexo femenino y 1 masculino pertenecientes a centros de salud (primer nivel de atención) y a hospitales generales referentes (tercer nivel de atención): 1 agente sanitario y 2 enfermeras pertenecientes a centros de salud y 2 enfermeras, 2 trabajadores sociales y 2 ginecólogas-obstetras a hospitales. Todos los entrevistados se encontraban insertos laboralmente en servicios de salud públicos al momento de la entrevista. Las personas entrevistadas fueron contactadas a través de la técnica de bola de nieve. Todos los nombres fueron modificados para preservar el anonimato de los/as entrevistados/as y de los lugares visitados.

La muestra final de profesionales quedó conformada cuando la información relevada resultó suficiente para alcanzar la saturación teórica. La información que aquí se presenta forma parte del trabajo de campo realizado entre junio del 2013 y febrero 2017. La técnica de entrevista semiestructurada se centra en una conversación basada en un guion temático sobre lo que quiere que se hable con el informante, donde se incorporan preguntas abiertas con el fin de que el entrevistado exprese sus opiniones, las cuales pueden desviarse del guion pensado por el investigador inicialmente (Denzin y Lincoln, 2005). La guía de entrevistas o guion temático buscó rescatar las opiniones del personal de salud respecto a la población migrante boliviana, la cual se focalizó en tres principales ejes: a) representaciones sociales sobre la población migrante boliviana en general y en los servicios sanitarios; b) identificación y opinión sobre las barreras y facilitadores que existen en el acceso y el uso de los servicios de salud reproductiva de las mujeres migrantes; y c) identificación y opinión sobre la atención sanitaria destinada a las mujeres migrantes dentro y fuera de los servicios de salud.

Según normas éticas nacionales del Consejo Nacional de Investigaciones Científicas y Técnicas (Resolución 1806/04) e internacionales, se informó a los entrevistados sobre la finalidad de la entrevista y el carácter voluntario de su participación, así como el carácter anónimo de la misma y de la institución. Las entrevistas, que tuvieron una duración aproximada de entre dos y tres horas, fueron realizadas por investigadores sociales pertenecientes a la universidad, los cuales se presentaron como externos e independientes a las instituciones de salud. Las entrevistas fueron realizadas en el ámbito de los servicios de salud en el caso de los profesionales de salud. Todas fueron grabadas con consentimiento de la persona entrevistada y posteriormente transcritas para su posterior procesamiento y análisis. La codificación de las entrevistas y el análisis fueron realizados manualmente por el investigador principal, considerando los principales tópicos con los cuales fue construido el problema de análisis:

- a) Representaciones sociales de las mujeres bolivianas en general y en los servicios de salud (características, diferencias con otros grupos sociales, principales necesidades en salud).
- b) Facilitadores y obstáculos en la búsqueda de atención sanitaria por parte de las poblaciones migrantes bolivianas (barreras comunicativas, relación médico-paciente, barreras económicas, compatibilidad entre la atención y las necesidades de las mujeres).
- c) Prácticas sanitarias destinadas a la atención de mujeres migrantes (atención intra y extra muros, principales problemáticas abordadas, programas de atención sanitaria).

El análisis de los datos recabados se realizó a través del análisis de la narrativa, tomando en cuenta que las personas son seres sociales activos que construyen realidades personales y sociales a través de las historias y los relatos (Sommers, 1994).

RESULTADOS

La cultura vinculada a las características de las mujeres bolivianas en los servicios de salud

En la literatura nacional, de entre los migrantes que llegan a los servicios de salud, el migrante boliviano aparece como *el otro* más diferenciado, con características propias (lenguaje, vestimenta, costumbres) y rasgos fenotípicos determinados y diferentes a los de los/las argentinos/as (Jelin *et al.*, 2006). En este contexto, las mujeres tienen un peso particular en los relatos de los profesionales sobre el colectivo boliviano que se explica en gran parte por el tipo de los servicios analizados, principalmente ligados a la salud reproductiva.

Las entrevistas realizadas en la ciudad Córdoba dan cuenta de que las relaciones entre las migrantes y el sistema de salud son conflictivas como producto de las diferencias culturales que encuentran los profesionales en la atención. La cultura se esgrime como un gran paraguas para explicar los comportamientos en salud de las migrantes; así como también el fracaso en sus prácticas sanitarias. Las representaciones de las mujeres bolivianas están vinculadas a la figura tradicional que se le ha atribuido al colectivo boliviano en la sociedad argentina, especialmente a las mujeres, asociada a la sumisión y a la docilidad (Magliano, 2009). “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, tercer nivel de atención, entrevista, Córdoba, 2013).

Las barreras culturales asociadas a la comunicación médico-paciente aparecen en los relatos como una de las características más sobresalientes de la relación con las pacientes, señalándose la frustración que genera la dificultad para dialogar con las mujeres durante la consulta y que la información ofrecida sea entendida y asimilada por la paciente.

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, tercer nivel de atención, entrevista, Córdoba, 2013).

No sabés si están entendiendo, no se les traduce en la cara la forma en que están recibiendo el mensaje... Tenés que insistir la comunicación por ambas

partes. La sensación que a mí me queda es que no tienen una expresión; no sabés si realmente lo entendió el mensaje. Con las mujeres argentinas no me pasa tanto; las argentinas son más cuestionadoras, pero según ellas [las bolivianas] todo siempre está muy bien (Laura, ginecóloga-obstetra, tercer nivel de atención, entrevista, Córdoba, 2013).

La naturalización y reproducción de miradas estereotipadas de la mujer boliviana –y de la argentina– como parte de un grupo uniforme debe ser leída como producto de la reificación de la cultura, la cual ha provocado estereotipos inadecuados en el tratamiento asistencial de los enfermos, homogeneizados o encasillados casi a la fuerza a partir de su adscripción étnica o cultural (Caggiano, 2008). La negociación y reconstrucción identitaria indígena en la migración tiene lugar en un contexto complejo. Mientras que en el lugar de origen se vive un proceso de creciente autoreconocimiento indígena, en el lugar de destino los/las inmigrantes se encuentran con una mirada homogeneizadora de la sociedad receptora y una actitud ambigua de parte del Estado, que arrastra largas décadas de invisibilización de la población indígena (Caggiano, 2008).

A partir de lo señalado por Caggiano, resulta interesante observar en el relato siguiente cómo el modelo biomédico genera situaciones donde las mujeres son colocadas en roles que, presentados bajo una supuesta *naturalidad*, esconden desigualdades sociales, de género y étnicas provocando la reproducción de estereotipos culturales de mujeres pasivas y sujetas al dominio masculino.

Los que llegan de allá (de Bolivia) tienen un lenguaje que es difícil a veces comunicarse y tienen una cultura muy arraigada, es muy fuerte la cultura que ellos tienen. Por ejemplo, la cultura que ellos tienen es que el esposo es el que le transmite todo a su mujer. Una por el lenguaje mismo, parece que los hombres están más entrenados o pueden enfrentar a la situación y las mujeres están muy sometidas, hay un sometimiento. Son personas muy cerradas al comienzo, son personas que, que tienen una cultura muy particular... (Marianela, enfermera, tercer nivel de atención, entrevista, Mendoza, 2016)

Desde aquí, la cultura, como categoría estática y universal, no solo es utilizada para justificar relaciones de desigualdades de género al interior de la pareja sino también cómo, en este caso, el profesional sanitario adquiere una posición de resignación frente a situaciones que son entendidas como innatas al colectivo.

El uso de la cultura del otro(a) como mecanismo médico disciplinatorio

Aun cuando para algunos/as profesionales la *cultura* y *lo cultural* están puestos en la esfera de los otros, así como también las deficiencias de la atención que surgen de tales demandas (Mariano, 2008); para otros, dicha diversidad abre importantes cuestionamientos en torno a la práctica médica.

Son mujeres que trabajan en el campo y la preocupación de ellas, que es una particularidad de ellas [las bolivianas], es que siempre piden tener parto normal

porque el que les haga una operación, una cesárea, a ellas les impide salir a trabajar más pronto al campo. Por eso te digo hay un tema con el machismo, con el autoritarismo del hombre. Por ejemplo han habido casos donde mujeres que han tenido varios hijos y que ha implicado un gran trabajo de parto y les han querido hacer una cesárea y ellas se han negado por lo general a que les hagan la cesárea hasta que venga el esposo (Marianela, enfermera, tercer nivel de atención, entrevista, Mendoza, 2016).

Como vemos en el relato anterior, desde una mirada crítica al sistema sanitario se reconoce que éste último *cuestiona* a las familias que deben adaptarse a arreglos de cuidado intrafamiliares y sociales. Aquí, la enfermera entrevistada remite a la sanción que se imparte desde el sistema de salud a partir de lo que se interpreta como una *desviación* de las expectativas domésticas, la cual conlleva distintos tipos de cuestionamientos y reflexiones sobre el sistema sanitario y su capacidad de canalizar la diversidad. Al mismo tiempo, el relato pone nuevamente en evidencia cómo la naturalización de los estereotipos vinculados a la pasividad y a la sumisión atraviesa las imágenes de la mujer como acompañantes del varón y reproductoras del espacio doméstico como parte de un modelo eminentemente biológico.

Desde aquí, resulta interesante observar también los 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 acordes a los parámetros esperados por el sistema argentino. En particular, el sistema biomédico se erige en un tipo de control social hacia las mujeres que se apartan de una norma que privilegia la función reproductiva y de cuidado por sobre la productiva, sancionando la doble pertenencia de aquellas que se dividen entre el mundo doméstico y el público. Esta mirada no sólo invisibiliza a la mujer trabajadora, sino que contribuye a afianzar la ruptura vida doméstica/vida pública y el tipo de organización familiar que opera en las familias en el contexto migratorio.

Así lo reconocen nuevamente las entrevistadas en las citas siguientes al momento de señalar críticamente la mirada sancionatoria/controladora que tiene el sistema sanitario en relación a la vida productiva que llevan las mujeres. En este sentido, se evidencia a continuación que cuando la dominación genérica e higienista del modelo médico hegemónico se entrecruza con la etnicidad y la migración, las mujeres migrantes bolivianas resultan objetos de una relación autoritaria que juzga sus comportamientos a partir de una mirada estereotipada que interpreta su figura como desinteresada/desligada de la crianza de sus hijos y de la vida doméstica.

E (entrevistada): ¿Y para ustedes cómo interpretan ellos su propia salud?

P (Paola): Me parece que ellos asocian la salud con trabajar. Ya estar enfermo les imposibilita la tarea de trabajar, de obtener la comida, de obtener los servicios necesarios para subsistir, es por eso que te decíamos lo de la cesárea,

ellos no quieren, se niegan rotundamente y hay veces que les están explicando que el bebé viene mal, que tienen que hacerle una cesárea sí o sí y dicen “esperemos un tiempo más porque yo tengo que salir a trabajar”. O sea es como que más que todo les importa trabajar no tanto la salud, no tanto seleccionar su bienestar. Ellas prefieren tener el niño ya, ir a trabajar y no tener una cesárea que le va a imposibilitar trabajar. Yo pienso que [el trabajar] sí les afecta. Viene una mujer de veinticinco o treinta años con cuatro, cinco hijos que ha trabajado y que está trabajando permanentemente toda su vida y vos la ves muy arruinada, descuidan su dentadura, descuidan su aspecto personal, todo [...] Están fuera de la casa, ellas trabajan en la chacra, después vienen a hacer sus tareas domésticas al mediodía y vuelven otra vez a la chacra y luego los viene a buscar los transportes de la propia chacra, el patrón digamos...y me han contado a mí que dejan todos los niños, los que van a la escuela van solos y después dejan una persona a cargo de todos los niños (Paola, enfermera, tercer nivel de atención, entrevista, Mendoza, 2016)

Este tipo de accionar vinculado a lo que entendemos como *adecuación/aculturación* de las pacientes bolivianas a las expectativas esperadas por el sistema médico argentino es claramente observado en las explicaciones ofrecidas por el agente sanitario que recorre un asentamiento rural, donde vive un importante número de familias de origen boliviano. La figura del agente sanitario cobra particular relevancia para entender el tipo de disciplinamiento que opera en la atención de la mujer migrante tendiente a privilegiar la función reproductiva en tanto madres y como responsables por la alimentación, higiene y bienestar de los otros.

Como una forma de extender la estrategia de atención primaria de la salud, los agentes sanitarios son los que tienen a su cargo la implementación de las tareas de promoción de la salud y prevención mediante las visitas domiciliarias que realizan a cada una de las familias, conformándose como nexos entre éstas y los servicios sanitarios. Una de sus principales funciones consiste en *enseñar los hábitos de salud* a partir de una grilla de *factores de riesgo* preestablecidos en un formulario donde el agente debe ir distinguiendo el nivel de *criticidad* de los grupos de riesgo de acuerdo a la cantidad de *factores* detectados e ir estableciendo las estrategias y aspectos en los que centrará sus *consejos y recomendaciones* (Lorenzetti, 2012). A pesar de la supuesta *neutralidad* esgrimida, las intervenciones sobre el *grupo de riesgo* que desarrolla el agente sanitario están atravesadas por fuertes sesgos de género, de clase y étnicos que conllevan un entramado de prácticas de disciplinamiento y control orientadas a encauzar o *aculturizar* a las madres en un determinado tipo de paciente y de mujer acorde a un modelo de salud deseado.

De a poco se están acostumbrando al ritmo del sistema de salud pero cuesta mucho. Muchas veces le tenés que decir “mirá mamá, decile a tu marido que no podés trabajar porque ya vas a tener (el bebé)”, pero es cultural, ¿y qué podés hacer culturalmente?, hay otras culturas que digamos, nacieron así... qué

sé yo, hay cosas que no las vamos a poder cambiar... (José, promotor de salud, primer nivel de atención, entrevista, Mendoza, 2016)

Observamos que en el discurso del agente sanitario se reproducen los roles que se espera cumplan las mujeres bolivianas en el cuidado de su propia salud, pero sobre todo en el cuidado de quienes tienen a cargo. Así como también son desaprobadas ciertas acciones y estrategias que se dan en un marco de conciliación entre el cuidado y el trabajo remunerado. Se observa abajo, cómo la cultura aparece reiteradamente en las explicaciones sobre el bajo nivel de salud de las migrantes, pero desde una mirada de clase que las subsume a las condiciones materiales de vida, producto de los hábitos o valores del colectivo migratorio. En este sentido, los estándares sobre la forma de cuidar la salud que deja entrever el agente sanitario, además de la reproducción de estereotipos de género vinculados a roles tradicionales de cuidado doméstico, tienen un importante sesgo normativo que asume como dadas las condiciones de vida que se espera cumplan las familias. También se observa cómo el agente sanitario reduce las explicaciones sobre comportamientos de las mujeres bolivianas a la cultura, a su vez que refuerza la relación mujer-madre-cuidadora como un hecho dado. De aquí que se genera una *culturización* de la desigualdad social, la cual, al invisibilizar las condiciones materiales de vida, atenúa la responsabilidad del sistema sanitario en la reproducción de desigualdades y en los roles que debería llevar a cabo para prevenirla.

La “aculturación” de hábitos y comportamientos sanitarios

Los cuerpos no son productos biológicos; las sociedades y los sistemas de salud construyen las nociones del cuerpo y de la sexualidad en estrecha relación con el género, la clase y la etnia (Foucault, 2003). Aunque esta construcción atraviesa a distintos grupos sociales, las mujeres, independientemente de su nacionalidad o condición migratoria –cuando es observado bajo la lente de la migración procedente de Bolivia–, asumen particularidades específicas ya que dan cuenta de mecanismos tendientes a construir cuerpos dóciles y maleables. En otras palabras, cuerpos que son capaces de adaptarse a los parámetros esperados por el sistema de salud argentino.

La conversación siguiente con una enfermera de Mendoza pone en evidencia cómo la cultura vuelve a aparecer como la causa principal para explicar actitudes de timidez de las bolivianas durante consultas ginecológicas, así como también la noción de que aquella puede ser modificada en tanto las mujeres vayan desprendiéndose de la cultura nativa e incorporando nuevas pautas o hábitos adquiridos a lo largo de su estadía en la Argentina. De hecho, queda claramente expuesta la asociación país de origen-cultura-comportamiento en tanto se piensa que las segundas generaciones nacidas en Argentina están más conscientes de sus derechos. Es decir, dejan de ser cuerpos dóciles, maleables y pasivos

como las que llegan directamente desde Bolivia, para convertirse en sujetos de derechos a partir de la incorporación de hábitos culturales similares a los que tienen los argentinos.

E: ¿Y en general cómo es la relación que tienen ellas con su cuerpo?, ¿cómo lo ven ustedes?

M: Y yo en muchas ocasiones he visto que son muy tímidas para dejarse, para que vos las ayudes o las revises, están siempre cuidándose de que no las veas, que no las abordes mucho. Yo creo que el abordaje con ellas es difícil, ellas se sienten como invadidas. Como que vos las vas a revisar y por ejemplo juntan las piernas, se tapan con la ropa, ¿entendés? Se sienten incómodas con todas esas cosas... Por eso te digo que la gente que es muy nativa de allá, ahora la gente que ha estado mucho tiempo acá o son hijos de bolivianos ya es distinta, cambia mucho. Son personas que las podés abordar, que saben defenderse más, que saben sus derechos y muchas cosas así. Y ahí como que vienen y ellos te imponen las cosas y te dicen “no, vos me trataste mal, vos me estás discriminando, vos nos discriminas a nosotros, por eso nos tratás así y así cosas así” (Marisela, enfermera, tercer nivel de atención, entrevista, Mendoza, 2016).

La manera en que opera del sistema de salud en la construcción de la imagen de las mujeres bolivianas como pacientes dóciles y maleables encuentra importantes similitudes con el trabajo de Ezquerro (2007), quien muestra cómo el Estado a través de sus diferentes políticas trata de construir los cuerpos de las trabajadoras filipinas como cuerpos dóciles, sin deseos sexuales, responsables de procurar el bienestar a su familia y por extensión a su país. En este caso, lo que podemos observar es cómo el agente sanitario en el marco de las relaciones de dominación y subordinación que ha caracterizado históricamente al modelo médico hegemónico genera discursos y prácticas sanitarias atravesadas por sesgos generizados y nacionalizados en donde se coloca a la mujer como responsable de prevenir el contagio de enfermedades transmisibles dentro de las familias y en consecuencia dentro de la población boliviana.

Este accionar debe ser leído desde un carácter eminentemente discriminatorio desde donde se erige el rol del profesional sanitario como responsable natural de prevenir a la población nativa del potencial peligro que pueden tener los extranjeros, especialmente los de origen boliviano. Los relatos del agente que se observan a continuación ponen de manifiesto cómo las bolivianas y su grupo familiar aparecen como *sospechosos* en la transmisión y contagio de enfermedades infecciosas como la tuberculosis, y donde nuevamente la mujer es colocada como responsable de controlarse y controlar a su familia para evitar la diseminación de una potencial enfermedad. En este sentido, nuevamente se observan prácticas de disciplinamiento especialmente vinculadas a los roles reproductivos y de cuidado, como formas a su vez, de proteger a la población nativa de un potencial peligro.

Vos (por él) tenés que tener la responsabilidad de derivar a tal mujer al hospital a algún lugar por falta de control de niño sano, por falta de control de

embarazo, por sospechoso de una tuberculosis. Cada vez que va la gente (al hospital), que vos derives una mujer y que vaya ya es una satisfacción. Entonces... por ejemplo (la mujer) estaba embarazada, entonces yo fui y le saqué el turno. Yo mientras que lleguen, ya es una satisfacción (José, promotor de salud, primer nivel de atención, entrevista, Mendoza, 2016)

REFLEXIONES FINALES

El objetivo de este estudio fue conocer y analizar las percepciones de los equipos sanitarios en torno a las mujeres migrantes bolivianas desde la teoría de la interseccionalidad. El trabajo buscó indagar cómo los profesionales de la salud construyen la cultura del otro en relación con las prácticas de salud de las mujeres migrantes y la manera en que dicha construcción influye en la atención sanitarias. En tanto la fuente de información fueron las entrevistas, los discursos y narrativas de las entrevistadas, estuvieron atravesadas por los sentidos, los prejuicios, los valores y mirada cotidianas, y de igual forma por las expectativas respecto a la entrevista y a la entrevistadora. La literatura sobre migración y salud ha estado principalmente focalizada en identificar las distintas barreras culturales que influyen sobre el acceso y el cuidado de la salud de las mujeres migrantes (Virruel-Fuentes, Miranda y Abdulrahim, 2012; Caramés, 2004; Comelles *et al.*, 2009; Guo y Phillips, 2006).

En Argentina, esta aproximación ha atravesado particularmente los estudios sobre migración boliviana y salud, pero sin prestar suficiente atención a cómo se construye la noción de cultura y cómo la misma opera en el tipo de atención que se imparte hacia las mujeres de este colectivo. Este trabajo incorpora una nueva mirada al campo de la migración boliviana y la salud en Argentina, recuperando la aproximación de la interseccionalidad con el fin de complejizar los enfoques que han tendido a reducir las experiencias de las migrantes bajo el lente de una sola categoría o clasificación social. Desde aquí, se muestran los distintos ejes de desigualdad que subyacen a la noción de cultura y que influyen negativamente en la producción/reproducción de inequidades sanitarias.

El aporte del trabajo está vinculado a la riqueza que conlleva la articulación entre la teoría de la interseccionalidad y la salud migratoria, la cual permite poner en cuestión la noción de cultura utilizada por los profesionales para visibilizar los distintos ejes de dominación social –de clase, de género, de nacionalidad, étnicos/raciales– desde donde el sistema sanitario se erige para desplegar mecanismos de disciplinamiento para encausar (o aculturizar) a las migrantes dentro de los parámetros deseados por el sistema de salud argentino. En particular parámetros donde se refuerzan pautas reproductivas y de cuidado de la salud de la familiar a partir de una invisibilización de las tareas productivas y las diferentes dinámicas de organización familiar que operan en el contexto migratorio. Así, los cuerpos de las mujeres migrantes son generalizados, etnizados, y desterritorializados de

las particularidades de sus lugares de origen, así como del contexto específico donde las mujeres desarrollan sus trayectorias de vida en el proceso migratorio.

Como señala Parella (2003), en el proceso migratorio las tareas de cuidado en las poblaciones migrantes y la construcción social del rol materno está atravesada en muchos casos por cómo se van reconfigurando los roles productivos y reproductivos. En otras palabras, aún cuando para las migrantes estos procesos reconfiguran roles de cuidado a partir del apoyo que reciben de sus familiares, o bien implican la superposición del mundo productivo/reproductivo como una lógica de un flujo continuo y no tanto de una radical división de experiencias separadas (Parella, 2003), desde el sistema sanitario estas prácticas son observadas como una desviación. Como señalamos, la dominación genérica y etnocentrista de la relación médico-paciente puede aplicarse a todas las mujeres independientemente de su nacionalidad o condición migratoria. Sin embargo, en el caso de las mujeres bolivianas adquiere particularidades específicas ya que da cuenta de mecanismos de construcción de cuerpos dóciles y maleables a partir de reproducciones culturales que perpetúan imágenes estereotipadas asociadas a la pasividad y a la sumisión.

La atención hacia la mujer boliviana debe ser leída desde el paradigma positivista que ha caracterizado al sistema biomédico desde su carácter eminentemente biologicista donde los aspectos sociales –en este caso vinculados a la participación de las mujeres en el sector productivo– quedan invisibilizados. La particularidad que adquiere este paradigma en la atención de mujeres migrantes bolivianas debe ser analizada a partir de las concepciones subyacentes a la conceptualización de la cultura del otro/a boliviano/a como un aspecto negativo del colectivo en su conjunto, pero particularmente de las características individuales de las personas. Como mencionamos, esta interpretación particular de la cultura se encuentra –no casualmente– en sintonía con interpretaciones culturales de la pobreza asociadas a la *culpabilización de las víctimas* de su propio destino, en donde las nociones sociales quedan subsumidas a interpretaciones individuales, asumiendo que las personas pueden dejar de ser pobres *si cambian de cultura* (Ramírez Hita, 2006).

La mirada interseccional, por ende, hecha luz a la forma en que estas mujeres están envueltas en un complejo engranaje de poder en la relación médico-paciente en el cual existen estructuras de discriminación que las presionan de forma múltiple y simultánea. En este sentido, podemos señalar que las desigualdades sociales en el sector salud se hacen más profundas en el colectivo de mujeres migrantes bolivianas en tanto se articulan distintos ejes de discriminación que incluyen variables de raza/étnicas, de nacionalidad, de sexo y de clase social, además de aquella vinculada a la edad en tanto se trata de mujeres en edad reproductiva. No obstante, más que una sumatoria de ejes de discriminación y una enumeración extensiva de las desigualdades, resulta importante contextualizar la manera en que son encarnadas por el sistema de salud argentino actual donde también se despliegan prácticas sanitarias heterogéneas. De hecho, mientras que en algunas entrevistas se observa con mayor claridad la reproducción de mecanismos de disciplinamiento y

control a partir de miradas cargadas de imaginarios negativos, en otras se busca poner en tela de juicio este accionar como forma de evidenciar las limitaciones del modelo biomédico para responder a la atención y las necesidades específicas de las migrantes. Aunque no fue un objetivo de la investigación identificar diferencias entre profesionales que trabajan en centros de salud y hospitales o interdisciplinariamente, resulta interesante poner en consideración un proceso más evidente de normalización vinculado a instaurar dispositivos de seguridad/técnicas reguladoras dirigidas a los cuerpos individuales (Foucault, 2006) en profesionales que trabajan directamente en campo, como es el caso de los agentes sanitarios.

Así, el trabajo muestra distintos tipos de abordajes en la atención de las migrantes; donde confluyen miradas más empáticas con las realidades de las mujeres bolivianas, principalmente a cargo de trabajadores de la salud psicosocial (trabajadores sociales y psicólogas), y otras donde se reproducen representaciones y prácticas de mayor disciplinamiento y control, reflejadas en profesionales mayormente vinculados a lo biomédico como gineco-obstetras, agentes sanitarios y enfermeras.

Por otro lado, las entrevistas pusieron en evidencia que en un sistema sanitario excluyente las migrantes aparecen como *chivos expiatorios* de los fracasos o limitaciones sanitarias, así como de la débil organización del sistema para responder a la atención de las migrantes. En este sentido, a pesar de que existe una ley de migraciones en Argentina que promueve el acceso a los derechos a la salud de los migrantes, se advierte una ausencia de políticas o programas sanitarios destinados a la atención de los migrantes en general y a sus necesidades específicas. Justamente, la posibilidad de abrir la noción de cultura permite comprender mejor los procesos de construcción de inequidades sanitarias más allá de las barreras culturales o las relaciones interpersonales entre pacientes y proveedores, dando cuenta que las modificaciones en estos procesos demandan transformaciones que involucren aspectos estructurales más amplios.

Las limitaciones del estudio están principalmente orientadas al hecho de que la investigación carece de un estudio de caso control que permita tener acceso a percepciones de profesionales que no tienen contacto con migrantes; de tal forma que se puedan identificar las diferencias que presenta la atención hacia las mujeres bolivianas en comparación con las argentinas. Futuros estudios que se focalicen en la perspectiva de las mujeres migrantes y contemplen el modo en que ellas cuestionan y resisten las distintas lógicas de opresión del sistema de salud serán de utilidad para complementar la información aquí presentada.

Agradecimientos: A la Secretaría de Ciencia y Tecnología de la Universidad Nacional de Córdoba. A Gabriela Maure, quien ha participado a la par en el trabajo de campo en Mendoza que se cita y en algunas reflexiones que se desprenden de este artículo.

REFERENCIAS

- Aizenberg, L. y Baeza, B. (2017). Reproductive health and Bolivian migration in restrictive contexts of Access to the health system in Córdoba, Argentina. *Health Sociology Review*, 26(3), 254-265.
- Aizenberg, L. y Maure, G. (2017). Migración, salud y género: abordajes de proveedores de salud en la atención de mujeres migrantes bolivianas en la provincia de Mendoza, Argentina. *REMHU. Revista Interdisciplinaria de Movilidad Humana*, 25(51), 149-164.
- Aizenberg, L., Rodríguez, M. 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*. Quito: Ediciones Abya Yala.
- Alegria, M., Takeuchi, D., Canino, G., Duan, N., Shrout, P., Meng, X., Vega, W., Zane, N., Vila, D., Woo, M., Vera, M., Guarnaccia, P., Aguilar-Gaxiola, S., Sue, S., Escobar, J., Lin, K. 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.
- Baeza, B. (2014). 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.
- Balán, J. (1990). La economía doméstica y las diferencias entre los sexos en las migraciones internacionales: un estudio sobre el caso de los bolivianos en Argentina. *Estudios Migratorios Latinoamericanos*, 15, 269-294.
- 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.
- Caramés, M. (2004). Proceso socializador en ciencias de la salud. Caracterización crítica del modelo hegemónico vigente. En G. Fernández Juárez (Coord.), *Salud e interculturalidad en América Latina. Perspectivas Antropológicas* (pp. 32-52). Quito: Ediciones Abya Yala.
- Cerrutti, M. (2009). *Diagnóstico de las poblaciones de inmigrantes en la Argentina* (serie de documentos de la Dirección Nacional de Población, núm. 2). Buenos Aires: Dirección Nacional de Población.

- Cerrutti, M. (2011). *Salud y migración internacional: mujeres bolivianas en la Argentina*. Buenos Aires: PNUD- CENEP/UNFPA.
- Cole, B. (2009). Gender, Narratives and Intersectionality: Can Personal Experience Approaches to Research Contribute to “Undoing Gender”? *International Review of Education*, 55(5/6), 561-578.
- Comelles, J., Allué, J., Bernal, M., Fernández Rufet, J. y Mascarella, L. (2009). *Migraciones y salud*. Tarragona: Publicaciones URV.
- Denzin, N. y Lincoln, Y. (2005). *Handbook of qualitative research*. Thousand Oaks: Sage.
- Donato, K., Gabaccia, D., Holdaway, J., Manalasan, M. y Pessar, P. (2006). A Glass Half Full? Gender in Migration Studies. *International Migration Review*, 40(1), 3-26.
- Escarce, J., Morales, L. y Rumbaut, R. (2006). The health status and health behaviours of Hispanics. En M. Tienda y M. Faith (Eds.), *Hispanics and the future of America* (pp. 362-409). Washington, D.C.: National Academies Press.
- Esteban, M. L. (2006). El estudio de la salud y el género: las ventajas de un enfoque antropológico y feminista. *Salud Colectiva*, 2(1), 9-20.
- Ezquerro, S. (2007). Gender, Migration, and the State: Filipino Women and Reproductive Labor in the United States. *Philippine Journal of Third World Studies*, 22(1), 117-44.
- Foucault, M. (1992). *Microfísica del poder*. (Trad. J. Varela y F. Alvarez-Uría). Madrid: Las ediciones de la Piqueta.
- Foucault, M. (2003). *Historia de la sexualidad 2*. (Trad. Martí Soler). Buenos Aires: Siglo Veintiuno.
- Foucault, M. (2006). *Seguridad, territorio, población*. Ed. Michel Senellart. (Trad. Horacio Pons). Buenos Aires: Fondo de Cultura Económica.
- 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 Área Metropolitana de Buenos Aires, Argentina. *Anuario Americanista Europeo*, (11), 199-216.
- Guo, G. y Phillips, L. (2006). Key informants’ perceptions of health care for elders at the U.S.-Mexico border. *Public Health Nursing*, 23(3), 224-233
- Gregorio Gil, C. (2006). Bailarinas y amas de casa. Divisiones sociales en el mercado transnacionalizado y representaciones de género. *Tiempos de América*, (13), 109-120.
- Gregorio Gil, C. (2010). Debates feministas en el análisis de la inmigración no comunitaria en el estado español. Reflexiones desde la etnografía y la antropología social. *Relaciones Internacionales*, (14), 93-115.

- Gregorio Gil, C. (2015). (De)construyendo la categoría "mujeres inmigrantes": De objetos de discurso a sujetos políticos. En I. Medina, M. Luxán, M. Legarreta, G. Guzmán, I. Ziri6n y J. Azpiazu Carballo. (Eds), *Otras formas de (re)conocer: Reflexiones, herramientas y aplicaciones desde la investigaci6n feminista* (pp. 161-175). Donostia-San Sebasti6n: Hegoa.
- Instituto Nacional de Estadística y Censos de la Rep6blica Argentina (INDEC). (2010). Censo Nacional de Poblaci6n, Hogares y Viviendas, 2010. Recuperado de <http://www.indec.gov.ar/>
- Jelin, E., Grimson, A. y Zamberlin, N. (2006). ¿Servicio?, ¿derecho?, ¿amenaza? La llegada de inmigrantes de pa6ses lim6trofes a los servicios p6blicos de salud. En E. Jelin (Ed.), *Salud y migraci6n regional. Ciudadanía, discriminaci6n y comunicaci6n intercultural* (pp. 27-46), Buenos Aires: Instituto de Desarrollo Econ6mico y Social (IDES).
- 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 inter6tnicas en el Chaco Salteño a trav6s de la Atenci6n Primaria de la Salud. *Estudios en Antropología Social*, 1(2), 41-54.
- Lugones, M. (2008). Colonialidad y g6nero. *Tabula Rasa*, (9), 73-101.
- Magliano, M. (2009). Migraci6n, g6nero y desigualdad social. La migraci6n de mujeres bolivianas hacia Argentina. *Revista Estudios Feministas*, 17(2), 349-367.
- Malgesini, G. y Gim6nez, C. (2000). *Guía de conceptos sobre migraciones, racismo e interculturalidad*. Madrid: Catarata.
- Mariano, L. (2008). Culturas biom6dicas. Textualidades y narrativas opacas en la atenci6n a la poblaci6n inmigrante. En G. Fern6ndez Juarez, *La Diversidad frente al espejo. Salud, interculturalidad y contexto migratorio* (pp. 305-320). Quito: Ediciones Abya Yala.
- Mart6nez Pizarro, J. (2003). *El mapa migratorio de Am6rica Latina y el Caribe. Las mujeres y el g6nero*. Santiago de Chile: CEPAL.
- Mart6nez Pizarro, J., Cano, V. y Soffia, M. (2014). Tendencias y patrones de la migraci6n latinoamericana y caribeña hacia 2010 y desaf6s para una agenda regional. *Serie Poblaci6n y Desarrollo*, (109) (LC/L.3914). Santiago de Chile: CEPAL.
- Molina, C. (1994). The influence of culture, class, and environment on health care. En C. Molina y M. Aguirre Molina (Eds.), *Latino Health in the US: A Growing Challenge*. Washington, D. C.: American Public Health Association.

- 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: Ediciones Abya Yala.
- Novick, S. (2004). Una nueva ley para un nuevo modelo de desarrollo en un contexto de crisis y consenso. En R. Giustiniani (Ed.), *Migración: un derecho humano*, (pp. 155-173). Buenos Aires: Prometeo.
- Organización Panamericana de la Salud/Organización Mundial de la Salud (OPS/OMS). (2005). 46º Consejo Directivo. Declaración Regional sobre las Nuevas Orientaciones de la Atención Primaria en Salud (CD/46/13). Washington: OMS.
- Otero-García, L., Goicolea, I., Gea-Sánchez, M. y Sanz-Barbero, B. (2013). Access to and Use of Sexual and Reproductive Health Services Provided by Midwives among Rural Immigrant Women in Spain: Midwives’ Perspectives. *Global Health Action*, 6(8), 22-64.
- Pantelides, E. y Moreno, M. (2009). *Situación de la población en Argentina*. Buenos Aires: Programa de Naciones Unidas para el Desarrollo/United National Population Fund.
- Parella, S. (2003). *La mujer inmigrante: una triple discriminación*. Barcelona: Anthropos.
- Parsons, T. (1951). *The Social System*. Nueva York: Free Press.
- Ramírez Hita, S. (2006). La Interculturalidad sin todos sus agentes sociales. El problema de la salud intercultural en Bolivia. En G. Fernández Juárez (Ed.), *Salud e interculturalidad en América Latina, Antropología de la Salud y Salud Intercultural* (pp. 405-412). Quito: Ediciones Abya Yala/UCLM/AECI.
- Salant, T. y Lauderdale, D. (2003). Measuring Culture: A Critical Review of Acculturation and Health in Asian Immigrant Populations. *Social Science & Medicine*, 57(1), 71-90.
- Sommers, M. (1994). The narrative constitution of identity. A relational and network approach. *Theory & Society*, (23), 635-649.
- Stolke, V. (2004). La mujer es puro cuento: la cultura del género. *Estudios Feministas*, 12(2), 77-105.
- Swidler, A. (1986). Culture in action: Symbols and strategies. *American Sociological Review*, 51, 273-386.
- Torri, M. (2012). Multicultural social policy and community participation in health: new opportunities and challenges for indigenous people. *The International Journal of Health Planning and Management*. 27 (1), 28-40.

- Viruell-Fuentes, E. (2007). Beyond acculturation: Immigration, discrimination and health research among Mexicans in United States. *Social Science and Medicine*, 65(7), 1524-1535.
- Viruell-Fuentes, E., Miranda, P. y Abdulrahim, S. (2012). More than culture: structural racism, intersectionality theory, and immigrant health. *Social Science & Medicine*, 75(12), 2099-2106.
- Waldstein, A. (2006). Mexican migrant ethnopharmacology: Pharmacopoeia, classification of medicines and explanations of efficacy. *Journal of Ethnopharmacology*, 108(2), 299-310.
- Waldstein, A. (2008). Diaspora and Health? Traditional Medicine and Culture in a Mexican Migrant Community. *International Migration*, 46(5), 95-117.