

Hacia una aproximación en salud intercultural y de género

Reflexiones en torno a la migración de mujeres bolivianas en dos provincias de Argentina

An approach to intercultural and gender health

Thoughts on bolivian women migration in two argentinian provinces

Lila Aizenberg | ORCID: orcid.org/0000-0001-5277-9990

lilaaizen@hotmail.com

Consejo Nacional de Investigaciones Científicas y Técnicas
Argentina

Recibido: 23/10/17

Aceptado: 6/2/18

Resumen

La “perspectiva intercultural” ha ido conquistando un espacio preponderante en la academia y en las políticas sanitarias orientadas a mejorar la salud de la población migrante en general y especialmente de las mujeres migrantes, al ser uno de los grupos con mayores obstáculos para el cuidado de su salud. Sin embargo, todavía no se han generado aproximaciones en salud intercultural que hayan incorporado en profundidad una perspectiva de género. Este artículo analiza miradas de profesionales sanitarios y de mujeres migrantes bolivianas en dos provincias argentinas (Córdoba y Mendoza) con el objetivo de revisar la perspectiva intercultural e identificar procesos que habiliten la posibilidad de pensar un abordaje en salud intercultural que vaya “más allá de la cultura” y tome en cuenta los distintos obstáculos y facilitadores que atraviesan el cuidado de la salud de las mujeres en contextos migratorios. El artículo evidencia que abordajes interculturales con perspectiva de género pueden surgir a partir de dos procesos simultáneos: a) una reflexión crítica respecto a la propia ideología biomédica y a los sesgos de género que la atraviesa, b) el reconocimiento de los saberes y prácticas que las mujeres resignifican y despliegan a partir de las dificultades que encuentran para el cuidado de su salud en el contexto migratorio.

Palabras clave: Género, Salud, Inmigración, Interculturalidad.

Abstract

The “intercultural perspective” has gained a relevant place in the academy and in health policies aimed at improving the health of the migrant population in general and especially of the migrant women, being one of the groups with greater obstacles to healthcare access. Nonetheless, gender perspective has not been deeply included to intercultural healthcare approaches yet. This article analyzes the views of health professionals and bolivian migrant women in two argentine provinces (Córdoba and Mendoza) in order to find the way in which the intercultural healthcare perspective is thought beyond culture and identify processes underlying the possibility of thinking about an intercultural health approach that takes into account the obstacles and facilitators that cross women’s healthcare in migratory contexts. The article shows that intercultural approaches with a gender perspective can arise from two simultaneous processes: a) a critical reflection on the biomedical ideology along with its gender biases, b) the recognition of the knowledge and practices that the women resignify and deploy from the difficulties that they find for healthcare in the migratory context.

Key words: Gender, healthcare, immigration, interculturality.

Introducción

El aumento de la presencia de la población migrante en los servicios de salud ha llevado a una creciente preocupación por el “otro” y por los problemas que acarrearán las distancias socioculturales entre pacientes y proveedores sanitarios. Si bien el sistema de salud viene enfrentándose hace varios siglos con el “problema” de la “cultura”, es recién a partir del fenómeno migratorio que la cultura y la interculturalidad han arribado al discurso biomédico del cual habían sido separados desde fines del siglo XIX a partir del nacimiento de la llamada “medicina moderna” (Mariano, 2008). Las situaciones de choque cultural entre migrantes y servicios sanitarios llevaron a poner en cuestionamiento al modelo médico hegemónico y a su marcado “carácter invisibilizador” del medio, la sociedad y la cultura del enfermo y de la enfermedad, hacia cualquier aspecto intersubjetivo, social y cultural de los sujetos (Caramés García, 2004). Aunque estas problemáticas no son nuevas en las ciencias sociales, fue recién en la década del 90 cuando la literatura sobre migración y salud empezó a acuñar los discursos sobre la interculturalidad y la competencia cultural. 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” indígena, sobre la base de respeto mutuo e igual reconocimiento de los sistemas de conocimiento (Torri, 2012:31). 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 del bajo status en salud de las mujeres migrantes, las relaciones de desconfianza entre profesionales y usuarias, la falta de acceso a los sistemas de salud modernos de las migrantes, la baja performance en el cuidado de la salud y la dificultad en el ejercicio de los derechos a la salud en general. (Cerrutti, 2011; Jelin, Grimson y Zamberlin, 2006; Baeza, 2014; Aizenberg, Rodríguez y Carbonetti, 2015; Goldberg, 2014, Aizenberg y Baeza, 2017, entre otros).

La configuración de la “cuestión migratoria” en términos de “diversidad cultural” trajo aparejado la propagación de trabajos interesados en analizar diferentes propuestas basadas en las “diferencias culturales” como eje de abordajes e intervenciones. Desde aquí, un importante número de trabajos elaborados desde la óptica de la “salud intercultural” se han generado desde

el supuesto de “superar” viejas formas de incidir sobre las relaciones interétnicas volviéndolas más “respetuosas”, “complementarias” y “armoniosas” (Lorenzetti, 2011). Asimismo, la “interculturalidad” como tópico de intervención ha ido conquistando un espacio preponderante en las políticas sanitarias a la hora de fundamentar los lineamientos de los programas dirigidos a la población migrante e indígena en general pero sobre todo a las mujeres, al considerarse uno de los grupos con mayores desventajas en términos sanitarios y con mayores dificultades para acceder a servicios de salud. De hecho, desde fines de la década de 1990, distintos países latinoamericanos han realizado importantes esfuerzos para llevar a cabo programas de salud interculturales con el objetivo de promover la inclusión y participación de las poblaciones indígenas en el diseño de las políticas así como de garantizar los derechos a la salud de los pueblos indígenas de acuerdo a sus costumbres y tradiciones (Torri, 2012). Desde la academia y al compás de la agenda de investigación internacional, la Argentina viene generando una importante cantidad de estudios interesados en analizar el peso de las diferencias culturales sobre la calidad de la oferta de servicios dirigidos hacia población migrante y el tipo de demanda ejercida por parte de las comunidades. Las investigaciones han señalado que, entre las poblaciones migrantes sudamericanas, las procedentes de Bolivia son las que mayores dificultades comunicativas y culturales presentan en la interacción con los proveedores en tanto aparecen como “el otro” más diferenciado por sus características propias (lenguaje, vestimenta, costumbres) y rasgos fenotípicos determinados y diferentes a la de los/las argentinos/as (Jelin et al., 2006:9).

Resulta interesante observar que a pesar de que la “cultura” ha sido identificada como el factor más saliente en la atención sanitaria dirigida hacia la población migrante, el acceso a la salud de las y los bolivianas ha estado atravesado por una multiplicidad de barreras que exceden las diferencias culturales. A partir de la sanción de la nueva Ley de Migraciones 25.871 en 2004¹, la

¹ 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

investigación sobre la articulación entre salud y migración dio a conocer la existencia de distintos tipos de brechas entre la letra escrita de la ley y la práctica, señalando que los y las migrantes bolivianos/as viviendo en el país están expuestos a altos índices de vulnerabilidad, malas condiciones de vida y limitado acceso a los servicios sanitarios. Los migrantes procedentes de Bolivia se caracterizan por tener bajos niveles educativos, condiciones laborales precarias y/o insalubres, malas condiciones de vivienda y escaso acceso a los servicios de infraestructura básica, que influyen negativamente en sus niveles de salud y en los de sus familias (Pantelides y Moreno, 2009). En el caso específico de las mujeres, las migrantes están aún más expuestas a enfrentarse con obstáculos para el cuidado de su salud, así como para acceder a los servicios de atención como consecuencia de factores asociados interseccionalmente a su situación migratoria, su clase social, al género, a su pertenencia étnico-cultural y a la baja calidad de la atención ofrecida por el sistema biomédico (Jelin et al., 2006; Cerrutti, 2011, Aizenberg y Baeza, 2017).

A pesar de que las mujeres migrantes han sido reconocidas como uno de los grupos más vulnerables en términos sanitarios y que la interculturalidad ha sido reconocida como un eje clave para facilitar su acceso a servicios de salud, todavía no se han generado aproximaciones interculturales que incorporen una mirada de género. En el campo de estudio de la interculturalidad se ha señalado críticamente el dominio de los estudios vinculados a los procesos de salud-enfermedad-atención que, centrados en la comunidad, las enfermedades tradicionales y la integración cultural, han sesgado las explicaciones de las causas sociales, culturales o políticas detrás de dichos procesos (Menéndez, 1994). Así, se ha enfatizado sobre la falta de un análisis más amplio respecto a las condiciones sociopolíticas, económicas y vinculadas a la organización de los sistemas de salud en el que se desarrollan las relaciones entre personal sanitario y poblaciones y que explican las inequidades en salud de estos últimos así como su bajo nivel de acceso a los servicios (Ramírez Hita, 2006; Menéndez, 2006; Aizenberg y Maure, 2017). Aún cuando estudios críticos a la interculturalidad han señalado la importancia de mirar “más allá de la cultura” para explicar los resultados en salud de las poblaciones migrantes, todavía no se han generado abordajes que logren desarrollar una perspectiva intercultural desde una aproximación que tome en cuenta quiénes son y qué necesidades y dificultades afrontan las mujeres para cuidar su salud en

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”.

los procesos migratorios. En su gran mayoría, los estudios que han buscado interrelacionar la salud intercultural y el género, han tendido a tomar ambos conceptos como tópicos estancos o bien a generar propuestas de acción con el objetivo de articularlos pero sin que esto esté acompañado por una mirada profunda respecto a cuáles son la multiplicidad de obstáculos que afrontan las mujeres para el cuidado de su salud en sus lugares de destino y/o la forma en que ellas generan estrategias para superarlos. En este trabajo consideramos que es necesario dar cuenta en profundidad cómo las condiciones materiales de vida, especialmente la división del trabajo productivo-reproductivo que realizan las mujeres en los contextos migratorios así como los saberes y prácticas tradicionales resignificadas en dichos contextos dan forma a los procesos de salud y enfermedad y a las maneras en que son transitados. En este contexto, es que el “género” en el marco de la migración y la salud no puede sino entenderse en la interseccionalidad de otros factores de dominación social que atraviesan las prácticas, valoraciones y decisiones de las mujeres. En las migraciones internacionales, las clasificaciones de género, clase social, origen nacional, raza, etnia, la condición migratoria y las políticas sanitarias son sin dudas 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 (Aizenberg y Baeza, 2017).

En primer lugar, dicho proceso invita a pensar sobre una creciente preocupación que se instituye como problema la identificación de la tarea de “administrar la vida” de las mujeres migrantes a través de la gestión del sistema biomédico² (Foucault, 2002). La práctica médico-sanitarista ha estado atravesada por “sesgos de género” donde la perpetuación de ópticas deterministas y biologicistas de la realidad de las mujeres suelen permanecer invisibles para los propios profesionales (Esteban, 2006). En este sentido, el dominio biomédico ha estado atravesado por una “ideología de la domesticidad”³ que ha definido al hogar como el lugar “ideal” de las

² Como señala Menéndez, *desde sus orígenes, el biologicismo inherente a la ideología médica es uno de los principales factores de exclusión funcional de los procesos y factores históricos, sociales y culturales respecto del proceso salud-enfermedad y de las otras formas de atención consideradas por la biomedicina como formas culturales y en consecuencia excluidas o subalternadas* (Menéndez, 2008:25). Desde el diagnóstico y el tratamiento, el sistema biomédico ha tenido una orientación curativa, a-histórica, a-cultural, que instituye una relación médico-paciente asimétrica y que excluye el saber del paciente y sus referencias socioculturales, limitando la posibilidad de narrar su enfermedad y obstaculizando la comprensión cultural-histórica detrás de la construcción de los significados de dichas narrativas

³ Para profundizar, ver Mary Nash (1993; 2004).

mujeres. Aunque las representaciones de género han sufrido modificaciones, aquella ideología forma parte del sistema sanitario y se expresa con particular énfasis en los casos donde existen mayores capas de subalternidad como es el caso de las mujeres migrantes bolivianas a partir de la condición de género, étnico-racial, de nacionalidad y de clase social. Este trabajo busca repensar la noción de interculturalidad en salud desde una mirada de género que resalte el carácter dinámico de los procesos reproductivos/productivos⁴ que viven las mujeres en contextos migratorios y que influyen en el cuidado de la salud así como el control social que se ejerce sobre ellas en distintos espacios como es el caso del ámbito sanitario.

En segundo lugar, repensar la aproximación intercultural en salud desde una perspectiva de género demanda rescatar el lugar de la mujer migrante como generadora y reproductora de

⁴ En términos conceptuales, el trabajo productivo hace referencia al destinado a la producción de bienes y servicios para ser intercambiados en el mercado a cambio de una retribución; a diferencia del trabajo de reproducción, que se realiza para la familia, sin obtener retribución y fuera del mercado laboral (Benería, 2006). Al realizarse fuera del mercado de trabajo, este último se invisibiliza y no es reconocido como "trabajo".

redes sociales, portadora y transmisora de la memoria colectiva, de los saberes y la cultura en el contexto migratorio para abordar la manera en que ellas enfrentan los obstáculos ligados al cuidado de su salud. Desde la agencia social, el trabajo concibe a las mujeres como agentes sociales y privilegia su capacidad en la recreación de los saberes transmitidos respecto a las saberes y redes comunitarias como fuentes de transmisión étnica y cultural y de apoyo mutuo para el cuidado de su salud (Anthias, 2006). En un contexto caracterizado por una multiplicidad de barreras de acceso a servicios, saberes, prácticas y recuerdos se resignifican, se activan y se plasman en estrategias que las mujeres despliegan para sortear los obstáculos que encuentran en el sistema sanitario una vez en Argentina. En este sentido, este trabajo recupera la multiplicidad de los espacios donde transitan las mujeres el vínculo con su cuerpo y el cuidado de su salud, los cuales no sólo están centrados en la relación interpersonal con médico-paciente sino en una variedad de instancias individuales y colectivas, recuperando las explicaciones de las causas sociales, culturales o políticas detrás de los procesos de salud, enfermedad y atención (Menéndez, 1985).

Aspectos metodológicos

Este artículo tiene como objetivo reflexionar sobre las condiciones que deberían considerarse para generar una aproximación en salud intercultural desde una perspectiva de género a partir del análisis de caso de la migración boliviana en Argentina. El trabajo pretende revisar la aproximación intercultural y a su énfasis en las distancias culturales entre proveedores y migrantes para pensar abordajes que recuperen el marco más amplio que atraviesa la salud en contextos migratorios. Aun cuando se reconocen las brechas culturales entre las mujeres migrantes bolivianas y el sistema sanitario argentino y las limitaciones que esto produce para el acceso a servicios, la calidad de la atención ofrecida y la prevención y promoción de la salud (Cerrutti, 2011; Gailly, 2009), este estudio no se focaliza en la barrera cultural. Por el contrario, busca abrir el concepto de salud intercultural para identificar más acabadamente un abordaje que vaya más allá de la cultura y recupere los distintos obstáculos y facilitadores que atraviesan la atención sanitaria impartida hacia las mujeres migrantes así como la

forma en que ellas experimentan el contacto con los servicios y el cuidado de la salud en contextos migratorios. Para esto se recuperan opiniones y representaciones de profesionales de salud de las provincias de Córdoba y Mendoza respecto a la mujer migrante boliviana y a sus prácticas de atención así como la voz de las propias mujeres en relación al cuidado de la salud en procesos migratorios. La investigación consistió en un estudio exploratorio y descriptivo que utilizó una metodología cualitativa centrada en entrevistas semiestructuradas y grupos focales realizados a profesionales sanitarios ubicados tanto en el centro de la ciudad de Córdoba como en un asentamiento rural del Municipio de San Carlos en Mendoza y del centro del municipio de Tupungato de la misma provincia. Entre ambos lugares, se entrevistaron 8 profesionales de salud de sexo femenino y 1 masculino pertenecientes a centros de salud y a hospitales generales referentes (2 enfermeras pertenecientes a centros de salud y 1 psiquiatra, 2 psicólogas, 2 trabajadores sociales y 2 ginecólogas-obstetras a hospitales).

En todos los casos, se seleccionaron profesionales de la salud que, a raíz la propia reflexión producto de la entrevista o bien previo a la misma, cuestionan desde una mirada crítica las lógicas del sistema sanitario en el marco del modelo médico hegemónico. Si bien en otros trabajos abordamos las lógicas propias del modelo y la particular forma en la que opera sobre las mujeres migrantes, en éste nuestra intención es poder deconstruir estas lógicas para acercarnos a identificar factores subyacentes a la posibilidad de pensar desde un abordaje que verdaderamente incorpore a la mujer migrante y sus realidades en los procesos de salud-enfermedad-atención. Esto supone pensar al sistema sanitario desde una epidemiología crítica feminista donde las condiciones, ideas y prácticas que los grupos poseen a partir de su inserción estructural, cultural y de género son cuestionadas desde un sentido crítico y emancipatorio con el fin de desentrañar las raíces sociopolíticas de las inequidades que generan y reproducen (Breilh, 2013; Araujo et al., 2011).

También se incluyeron 5 entrevistas en profundidad con mujeres migrantes, bolivianas viviendo 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. Si bien estas migrantes se autodefinen en primera instancia como bolivianas, se consideran en relación a su origen étnico quechuas o aymaras. Asimismo, fueron entrevistadas dos referentes de la comunidad andina en Córdoba asociadas a la defensa de los derechos de las migrantes. El trabajo de campo contempló la realización de entrevistas a mujeres migrantes bolivianas viviendo en Mendoza que aún está en proceso de realizarse. La información que aquí se presenta forma parte del trabajo de campo que se viene realizando desde junio del 2013 hasta la actualidad. En las entrevistas hechas a personal de salud se rescató sus percepciones respecto a la población migrante boliviano en particular así como sus opiniones sobre las barreras y facilitadores que existen en el acceso y el uso de las

mujeres migrantes a los servicios de salud pública. En el caso de las mujeres migrantes, se buscó profundizar sus experiencias en relación al cuidado personal y familiar de la salud así como sus opiniones respecto al uso y acceso a servicios sanitarios.

Desde la década del 70, 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%, 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. 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 las migrantes en procesos productivos se ha dado principalmente a través de la fabricación y venta de ladrillos en ámbitos periurbanos así como también 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 a través de la producción agrícola vitivinícola, de frutos y hortalizas que requiere de una importante mano de obra durante los períodos de cosechas, la cual es desarrollada por toda la familia campesina donde hombres y mujeres de toda edad participan en uno u otro momento de su vida en labores agropecuarias (Balán, 1990).

Análisis

La deconstrucción del sistema biomédico hegemónico

Desde principios del siglo XX, el cuerpo de la mujer ha estado ha atravesado por una perspectiva higienista, la cual ha privilegiado su función reproductiva en tanto madres y como responsables por la alimentación, la higiene y el bienestar de los otros (Foucault, 2002). Si bien el carácter etnocéntrico y biologicista del sistema médico se ha manifestado universalmente sobre todas las mujeres, ha generado miradas y prácticas particulares a partir de sesgos sexistas, étnicos y de clase social. Esta sección busca recuperar experiencias de mujeres migrantes vinculadas al cuidado de la salud y a su contacto con los servicios sanitarios así como también miradas de profesionales sanitarios que cuestionan al modelo médico hegemónico en el afán de acercarse a las comunidades migrantes y generar formas de atención que logren responder a las necesidades de las mujeres. En el último caso, se trata de psicólogos, psiquiatras y trabajadores sociales que, al quedar al margen del “paradigma positivista biomédico de pretensiones universales donde lo psicológico y lo social son meros epifenómenos que ocultan la “verdadera” realidad” (Kleinman, 1995), reconocen las limitaciones que tienen para llevar adelante su práctica cotidiana y buscan generar abordajes alternativos frente a las limitaciones que encuentran en la formación médica hegemónica. Se incluyen miradas críticas al sistema biomédico en tanto las mismas, entendemos, nos permiten comprender las lógicas con las que opera específicamente este modelo sobre ellas y cuáles deberían ser los requisitos para superarlo.

Comenzar a identificar posibles procesos en la posibilidad de pensar un abordaje intercultural en salud desde una perspectiva de género, requiere primeramente analizar la manera en que el sistema biomédico argentino ha conceptualizado y abordado la “cultura” de las mujeres migrantes bolivianas. Estudios focalizados en la migración, la salud y el género en la Argentina han señalado que la construcción de la figura migrante ha estado atravesada por imaginarios y estereotipos sociales vinculados a la etnicización “en clave nacional” (Baeza, 2014) de los distintos grupos de migrantes, donde el componente étnico vinculado a lo cultural/indígena ha sido ubicado en primer término al momento de la interacción médico-paciente, tal como sucede con las mujeres provenientes del mundo andino. Las

mujeres bolivianas son reconocidas en primer término a partir de una lectura étnica basada en una construcción particular de su cultura y de la manera en que ésta influye sobre su salud. Desde aquí, el encuentro con la diferenciación y la otredad han llevado a generar 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 cual no sólo ha invisibilizado a la mujer migrante sino también a la división de la vida doméstica/vida pública y el tipo de organización familiar que opera en las familias en el contexto migratorio. El diálogo siguiente justamente pone de manifiesto cómo sesgos étnicos y de género se conjuntan en la representación de la mujer boliviana y en la mirada normativa respecto a su función materna. Si bien en la experiencia migratoria, se 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 y plausibles de sanción. Así lo mencionando profesionales al explicar cómo ante situaciones de violencia de género, ellas no logran intervenir ante el rechazo de las mujeres de acudir al hospital por miedo a ser sancionadas:

E1 (entrevistada 1): Y hay muchísimas mujeres bolivianas en situación de violencia y es muy difícil intervenir. No, no aceptan...

I (investigadora): ¿Y por qué creen que no aceptan?

E2 (entrevistada 2): Supongo que en parte tiene que ver con esto que te decía de los prejuicios del sistema de salud porque muchas supongo con esta cuestión de los hijos era sancionarlo como decir “no, no los quiere, no le interesa, los dejó allá” y en realidad ella (en relación a una paciente de origen boliviano) los había llevado a un hogar de monjas, había elegido cuál hogar, de qué manera y se había encargado porque ella tenía que venir a trabajar porque estaba sola y tenía como siete hijos.

(Psicóloga y Trabajadora Social, grupo focal realizado en Tupungato en 4/16)

Desde mediados de la década del 80, el proceso migratorio boliviano hacia la Argentina estuvo enmarcado dentro de un modelo eminentemente familiar donde tanto varones y mujeres fueron ocupando distintos espacios del mundo productivo (Balán 1990). En el contexto migratorio, las tareas de cuidado en las poblaciones migrantes y la construcción social del rol materno han estado signadas por cómo se han ido reconfigurando los roles productivos y reproductivos como parte de las oportunidades y desafíos que se han encontrado en los lugares de destinos (Parella, 2003). Sin embargo, los relatos de los equipos sanitarios muestran que los arreglos de cuidado no sólo no son reconocidos sino que son cuestionados a partir de una mirada que evalúa, vigila y disciplina a la mujer, lo que pone en evidencia el desfase entre las realidades que viven las mujeres migrantes y la mirada que sobre ellas tienen los profesionales. El relato de la profesional abajo seleccionado da cuenta que las mujeres bolivianas son juzgadas por parte del sistema sanitario argentino a partir de una mirada estereotipada que cuestiona su inserción en el sistema productivo así como los arreglos de cuidado productivos/reproductivos que ellas desarrollan en el contexto migratorio.⁵

Se las cuestiona... Es muy común en la población dejar al hijo para ir a trabajar... o llevarlos y tenerlos así en canastos... o dejarlo a la crianza de otros mientras ella va a trabajar o que se va con los familiares, con los hijos más grandes. Y ahí entran en conflicto con las instituciones porque ellas como mujeres trabajan, no son solo madres y entonces el prejuicio de las instituciones es que ellas tienen que ser madres.

(Psicóloga, Tupungato, Mendoza, entrevista realizada en 5/2016)

Si bien la dominación genérica de la relación médico-paciente puede aplicarse a todas las mujeres independientemente de su nacionalidad o condición migratoria, vemos aquí que en el caso de las mujeres migrantes bolivianas supone particularidades específicas. Desde una mirada crítica al sistema sanitario, los profesionales arriba dan cuenta que no sólo se “cuestiona” a la mujer migrante a raíz de lo que se interpreta como una “desviación” a las expectativas domésticas esperadas; sino también cómo el

⁵ Resulta necesario aclarar que en los relatos seleccionados para el análisis, los paréntesis remiten a palabras incluidas por la autora a modo de aclarar el significado de la frase, las cuales son siempre interpretaciones propias y no necesariamente responden exactamente a lo que el/la entrevistado/a hace referencia. Los corchetes se utilizan a modo de mostrar un corte en el relato, el cual se hace en tanto se infiere que el mismo no tiene relación con lo que se busca demostrar pero que el sacarlo no interfiere en el sentido de la frase.

cuerpo de las mujeres migrantes está asociado a reproducciones culturales que perpetúan imágenes estereotipadas asociadas a la pasividad y a la sumisión, como acompañantes del varón y reproductoras del espacio doméstico en el marco de un paradigma eminentemente biológico. Como observamos arriba con la problemática de violencia de género y también más abajo, la mirada sancionatoria del sistema sanitario hacia las migrantes que se alejan de las expectativas reproductivas interpela el accionar de otros servicios que ven amenazada su función. En dos momentos de la entrevista, la trabajadora social señala cómo ella observa la manera en que se pone en tela de juicio a la migrante como madre en el marco de su vida productiva así como su dificultad para “trabajar desde otro lugar” que vaya más allá de la función que el sistema sanitario le impone para evaluar cómo está cumpliendo el “rol materno” pretendido.

Para ella (paciente boliviana) dejar al hijo no tenía que ver con la dejadez de no estar presente en la crianza sino que la crianza es un espacio más de la vida que ellas tienen que cubrir además del trabajo, o sea no es percibido esta cuestión como desinteresada por los hijos... sino como parte de las cosas que tiene que hacer...

(Mariana, trabajadora social, entrevista realizada en Tupungato, Mendoza, 5/2016)

Siempre vienen para evaluación del “rol materno” al espacio de salud mental y lo que se defendía desde ahí era que no se puede brindar un espacio de escucha y de evaluación Y la idea es trabajar desde otro lugar pero es muy difícil porque se da ahí un juego del Estado, del rol del Estado de controlador que dice, “no sos buena madre, está el hogar”, etc.

(Mariana, trabajadora social, entrevista, realizada en Tupungato, Mendoza, 5/2016)

La identificación de los profesionales entrevistados respecto a los mecanismos sancionatorios del sistema sanitario en torno a las migrantes se correlaciona con distintos estudios que han puesto el acento en el sistema biomédico como productor/reproductor de desigualdades de género a partir de la existencia de miradas estereotipadas, exotizadas y rígidas de la cultura del migrante en distintos lugares del mundo (Meñaca, 2004). La literatura ha mostrado que en el caso de las mujeres, estas miradas han estado atravesada interseccionalmente por fuertes ejes de dominación de género, de clase social y étnicos que las han colocado en roles exclusivos del espacio doméstico, reproduciendo aún más la óptica determinista y biologicista con la que

históricamente el sistema de salud ha asociado el cuerpo de las mujeres (en términos generales) a sus funciones reproductivas (Baeza, 2014; Aizenberg y Baeza, 2017; Tribino Caballero, 2012; Alonso, 2009).

En nuestro caso, observamos que el registro que realizan nuestros/as entrevistados/as conlleva distintos tipos de cuestionamientos y reflexiones sobre el propio sistema así como su capacidad de canalizar la diversidad. Como menciona Good, *como único referente de una pretendida objetividad que asume ser neutra, el sistema biomédico ha generado un modelo particular de atención desde un carácter reduccionista que juzga y sanciona otros modelos explicativos y realidades* (Good, 2003:129). Sin embargo, aún cuando el sistema biomédico *se enmarca dentro de un paradigma positivista de pretensiones universales, intolerante y reduccionista de otros modelos explicativos* (Kleinman, 1995) existen fisuras dentro del propio sistema que lo ponen en jaque. En este sentido, si bien para algunos/as profesionales -como aquellos a los que estarían haciendo mención nuestros/as entrevistados/as- 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/as -como los que aquí se presentan-, dicha diversidad abre importantes cuestionamientos en torno a la práctica médica y a su alcance para responder a problemáticas propias de lo ajeno o lo diferente. Mientras que las distancias culturales pueden transformarse en una barrera para la atención, como lo admite la profesional abajo, la posibilidad de superarla depende de revisar la mirada biomédica y “trabajar desde otro lugar”. Así, si bien el sistema biomédico se erige universalmente como un paradigma que niega la diversidad y otras prácticas de cuidado (Menéndez, 1985) esto puede conllevar a frustraciones en la propia práctica médica que motivan el pensar cómo abordar la salud de los otros/as desde una aproximación que reconozca el contexto más amplio en el cual cada grupo transita y genera sus prácticas sanitarias. En el caso particular de las migrantes bolivianas en Argentina, como se señala abajo y se retoma en el apartado siguiente, esto último está asociado a una concepción de la salud que conjuga aspectos físicos, mentales, colectivos espirituales y emocionales

En la atención que hacemos, la cultural es una barrera en la medida en que los profesionales no estén abiertos a que pueda haber la posibilidad de trabajar de manera diferente. Si nosotros no nos damos cuenta de eso entonces no vamos a poder superar esa barrera pero si podemos trabajar desde otro lugar se puede superar... por eso hay que entender que la salud y enfermedad no pasa por una cuestión biológico sino

sociales, psicológicas y de la comunidad, y animarte a ver más allá de lo biológico, ¿cómo es su vida?, ¿cómo se siente? Y ahí decís: “claro, cómo no le va a pasar eso...” Hay que aprender a escuchar.

(Carolina, médica, entrevista realizada en Córdoba en 7/2015)

La salud de las mujeres migrantes está signada además de por determinantes de género por aquellos de clase social y étnicos, lo cual refleja el carácter heterogéneo de la dimensión de género y la necesidad de pensar a la “mujer migrante” en relación a otras dimensiones sociales. Esto implica tomar a la mujer migrante a partir de una mirada que tome en cuenta las distintas intersecciones de dominación social que atraviesan sus realidades. 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). A partir de aquí es que resulta clave señalar que para las mujeres bolivianas el binomio cuerpo-salud-búsqueda de atención no puede estar desligado de la vida laboral-productiva-comunitaria que las atraviesa en el contexto migratorio. Dentro del paradigma médico andino opera una suerte de relación analógica entre el cuerpo individual, el cuerpo social y el cuerpo cosmológico. La concepción de salud que tienen los pueblos indígenas representa una convivencia armónica del ser humano con la naturaleza, consigo mismo y con los demás hacia un bienestar integral, lo que refleja su equilibrio entre lo individual (físico, mental, espiritual y emocional) y lo colectivo (político, económico, cultural y social) (OPS, 2003). Dentro de este sistema y como producto de la socialización y división social del género, la mujer ha asumido el rol de cuidadora, principalmente de los cuidados que tienen que ver con la vida diaria, los alimentos, el cuerpo sano, como figura simbólica de la figura femenina en armonía con la naturaleza (Alvarez, Moncada, Arias, Rojas y Contreras, 2007:681). Así, el cuerpo y la salud no existen como elementos de individuación sino como parte de un conjunto de factores sociales, afectivos, ambientales, espirituales que determinan la armonía interna y externa, individual y comunitaria, en donde las condiciones donde se lleva adelante la vida productiva/laboral cobra una particular relevancia (Rodríguez, 2008) como vemos en el primer relato (abajo) pero también en los anteriores. Aquí, la vida familiar/comunitaria/natural forma parte de las prácticas de cuidado de la salud populares en sus lugares de origen y son trasladadas, reconfigurando el contexto que

da lugar a los procesos de salud-enfermedad-atención en los lugares de destino.

La vida está organizada en función del trabajo y cómo se desplazan... de hecho claro, dónde viven depende de donde estén trabajando... El trabajo es como que muy, muy, organizador así la vida donde están, qué hacen, es el trabajo...

(Psicóloga, grupo focal, Tupungato, Mendoza, 5/2016)

Siempre es prioritario lo natural, lo familiar, la costumbre, a tal punto que en algún momento yo puedo observar como un riesgo de esta otra falta de controles (prenatales) pero para ellos (las bolivianas) están los cuidados pero siempre desde el conocimiento familiar y el natural.

(Marta, mujer boliviana, referente comunitario, entrevista realizada en Córdoba, 6/2014)

Para las mujeres migrantes estas prácticas conviven con la dificultad para acceder a servicios sanitarios producto de las condiciones de precariedad que atraviesan su vida laboral, incluido las zonas geográficas donde habitan y trabajan. También estas cuestiones aparecen en las miradas de los y las entrevistados/as y vuelven a dar cuenta la inadecuación de los servicios a las realidades y necesidades de las migrantes. En particular, los relatos de dos profesionales a continuación muestran que una alta cantidad de horas destinada a los trabajos en cortaderos de ladrillos o en la cosecha estacional en el marco del cuidado doméstico y de las barreras económicas de acceso impide a las mujeres obtener un turno médico⁶:

Vienen de cortaderos de ladrillos y hace poco que están, y vienen de zonas rurales. Por el trabajo, la mujer trabaja a la par del marido; toda la familia trabaja y todo el día. Entonces, no les da el tiempo para venir y sacar turno a las cuatro o cinco de la mañana o quedarse para la consulta.

(Médica, entrevista realizada en Córdoba, 6/2013).

En los controles de partos, el boliviano (en relación a la mujer boliviana), por trabajar en las cortaderas (de ladrillo), viene poco... los bolivianos viven en zonas que están

⁶ Recordemos que los turnos en la gran mayoría de los hospitales y centros de salud públicos se ofrecen en el horario de las 8 de la mañana y son limitados en función de la alta demanda de personas. Por eso, las y los pacientes comienzan a hacer cola varias horas antes de la apertura del servicio, muchas veces en altas horas de la madrugada.

muy lejos; quizás tienen un colectivo que pasa por la zona, pero los centros de salud quedan a cinco o seis kilómetros.

(Trabajadora social, entrevista realizada en Córdoba, 6/2013)

Si bien las condiciones de precariedad laboral y las barreras geográficas y económicas a los servicios de salud no son exclusiva de la población migrante boliviana en Argentina, resulta relevante subrayarlas a modo de resaltar las distintas barreras que atraviesan el acceso de las migrantes a los servicios de salud, las cuales entendemos, deben analizarse a la luz de reconsiderar una perspectiva intercultural en salud que tome en cuenta las realidades de las migrantes bolivianas. Aun cuando existen barreras de género y de clase que pueden atravesar el acceso a servicios de salud de mujeres de otros colectivos sociales, vemos que en el caso de las mujeres bolivianas, estas barreras se acentúan en el desconocimiento respecto al lugar que ocupa el trabajo en la vida de las migrantes así como la falta de adecuación de los servicios al marco más amplio donde se asienta el cuidado de la salud. En este contexto, lo "intercultural" no emana sólo a partir de un reconocimiento de la cultura de las mujeres bolivianas sino de un abordaje colectivo de los procesos de salud que recupera las condiciones de vida de las mujeres en el marco de sus trayectorias productivas/reproductivas y propone acciones, como veremos en la sección siguiente, que apuntan a incorporar las necesidades de las mujeres migrantes en la organización del sistema sanitario y sus concepciones y estrategias en el cuidado de la salud.

Recuperación de los saberes y prácticas que se resignifican en el contexto migratorio

El valor comunitario que atraviesa el cuidado de la salud también está relacionado con el sentido que cobran los saberes y las prácticas que las mujeres bolivianas recuperan y generan en el espacio migratorio. En un contexto caracterizado por una multiplicidad de barreras de acceso a servicios, las migrantes encuentran saberes y conocimientos transmitidos generacionalmente y se apoyan en las redes de apoyo de otras mujeres de la comunidad que les permite autocuidarse en distintos procesos y estados de salud y de enfermedad (Aizenberg y Baeza, 2017). Así lo pone de manifiesto Marta, abajo, donde muestra el rol que cumplen las redes familiares como marco de contención para el cuidado prenatal:

Yo creo que las mujeres bolivianas necesitan tal vez menos el servicio de salud porque los cuidan más (a los hijos), porque están más contenidos, siempre está la mamá, la

abuela, el compadre... Yo no he escuchado casos de chicos que hayan muerto o que estén desnutridos qué sé yo en manos de una boliviana o cosas así, no, no pasa... Sé que se habla mucho eso de no cumplir con los controles (prenatales) pero también ya es costumbre, es cultural también, es como que está bien, las madres te dicen no hace falta, pero no es falta de conciencia, porque toda la familia que está alrededor del niño lo cura y hace un seguimiento y esas cuestiones...

(Marta, mujer boliviana, referente comunitario, entrevista realizada en 8/2014)

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 auto-cuidado:

Las bolivianas tienen menos accesibilidad para ir a un hospital, llevar a los hijos y trasladarse a otro lado para atenderse... entonces buscan alternativas para hacer el seguimiento y hay mucho auto-cuidado del cuerpo que ellas traen de Bolivia.

(Julieta, médica, entrevista realizada en Córdoba en 7/2015)

Como se observa, la cosmovisión andina se recupera en el marco de la vida urbana y en el marco comunitario y familiar como modo de afrontar la atención de los problemas de salud que surgen en contexto migratorio. En otras palabras, lejos de ser barreras, los saberes populares tradicionales como la auto-atención, resultan facilitadores para afrontar las barreras que se encuentran como migrantes en el campo sanitario. Así se observa en la respuesta ofrecida por una mujer de la comunidad al explicar el modo en que se resuelven problemas frente a las dificultades para acceder a turnos en los servicios de salud es elocuente en este sentido.

Vamos (al servicio de salud) cuando está (la enfermedad) muy avanzada. Tratamos de curar acá y sino vamos hasta allá. Sino acá entre nosotros algunos venden algunas cosas y compramos Actrón (por la marca del analgésico) por si nos duele la espalda y al día siguiente ya estamos bien... A mí no me gusta ir (al hospital)... no me gustaría ir porque es muy lento, tenés que esperar sentada, hay que levantar temprano, te da sueño, te da fiaca... empiezan a atender a las 8.30 pero tenés que levantarte como a las 5 o 6 de la mañana para sacar turno e igual te va a tocar (el turno) como a las 12.30 o a la 1 (pm) y ya no se llega a hacer todo en la casa...

porque es según el orden de llegada... Y yo a la mañana tengo que llevar a los chicos a la escuela y cada día espero a mis hijos, luego salen y hago la comida o los voy a buscar [...] Casi no vamos (al hospital). Cuando (en relación a los hijos) tienen fiebre les hago orinar, si se enferma mi hijo varón yo orino y lo baño en orina y si se enferma mi hija le hago orinar a su padre y lo baño por todo el cuerpo. Si no baja le pongo hielo en la cabeza y si no... bueno hay ya que ir al consultorio

(Mariela, mujer boliviana, entrevista realizada en 12/2016)

Frente a dificultades de acceso que pueden ser comunes a mujeres de otros grupos sociales, las migrantes bolivianas buscan superarlas a través de saberes recuperados del mundo andino, las cuales son trasladados a la Argentina a través de prácticas de auto-atención que se realizan para mantener su propia vida, salud y bienestar basado en los conocimientos que posee (Alvarez et al, 2007:681). Así lo señala una mujer migrante en relación al uso de plantas medicinales y de la medicina natural que se origina en el marco de la conexión con la Pachamama:

[...] el inmigrante boliviano viene con una conexión con su tierra que lo hace más inmune a lo que se encuentra acá... entonces muchos bolivianos buscan informarse y formarse sobre esta base para poder afrontar más fácilmente las dificultades de vivir en una gran urbe [...] En Bolivia hay un reconocimiento muy fuerte de la medicina natural y por la naturaleza y se recurre a plantas medicinales que son naturales para sanarnos porque es desde la tierra donde nacemos y nos sanamos... en la pachamama... creemos que la tierra no es un objeto sino un sujeto entonces la pachamama es un ser viviente, nosotros la tratamos como nuestra madre por lo tanto la maternidad y lo que surja de ella la vivimos como parte de esa naturaleza y todo parte de ese fundamento.

(Jacinta, referente de la comunidad boliviana en Córdoba, entrevista realizada en 7/2015)

En este contexto, desde los profesionales, los relatos también dan cuenta la importancia de "animarse a ver más allá de lo biológico" para no sólo reconocer el contexto social, político y cultural que rodea las trayectorias de las mujeres migrantes sino para generar estrategias alternativas para abordarlo. Los relatos siguientes de una psicóloga y una trabajadora social ponen de manifiesto que el recuperar las trayectorias de vida de las mujeres, su rol dentro del proceso

productivo, el valor comunitario de sus prácticas -como el tejido- y su forma de entender que “hay malestares que no sólo son físicos sino más espirituales” o “que la enfermedad no tenía que ver con nada biológico sino con cuestiones sobre el viento, el abandono, los males de la comunidad” permite a los profesionales romper con las distancias que las separa de las mujeres y comenzar a establecer una relación médico-paciente desde una lógica horizontal. Lo que observamos en los relatos es que la posibilidad de reconocer el lugar que ocupan los saberes y concepciones populares y tradicionales de la salud abre interesantes posibilidades para romper con la lógica vertical y autoritaria del modelo médico hegemónico y para pensar relaciones desde un modelo que incorpore verdaderamente al otro(a). En este sentido, las citas abajo dan cuenta que aun cuando abordajes de trabajadores/as sociales y psicólogos/as pueden interpretarse *a priori* como menos biologicista que otras disciplinas, trabajadores/as de la salud psíquico-social pueden también reproducir lógicas propias de dicho modelo basadas en la subestimación o reducción de prácticas alternativas de la salud como parte del modelo médico hegemónico (Menéndez, 1985). Y que por lo tanto, la posibilidad de construir una relación más empática a las realidades de las migrantes demanda una reflexión crítica respecto a la propia ideología biomédica y a los sesgos que la atraviesan al mismo tiempo de una apertura a reconocer las estrategias que ellas desarrollan a partir de la resignificación de sus saberes y prácticas que recuperan desde sus lugares de origen.

Conclusiones

Este trabajo se propuso identificar las condiciones que deberían considerarse a la hora de pensar un abordaje intercultural en salud con perspectiva de género, teniendo en cuenta que dichos abordajes no operan en un vacío sino que se asientan sobre las condiciones estructurales y sobre las experiencias sociohistóricas de la migración boliviana y de las relaciones médico-paciente interétnicas, de género y de clase social. Recuperando miradas de profesionales sanitarios que ponen en cuestión al sistema biomédico hegemónico y de mujeres bolivianas en torno a sus experiencias en el cuidado de la salud, el artículo pretende demostrar que una aproximación intercultural y de género surge

Nosotros vimos y aprendimos mucho a que hay mucha resistencia a prácticas médicas nuestras que tenían que ver con una concepción de la salud y enfermedad distinto, un proceso de sanación distinto, y ahí vi que eso hace que sea muy normal que la gente no llegue al servicio de salud... no es por negligencia sino que ahí vi que las explicaciones sobre la enfermedad no tenían que ver con nada biológico sino con cuestiones sobre el viento, el abandono, los males de la comunidad...

(Trabajadora social, entrevista realizada en Córdoba, 9/2015)

Hay que simbolizar algo del cuerpo en que puede estar diciendo otras cosas. Hay malestares que no sólo son físicos sino más espirituales... siempre hay un choque con la medicina, hay una gran limitación desde dónde se las escucha, entonces en el hacer ellos encuentran más, yo he visto que se engancha un montón más que si le propones el espacio de la palabra. Paulina (una paciente boliviana) nos hablaba que sabía tejer y le empezamos a llevar para tejer y eso permitió que empiece a hablar porque el tejido es importante en la cultura boliviana porque para ella tenía un enlazamiento con su país de origen.

(Psicóloga, grupo focal, Tupungato, Mendoza, en 5/2016)

a partir de dos procesos simultáneos. Por un lado, a un proceso de reflexión crítica respecto a las propias prácticas biomédicas y a los determinantes culturales, laborales y de género que influye sobre la salud de la mujer. Por otro lado, a la aplicación de un abordaje colectivo que incorpore los distintos saberes y prácticas que las mujeres traen desde su país de origen y que ellas utilizan para sortear las distintas barreras de acceso a servicios con las que se enfrentan en el contexto migratorio.

Como señala Good, *la medicina formula el cuerpo humano y la enfermedad de una manera culturalmente específica* (2003:130), en un proceso particular de construcción cultural de sus objetos.

La dominación cultural y genérica sobre las mujeres pobres e indígenas está presente en los sistemas de salud que se encargan de reproducir formas de relación autoritaria y estereotipada, las cuales se expresan con particular relevancia en la construcción histórica que se ha hecho en torno a la mujer migrante (Gregorio Gil, 2010). En este contexto, no sólo se generan construcciones estereotipadas vinculadas a imágenes biologicistas y deterministas asociadas a la vida doméstica que invisibilizan quiénes son y qué problemáticas específicas atraviesan sino que no se generan instancias donde poder conocer cuáles son sus realidades y necesidades específicas. Por eso, a pesar de que existe una ley en la Argentina que promueve el acceso a los derechos a la salud de los migrantes y una devoción particular hacia lo “intercultural”, todavía estamos lejos de poder pensar políticas sanitarias destinadas a la atención de las migrantes que reconozcan e incorporen verdaderamente al(la) otro(a). No obstante esto, en el sistema de salud también con-viven profesionales que, como parte también de la frustración que les genera no poder dar respuestas efectivas a la diversidad, buscan poner en tela de juicio el paradigma biomédico, para reflexionar sobre quienes es el/a otro/a, sus trayectorias y formas de entender y dar respuesta a sus experiencias en salud. En este contexto, lejos de generar recomendaciones sobre cómo abordar la diversidad en los servicios sanitarios o analizar las distancias culturales en la relación médico-paciente, este trabajo busca poner en cuestión la manera en que ha erigido y expandido la perspectiva intercultural en los estudios sobre salud indígena y migratoria, la cual, entendemos, aún mantiene una deuda en el abordaje respecto a cómo se configuran las relaciones de poder existentes entre el modelo biomédico y las mujeres migrantes y las implicaciones que estas configuraciones de poder han tenido sobre procesos de salud-enfermedad-atención, especialmente en contextos sanitarios restrictivos.

En el artículo nos interesó reflexionar sobre cómo superarlas miradas biomédicas y la manera en que operan sobre la construcción de la mujer migrante pero también rescatar a las mujeres migrantes como sujetos activos en la construcción de sus propias trayectorias en salud tomando en cuenta cómo ellas otorgan significado y dan sentido al contexto cultural-histórico del cual han emigrado. Por eso es que enfatizamos el valor comunitario en el proceso de salud en tanto entendemos nos ayuda a complejizar el supuesto de que las prácticas en salud de las mujeres migrantes son el resultado, solamente, de un contexto estructural determinado -en donde el sujeto tiene poco margen de maniobra y una mínima intervención-. Justamente, abordar el valor comunitario, implica observar las prácticas y las trayectorias en la salud de las

mujeres migrantes dentro de un espacio social amplio que considera el conjunto de estrategias de cuidado del cuerpo y de la salud que despliegan las mujeres. Colocar la mirada en las redes y saberes comunitarios implica recuperar la voz de las mujeres como elemento esencial en la construcción histórica de la migración, donde la relación de la salud-enfermedad-atención es abordada como parte de un proceso colectivo dinámico. En este contexto es que entendemos que generar una aproximación intercultural que tome en cuenta la realidad de las mujeres migrantes, supone mirar críticamente a la propia cultura biomédica para así modificar la manera de registrar y dar respuesta a la otredad; es decir, no como un obstáculo sino como un activo que puede ser utilizado para potenciar la atención ofrecida. Este activo, como vemos está presente en los distintos saberes y prácticas tradicionales/populares de cuidado de la salud que mujeres recuperan del mundo andino en el marco de un paradigma de la salud que conjunta dimensiones que van más allá de lo biológico. Por eso es que una aproximación intercultural y de género en el campo migratorio deben considerar los conocimientos, saberes así como las redes de contactos con otras mujeres de la comunidad que preponderan en la vida de las mujeres, especialmente cuando dichas aproximaciones son (o deberían) ser pensadas en contextos caracterizados por importantes y múltiples barreras de acceso al sistema sanitario. Esto obviamente supone un cambio de perspectiva por parte de los sistemas sanitarios: en vez de manejar un concepto de cultura del otro basado en estereotipos, elementos tradicionales construidos desde una perspectiva estática, ahistórica y poco permeable al cambio social, se debe observar como producto de la cultura profesional, con sus propios factores culturales que median en su práctica cotidiana. Así, lo cultural no es algo problemático que desembarca en la biomedicina a partir del contexto de la migración, sino 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 migrantes, configurándose como una variable explicativa más de los des/encuentros en la atención sanitaria intercultural (Mariano, 2008). En este sentido y acompañando la epidemiología crítica feminista, consideramos que una aproximación intercultural y de género en salud migrante debe partir, a través de rupturas epidemiológicas e ideológicas, de la importancia de revisarlas representaciones y prácticas instauradas en los sistemas de salud para superar construcciones deterministas, naturalizadoras y biologicistas (Breilh, 2010; Esteban, 1996) donde verdaderamente se tomen las condiciones sociales y políticas donde las mujeres desarrollan sus procesos de salud.

Bibliografía

- 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*, Vol. 8, N° 1, Enero-Junio, 65-94.
- 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*, Vol. 26, N° 3.
- Alonso, M. (2009). "Mujeres inmigrantes marroquíes en el sistema sanitario catalán". En Comelles, J., Allue, X, Bernal, M, Fernandez Rufete, J., Mascarela, L. (comp.): *Migraciones y salud*. Terragona: PublicacionesURV.
- Anthias, F. (2006). "Belongings in a globalising and unequal world: rethinking translocations". En Yuval-Davis, Nira, Kannabiran, Kalpana & Vieten, Ulrike (ed.) *The situated politics of belonging*. London: Sage..
- Araújo, M., Schraiber, L., Cohen, D. (2011). "Penetration of the gender perspective and critical analysis on the development of this concept within scientific production on public health". *Interface - Comunic., Saude, Educ.*
- 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*, N° 11, pp. 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*, N° 15, pp. 269-295.
- Benerías, L. (2006). "Trabajo productivo/reproductivo, pobreza y políticas de conciliación". *Nómades*, pp. 8-21.
- Breilh J. (2013). "La determinación social de la salud como herramienta de transformación hacia una nueva salud pública (salud colectiva)". *Rev. Fac. Nac. Salud Pública*, N° 31, supl. 1, pp. 13-27.
- 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 García Vázquez, Cristina. (ed). *Hegemonía e interculturalidad. Poblaciones originarias e inmigrantes*. Buenos Aires: Prometeo.
- Caramés García, M. (2004). Proceso socializador en ciencias de la salud. Caracterización crítica del modelo hegemónico vigente. En Fernández Juárez, G. (ed). *Salud e interculturalidad en América Latina. Perspectivas antropológicas*. Quito: Abya Yala.
- Cerrutti, M. (2011). *Salud y migración internacional: mujeres bolivianas en la Argentina*, Buenos Aires: PNUD- CENEP/UNFPA.
- Doyal, L. (1995). *What makes women sick: Gender and the political economy of health*. New Jersey: Rutgers University Press.
- Esteban, L. (1996). "Relaciones entre feminismo y sistema médico- científico". *KOBIE*, pp. 17-39.
- (2006). "El Estudio de la Salud y el Género: Las Ventajas de un Enfoque Antropológico y Feminista". *Salud Colectiva*, 2 (1), pp. 9-20.
- Foucault, M. (2002). *Vigilar y Castigar: Nacimiento de la prisión*. Buenos Aires, Siglo XXI.
- Gregorio Gil, C. (2015). "(De)construyendo la categoría 'mujeres inmigrantes': De objetos de discurso a sujetos políticos". En: Medina, I., Luxán, M., Legarreta, M. Guzmán Iker Zirion G. y Azpiazu Carballo, J. (ed.) *Otras formas de (re) conocer: Reflexiones, herramientas y aplicaciones desde la investigación feminista*. Donostia-San Sebastian: Hegoa.
- 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*, N° 11, pp.199-216.
- Good, B. (2003). *Medicina, Racionalidad y experiencia: una perspectiva antropológica*. Barcelona: Edicions Belaterra,
- 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: Jelin, E. (ed.) *Salud y migración regional. Ciudadanía, discriminación y comunicación intercultural*, Buenos Aires: Instituto de Desarrollo Económico y Social (IDES).
- Kleinman, A (1995). *Writing at the margin. Discourse between anthropology and medicine*. Berkeley: University of California Press.
- Lorenzetti, M. (2012). Alteridades y configuraciones interétnicas en el Chaco Santeño a través de la Atención Primaria de la Salud. *Estudios en Antropología Social*, 1 (2).
- Lugones, M. (2008). Colonialidad y género. *Tabula Rasa*, N° 9, julio-diciembre. pp. 73-101.
- Magliano, M. (2009). "Migración, género y desigualdad social. La migración de mujeres bolivianas hacia Argentina". *Revista Estudios Feministas*. Vol. 17, N° 2, pp. 349-367.

- Mariano, L. (2008). Culturas biomédicas. Textualidades y narrativas opacas en la atención a la población inmigrante. En Fernández Juárez, G. (ed.) *La Diversidad frente al espejo. Salud, interculturalidad y contexto migratorio*. Quito: Abya Yala.
- Menéndez, E. (1994). "Prácticas populares, grupos indígenas y sector salud: articulación cogestiva o los recursos de la pobreza". *Publicar*. Año 3, N° 4, pp. 7-32.
- (2006). "Interculturalidad, 'diferencias' y Antropología 'at home': algunas cuestiones metodológicas". En: Fernández Juárez, G. (ed.) *Salud e Interculturalidad en América Latina. Antropología de la Salud y Crítica Intercultural*. 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, DC: PAHO-WHO.
- Pantelides, E. y Moreno, M. (2009). *Situación de la población en Argentina*. Buenos Aires: PNUD/UNFPA.
- Parella, S. (2003). *La mujer inmigrante: una triple discriminación*. Barcelona: Anthropos.
- Pessar, P. y S. Mahler (2003). "Transnational Migration: Bringing Gender". *International Migration Review*, 37 (3), pp. 812-846.
- Ramírez Hita, S. (2006). "La Interculturalidad sin todos sus Agentes Sociales. El Problema de la Salud Intercultural en Bolivia". En Fernández Juárez, G. (ed.) *Salud e Interculturalidad en América Latina, Antropología de la Salud y Salud Intercultural*. Quito: Abya Yala.
- Rodríguez, L. (2008). *Factores Sociales y Culturales Determinantes en Salud: La Cultura como una Fuerza para Incidir en Cambios en Políticas de Salud Sexual y Reproductiva*. Ponencia presentada en el III Congresso da Associação Latino Americana de População. ALAP, Córdoba.
- Tribino Caballero, R. (2012). "Mujeres migrantes y misoprostol. Aborto privado, escándalo público". *Dilemata*, N° 10, pp. 31-44.

Agradecimientos

Secretaría de Ciencia y Tecnología (Universidad Nacional de Córdoba).

Gabriela Maure, por el apoyo al trabajo de campo realizado en la provincia de Mendoza.

Este artículo forma parte de un trabajo iniciado junto a Gabriela Maure, quien apoyó la realización del trabajo de campo en Mendoza y su posterior análisis, el cual en parte está reflejado en 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". *REMHU*, Vol. 25. Algunas de las entrevistas que aquí se presentan son de su entera autoría.