

artículo de Investigación

Cuidar, gestionar, esperar. Estrategias de mujeres migrantes ante contextos restrictivos de acceso a la atención sanitaria¹.

research paper

Caring, managing, waiting. Strategies of migrant women facing restrictive contexts of access to health care.

María Florencia Linardelli²

Consejo Nacional de Investigaciones Científicas y Técnicas - Universidad Nacional de Cuyo, Argentina

 <https://orcid.org/0000-0002-3250-2895>

Claudia Anzorena³

Consejo Nacional de Investigaciones Científicas y Técnicas - Universidad Nacional de Cuyo, Argentina

 <https://orcid.org/0000-0003-3074-2278>

Resumen: Este artículo analiza las diversas estrategias que despliegan mujeres migrantes originarias de Bolivia y del noroeste argentino, para afrontar las barreras de accesibilidad al sistema de salud durante sus recorridos migratorios vinculados con el trabajo agrícola en Argentina. Se expone parte de los resultados de una investigación sobre experiencias de salud, enfermedad y cuidados de mujeres migrantes que trabajan en la agricultura. El enfoque teórico del estudio vincula herramientas conceptuales feministas y de la medicina social latinoamericana. Se plantea un diseño cualitativo flexible, de carácter etnográfico, que prioriza la técnica de relatos de vida y la observación participativa. El trabajo de campo se desarrolló entre 2014 y 2018 en la localidad de Ugarteche, un territorio agrícola ubicado en el oasis norte de la provincia de Mendoza (Argentina). Se concluye que, ante contextos restrictivos de acceso a la atención médica y a la discriminación sufrida en los servicios de salud, las mujeres migrantes interponen prácticas de gestión y cuidado que les permiten preservar su salud y la de sus grupos. También, constituyen estrategias creativas orientadas a aprender saberes de la biomedicina, recuperar conocimientos de sus comunidades de origen y enfrentarse al maltrato institucional, mediante las cuales sortean barreras de acceso a la atención y lidian con contextos atemorizantes y expulsivos. Este artículo contribuye a un área poco explorada de los estudios de migraciones y salud, en cuanto aborda tanto las dificultades que las mujeres migrantes enfrentan en el acceso a la atención médica, como las estrategias que despliegan para sortear esas barreras y sus aportes a las sociedades de acogida mediante las labores cotidianas de cuidado.

Recibido: 07/02/2021 | **Aceptado:** 09/04/2021 | **Disponible en línea:** 29/06/2021

Cómo citar: Linardelli, M. F. y Anzorena, C. (2021). Cuidar, gestionar, esperar. Estrategias de mujeres migrantes ante contextos restrictivos de acceso a la atención sanitaria. *Jangwa Pana*, 20(2), 206-224. doi: <https://doi.org/10.21676/16574923.4177>

¹ Las autoras de este trabajo declaramos no tener conflicto de intereses de ningún tipo. Asimismo, afirmamos que los contenidos volcados en este artículo son independientes de la institución financiadora y que la ejecución del estudio y la redacción del manuscrito se realizó solo con interés concerniente al ejercicio investigativo.

² Correo electrónico: linardellimf@gmail.com

³ Correo electrónico: claudia_anzorena@yahoo.com.ar

Palabras clave: mujeres migrantes; acceso a la salud; cuidados; perspectiva feminista; ruralidad

Abstract: This article analyzes the different strategies deployed by native migrant women from Bolivia and northeast Argentina to confront the barriers to access to the health system during their migratory journeys linked to agricultural work in Argentina. Part of the study results on the health, illness, and care experiences of migrant women working in agriculture are presented. The theoretical approach of the study links feminist and Latin American social medicine conceptual tools. An ethnographic and flexible qualitative design that prioritizes the technique of life stories and participatory observation is proposed. Fieldwork was developed between 2014 and 2018 in the town of Ugarteche, an agricultural territory located in the northern oasis of the province of Mendoza (Argentina). It was concluded that, in the face of restrictive contexts of access to medical care and discrimination suffered in the health system, migrant women interpose management and care practices that allow them to preserve their health and that of their groups. They also constitute creative strategies aimed at learning biomedicine and recovering knowledge from their communities of origin and confronting institutional mistreatment, thus they overcome barriers to access medical care and deal with frightening and expelling contexts. This article contributes to an underexplored area of migration and health studies since it addresses both: the difficulties migrant women face in accessing health care and the strategies they deploy to overcome these barriers and their contributions to their host communities through their daily care work.

Keywords: Care; Feminist Perspective; Health Services Accessibility; Migrant women; Rural Areas

Introducción

En este artículo abordaremos diversas estrategias que despliegan mujeres migrantes originarias de Bolivia y del noroeste argentino, ante contextos restrictivos de acceso a la atención médica durante sus recorridos migratorios vinculados con el trabajo agrícola en Argentina. Primero, exploraremos las barreras que ellas enfrentan para acceder a los servicios sanitarios durante el tránsito y destino de sus movilidades. Luego profundizaremos en las prácticas de cuidado de la salud que ellas despliegan en contacto con el sistema de atención médica y en la cotidianidad, como estrategias que ponen en juego para preservar su salud y la de sus grupos, para así sortear barreras de diferente tipo en el acceso a los servicios.

Este artículo forma parte de una investigación sobre experiencias de salud, enfermedad y cuidados de mujeres migrantes que trabajan en la agricultura en Mendoza (Argentina). El enfoque teórico del estudio vincula herramientas conceptuales feministas y de la medicina social latinoamericana. Las primeras tematizan la división sexual del trabajo, su vínculo con los procesos migratorios y las prácticas de cuidado realizadas por las mujeres para garantizar la subsistencia de sus grupos. Las segundas entienden la salud, la enfermedad y los cuidados como procesos sociales que expresan las condiciones en las que las personas producen y reproducen la vida. Metodológicamente planteamos un diseño cualitativo flexible, de carácter etnográfico, que prioriza la técnica de relatos de vida.

El trabajo de campo se desarrolló entre 2014 y 2018 en la localidad de Ugarteche, un territorio agrícola ubicado en el oasis norte de la provincia de Mendoza (Argentina), a 40 kilómetros de la ciudad capital. Allí entrevistamos y realizamos observaciones a un grupo de mujeres migrantes trabajadoras agrícolas que relataron sus recorridos migratorios, las características de sus labores productivas y reproductivas, las enfermedades y padecimientos experimentados durante sus movilidades, junto con las prácticas de cuidado desplegadas para afrontarlos (Linardelli, 2019).

Este abordaje se enmarca en un contexto de creciente interés por el vínculo entre los procesos migratorios de mujeres latinoamericanas y los procesos de salud-enfermedad-cuidado. Desde principios del siglo XXI puede rastrearse una profusión de temáticas en discusión que van desde el acceso a la atención médica, pasando por la transmisión de VIH, hasta las condiciones de vida y trabajo de las migrantes en las sociedades de acogida como causantes de diversos padecimientos.

Sin embargo, habitualmente las investigaciones se focalizan en la interacción con los servicios médicos y en las percepciones de los/as profesionales de la salud sobre las migrantes, tendencia que conlleva una escasa mirada a las múltiples prácticas de cuidado que ocurren por fuera de las instituciones sanitarias. Otra tendencia es focalizar en la conflictividad que adicionan los grupos migrantes a las instituciones de salud de los países de destino, sin considerar los aportes que realizan al enriquecer las visiones sobre la salud y la gestión de los cuidados (Uribe, 2006). Entonces, este artículo contribuye a un área poco explorada, en cuanto aborda tanto las dificultades que las mujeres migrantes enfrentan en el acceso a la atención médica, como las estrategias que despliegan para sortear esas barreras y sus aportes a las sociedades de acogida mediante las labores cotidianas de cuidado.

Perspectiva teórica y encuadre metodológico

Para la medicina social latinoamericana no es posible pensar la salud y la enfermedad separadas de las estrategias de cuidado, organizadas socialmente para abordarlas. En las respuestas sociales instituidas para prevenir, atender y curar padecimientos o enfermedades se expresan no solo fenómenos epidemiológicos y clínicos, sino también condiciones sociales, económicas y culturales que estructuran una sociedad (Menéndez, 2005). Las diversas formas de curar (también de enfermar y morir) constituyen, además de un objeto relevante para el campo de la salud, un punto estratégico de análisis de los problemas económicos, políticos e ideológicos de las sociedades (Menéndez, 2015). Por tanto, explorar el acceso a la atención médica y las prácticas de cuidado de mujeres migrantes resulta una vía hacia asuntos más amplios, vinculados con las estrategias que despliegan las personas migrantes para alcanzar bienestar en sus nuevos contextos de residencia.

Utilizamos la noción de cuidado porque tiene una connotación más amplia e integral que la de atención, al reconocer que buena parte de las acciones de salud exceden los límites de las instituciones sanitarias y suceden en la vida cotidiana de las personas (Stolkiner y Ardila Gómez, 2012). Además, al hablar de cuidado tendemos puentes con la teoría feminista, una de las primeras tradiciones de pensamiento que examinó la forma como los cuidados se organizan y distribuyen desigualmente entre varones y mujeres. Autoras feministas incorporaron este tema al campo de los estudios migratorios, mediante el análisis de las transformaciones en los cuidados que suscitan los procesos migratorios. La temática se vio impulsada por la feminización de las migraciones, ligada a la reestructuración productiva de la economía global afianzada a fines del siglo XX. La consolidación del Neoliberalismo modificó la división internacional del trabajo y se crearon nichos de empleo precario para las mujeres, quienes comenzaron a movilizarse desde el Sur hacia el Norte global para trabajar en el sector de los servicios (Sassen, 2003) o hacia otros países periféricos del Sur para insertarse en los segmentos dinámicos de estas economías, como la agricultura de exportación (Lara Flores, 2003).

Paralelamente, se observa una crisis de los cuidados en los países latinoamericanos emisores de migración: se remodelan las labores reproductivas y se extienden nuevas realidades como familias y maternidades transnacionales (Pedone, 2011). A la vez, las labores reproductivas recaen en otras mujeres, familiares o allegadas, quienes ven aumentada su carga de trabajo cotidiana (Gregorio Gil, 2004). Los Estados resultan actores centrales de las transformaciones que sufren los cuidados en las familias transnacionales en origen y destino, tanto por las restricciones que imponen las políticas migratorias a la reunificación familiar, como por la escasa provisión de servicios de cuidados para los grupos migrantes (Gil Araujo y Pedone, 2014; Herrera Mosquera, 2013). En particular, los sistemas sanitarios de los países de origen y destino modelan las estrategias de cuidado, específicamente aquellas abocadas a preservar la salud (Meñaca, 2009).

En este escenario, los antecedentes disponibles permiten entrever una de las crueles paradojas que la globalización neoliberal reserva a las migrantes latinoamericanas: muchas son expulsadas de sus lugares de vida por el empobrecimiento de sus territorios, y demandadas para realizar trabajos precarios en otros países. Sin embargo, las sociedades receptoras beneficiadas por su trabajo no les brindan servicios básicos, como atención médica. En distintas sociedades de acogida ser migrante resulta un atributo que limita severamente, e incluso puede impedir, el acceso al sistema de salud.

En los países receptores de migración intrarregional de Latinoamérica —México, Brasil, Chile y Argentina— algunas barreras para acceder a la atención médica son la exigencia de regularidad migratoria, las políticas que criminalizan la migración, el temor a la deportación/expulsión, el costo de los servicios y la discriminación que ejerce el personal sanitario (Madi, Cassanti y Silveira, 2009; Canales et al., 2010; Núñez, 2011). Particularmente en Argentina, aunque la legislación reconoce como derecho humano de los/as migrantes el acceso al sistema público y gratuito de salud, en las instituciones sanitarias persisten prácticas discriminatorias que instalan una brecha entre los derechos reconocidos jurídicamente y el efectivo acceso a estos (Jelin, 2005; Caggiano, 2007; Curtis, Liguori y Cerrutti, 2010; Aizenberg, Rodríguez y Carbonetti, 2015).

Para analizar las estrategias desplegadas por las mujeres migrantes para afrontar contextos restrictivos de acceso al sistema de salud utilizamos un diseño metodológico de tipo cualitativo intensivo. Seguimos un enfoque etnográfico con la finalidad de producir datos primarios que dieran cuenta de las perspectivas de las entrevistadas, utilizando principalmente relatos de vida y técnicas observacionales con diferentes grados de estructuración y participación. Todas las actividades contaron con el consentimiento de las participantes y el proyecto de investigación fue evaluado por la comisión de otorgamiento de becas de Conicet, que incluye la revisión de aspectos éticos de la investigación. A lo largo del texto se introducen fragmentos textuales del discurso de cada entrevistada, quienes son presentadas mediante seudónimos, a fin de preservar su identidad.

Nos basamos en una muestra intencional de mujeres migrantes que trabajan en la agricultura de Mendoza y que residen en forma permanente en la provincia, en la localidad de Ugarteche. Las entrevistadas tienen entre 29 y 57 años (al momento de la entrevista)⁴ y, en su mayoría,

⁴ En los fragmentos de testimonios señalamos la edad de la entrevistada junto al nombre.

proviene de zonas rurales de Bolivia (Potosí, Cochabamba y Chuquisaca), mientras que algunas son originarias de provincias del noroeste argentino. Ellas emigraron en diferentes momentos históricos entre la década del setenta y el año 2000. Así, a lo largo del texto los relatos nos conducen por diferentes temporalidades y contextos que les otorgan diversidad a las experiencias analizadas. Actualmente trabajan en fincas, en tareas de pleno campo y en fábricas de empaque de fruta en fresco para la exportación. Complementariamente, en distintos momentos del año elaboran y comercializan alimentos y tejidos en la feria de su comunidad. Además, en sus hogares son las responsables de las tareas domésticas y de cuidado de hijos/as, nietos/as y ancianos/as.

Un rasgo singular de sus recorridos migratorios consiste en que inicialmente participaron de movi­lidades circulares o pendulares, típicas en las migraciones laborales agrícolas. Sus primeras movi­lidades consistieron en rápidos desplazamientos por diversas producciones agrícolas situadas en distintos puntos de Argentina y, en períodos variables de tiempo, el retorno a sus lugares de origen. Luego de lapsos variables, cada una de las entrevistadas se asentó en forma permanente en Mendoza. La existencia de nichos específicos de empleo para las mujeres, la posibilidad de completar el ciclo de trabajo anual combinando actividades en distintos cultivos y la posibilidad de mejorar las condiciones de reproducción cotidiana resultaron aspectos decisivos para el asentamiento en esta provincia.

La accesibilidad a los servicios de atención médica: barreras y formas de utilización durante los recorridos migratorios

Analizamos las barreras de accesibilidad a la atención médica y las formas de utilización de estos servicios desde dos nociones. Primero, de una *mirada relacional sobre la accesibilidad*, donde esta, antes que un mero atributo de la oferta de servicios es un vínculo de encuentro o desencuentro que se construye entre la población y los servicios de salud. Este vínculo incluye las prácticas de vida de la población como parte constitutiva del acceso a la atención y se expresa en distintas modalidades de acercamiento y utilización de los servicios. La forma en que los/as usuarios/as utilizan los servicios de salud puede verse atravesada por distintas *barreras de accesibilidad* que suelen clasificarse en cuatro tipos: 1) Económicas, relativas a la posibilidad de costear prácticas, procedimientos, medicamentos o tecnologías. 2) Geográficas, vinculadas con la localización, las distancias y los obstáculos físicos entre usuarios/as y servicios. 3) Administrativas, referidas a la propia organización de las prestaciones. 4) Simbólicas, que aluden a imaginarios y representaciones que interfieren en las relaciones entre la población y los servicios (Comes et al., 2006).

Segundo, la noción de *contextos restrictivos de acceso a la atención médica*, que alude al funcionamiento conjunto de barreras múltiples que afrontan las personas migrantes para acceder a un sistema de salud excluyente (Aizenberg y Baeza, 2017). La relevancia de pensar en contextos restrictivos es que amplía la percepción respecto a los fenómenos intervinientes en accesibilidad. Es decir, referirse al contexto permite comprender que las posibilidades y límites para acceder a la atención médica resultan un producto de tramas complejas en las que intervienen factores de diversa índole, además de la oferta de servicios y las estrategias de los/as usuarios/as. En el caso de los grupos migrantes juega un papel decisivo la política migratoria, al igual que las posibilidades de inserción laboral y las representaciones sociales en torno al uso de servicios públicos por parte de personas no nativas, por ejemplo.

La accesibilidad a los servicios de atención médica para quienes migran entre Bolivia y Argentina es restringida en todo el proceso de movilidad, debido a la fragmentación e inequidad de los sistemas de atención médica y por las múltiples barreras de acceso a la atención que padecen las poblaciones migrantes. Además, en Argentina las zonas rurales disponen de menor cantidad de servicios de salud y las distancias se acrecientan por el insuficiente transporte y el costo del traslado. Al analizar la accesibilidad de las mujeres migrantes en los distintos momentos de sus recorridos migratorios es posible visualizar diversas barreras durante el tránsito y en el destino. En cada instancia, a la par que persiste alguna forma de restricción para acceder a la atención, se modifica el tipo de barrera predominante y la forma de utilización de los servicios.

El período de tránsito, caracterizado por la movilidad circular entre distintos cultivos y localidades, resulta una etapa en la que las condiciones de vida y trabajo se tornan extremadamente precarias y las restricciones para acceder a la atención médica se profundizan con predominio de barreras geográficas y económicas. La distancia entre los efectores y los predios agrícolas donde viven y trabajan las migrantes, junto con la dificultad para salir de las fincas y conseguir transporte, resultan de los límites más acuciantes a sortear. Además, la informalidad laboral del agro implica que ausentarse del empleo signifique la pérdida de la remuneración diaria. La utilización de los servicios se torna excepcional y sucede ante situaciones críticas, al punto de comprometer la vida de las trabajadoras o de sus hijos/as.

Dos veces se intoxicaron con el veneno para las plantas. Tuve que llevarlos a la clínica de urgencia [...] Me llevó un señor que vivía ahí cerca de la finca, me llevó hasta la salita y de ahí me llevaron en ambulancia al Notti⁵ [...] estábamos como a dos horas. (Rosa, 40)

Luego del asentamiento permanente en Mendoza, este escenario se modifica. La utilización de los servicios resulta más frecuente y cotidiana y no se limita a situaciones de emergencia, pero surgen barreras administrativas, mientras que las económicas y geográficas se modifican. El principal servicio médico que utilizan las migrantes y sus familias es el Centro de Atención Primaria de la Salud (CAPS) N°39 de su comunidad. Este efector es de carácter público y brinda atención clínica, medicina de familia y pediatría aproximadamente a treinta mil personas⁶. Las principales dificultades que afronta este centro se vinculan con la escasa dotación de personal, las deficientes condiciones edilicias y la falta de servicios básicos como cloacas. Al igual que sucede en múltiples efectores públicos del país, la demanda de atención excede ampliamente la capacidad del servicio, razón por la cual adquirir turnos es una odisea. Una postal cotidiana son las esperas nocturnas en la entrada del CAPS: una larga fila de personas espera hasta las siete de la mañana, momento en que se entregan los escasos turnos disponibles.

⁵ Refiere al hospital pediátrico de alta complejidad más importante de Mendoza.

⁶ Aunque el último Censo Nacional de Población y Vivienda (2010) señaló que en Ugarteche residen seis mil personas, una evaluación realizada por organizaciones de la comunidad estima que este CAPS atiende un número muy superior debido a las migraciones estacionales, los asentamientos informales que se formaron recientemente y las familias de trabajadores estacionales que residen en fincas aledañas, que suelen no ser captados por los relevamientos censales.

Al centro de salud tenés que ir a las dos de la mañana a sacar turno, porque hay mucha gente acá. (Sonia, 35)

...tenés que ir a la una de la mañana, si vas a las cuatro ya no tenés. Claro, por eso muchas veces no consigo turno, hay muchísima gente. (Sandra, 29)

Esta mañana llegué y ya no alcancé. Mi hija lloraba y lloraba, no podía ir más temprano... y no alcancé ni para el pediatra ni para el clínico... dieron turnos en el pediatra solo para urgencias. (Rita, 37)

Para acceder a ciertas especialidades médicas o a prestaciones que requieren de tecnología diagnóstica las mujeres recorren entre 25 y 40 kilómetros hasta centros de mayor complejidad. Lo hacen en transporte público, cuyos horarios pueden entrar en conflicto con los horarios de los turnos. Llegar a cualquiera de los hospitales más próximos supone salir de sus hogares al menos tres horas antes de los turnos previstos e, incluso, en ocasiones deben viajar el día anterior. Asistir a un turno médico fuera de su localidad puede requerir de un día completo.

Rita me cuenta que se va al Hospital Notti con sus hijos/as de uno y ocho años para intentar obtener un turno. Ha preparado comida y abrigos porque debe tomarse el último micro que sale por la noche de Ugarteche para llegar al hospital y dormir allí con sus hijos/as. Los turnos solo se entregan presencialmente a partir de las siete de la mañana. (Linardelli, registro de campo, 2017)

Ayer tenía turno a las diez de la mañana en el Notti para la revisión del oído de mi nena, pero me atendieron cerca de las doce. La beba además se sentía mal [...] Fui al guardia y le pregunté, [...] me dieron un numerito [...]. Recién nos llamó como a las tres de la tarde y a las seis llegué a mi casa. Había salido a las siete de la mañana para llegar. (Rita, 37)

El acceso a la atención médica se torna más complejo debido a las condiciones de empleo de las migrantes. La falta de registración impide el goce de licencias por enfermedad o por cuidado de familiares y el pago por jornal implica que un día de reposo o dedicado a la asistencia de otro/a es un día sin remuneración. Entonces, deben evaluar la conveniencia de la pérdida del pago frente a la situación de enfermedad. Es habitual que previo a la consulta médica desarrollen otras estrategias de cuidado y que posterguen la búsqueda de asistencia médica hasta límites riesgosos.

No te entienden en la fábrica. Por ahí decís ¿me pueden cambiar porque tengo turno mañana, tengo que llevar...? “No es mi problema, no sé qué harás, vos tenés que cuidar tu trabajo no yo, yo llamo a reemplazo y listo”. (Rita, 37)

Algunas temporadas trabajé en la fábrica, pero ahora dejé... porque a veces se me enferma el bebé ¿viste? Es chiquito todavía y no te dejan en la fábrica faltar todo el tiempo. (Sandra, 29)

Cuando termino la fábrica recién hago todos los estudios porque ahí tengo tiempo para ir... cuando estás trabajando no podés ir [...] En la temporada del desbrote de la viña que hago, casi que no la ocupo la obra social [...] Tengo que ir a Luján a autorizar las órdenes, sino nadie te atiende. Si me pasa algo voy a la salita, puede ser que alguna urgencia, pero casi no voy. (Rosa, 40)

La discontinuidad laboral, además, deviene en un impedimento para obtener atención gratuita por la fragmentación de cobertura propia del sistema sanitario argentino. Debido a la alta rotación de las trabajadoras por diferentes empleos a lo largo del año (distintos cultivos, la fábrica de conservas y la feria de su localidad) durante algunos meses obtienen cobertura de obras sociales en diferentes entidades. Sin embargo, la interrupción periódica de la relación laboral produce que esta cobertura resulte un obstáculo a sortear, antes que una oportunidad.

Me parece que tener obra social al final es peor porque tengo que esperar que me den la baja para hacerme la ecografía o para hacerle los estudios a mi hija que la tienen que operar. Si voy ahora al hospital o a la sala me “salta” que tengo obra social y entonces me mandan que vaya a mi obra social, que queda en el centro. (Rosa, 40)

Yo no manejo obra social, yo manejo siempre centro de salud. Ahí me dan los remedios y todo. La obra social no la tramité porque no estamos usando [...] no sé cómo es, porque no te dan todo gratis, hay que pagar. Acá en la sala es todo gratis. [...] El problema últimamente es que, si tenés obra social, no te quieren atender, te dicen que derechito tenés que ir allá. (Sandra, 29)

Los centros prestadores de servicios de las obras sociales se concentran en zonas urbanas, requieren trámites administrativos con los que es difícil familiarizarse y demandan pagos extras, aspectos que las trabajadoras evalúan como desventajas de poseer esta cobertura. Sea porque les impide acceder a la atención gratuita en el CAPS de su comunidad, como por las dificultades propias del acceso a los servicios a través de las obras sociales, ellas esperan el cese de la cobertura para realizar consultas médicas. De ese modo pueden evitar pagos, trámites engorrosos y traslados hasta la ciudad.

Los avatares del sistema de salud llevan a las usuarias a utilizar los servicios de múltiples formas a lo largo del recorrido migratorio. Durante las movilidades circulares, la utilización de la atención médica se acota a situaciones críticas, debido a la distancia hasta los efectores y las dificultades para ausentarse del predio de trabajo. Al asentarse en Mendoza, la utilización de los servicios médicos se torna intermitente y estratégica por las características de la oferta de servicios de su comunidad, la distancia que deben recorrer para acceder a prestaciones de mayor complejidad y las variaciones de cobertura que experimentan por sus condiciones de empleo. En cada instancia, sortear estas barreras demanda un volumen de trabajo considerable, al tiempo que puede implicar no acceder a la atención oportunamente. En este escenario cambiante, una constante es que la responsabilidad de gestionar el acceso a la atención médica familiar recaiga exclusivamente sobre las mujeres.

Barreras simbólicas y prácticas discriminatorias

Las barreras de accesibilidad analizadas afectan también a las personas nativas que utilizan los efectores públicos, a quienes residen en áreas rurales y al conjunto de trabajadores/as

agrícolas. Frente a esto, recuperamos una pregunta planteada por un estudio pionero sobre la temática de migraciones y salud en Argentina: ¿Agrega “algo” ser migrante a las dificultades que afrontan el conjunto de los sectores de menores recursos para obtener atención médica? (Jelin, Grimson y Zamberlin, 2005). Encontramos algunas respuestas al aproximarnos a las experiencias cotidianas de las mujeres migrantes.

En nuestro estudio hallamos distintos obstáculos vinculados específicamente con la condición migratoria que interfieren con intensidad en la utilización de los servicios de salud. Primero, las ostensibles diferencias entre el funcionamiento del sistema sanitario de origen y destino. Segundo, diferencias idiomáticas y dificultades comunicacionales con el personal sanitario. Finalmente, el temor frente a mecanismos tutelares de las instituciones estatales y las situaciones de discriminación padecidas en las instituciones médicas. Mientras que una parte de estos obstáculos pueden ser considerados barreras simbólicas de acceso a la atención, otros ingresan en el terreno del maltrato y el racismo explícito. En conjunto, su combinación provoca situaciones de desconfianza hacia los/as profesionales, como también reticencia de aproximarse a los servicios, percibidos por las migrantes como lugares de encierro, temor y muerte.

Respecto al primer punto, cabe subrayar que, en algunos casos, el contacto de las migrantes con instituciones biomédicas —especialmente hospitales— fue posterior a su emigración por la dificultad para acceder a estos servicios en sus comunidades de origen. Las palabras de Sandra explican las diferencias entre la salita de su pueblo, en Potosí, en la que su hija recibió los primeros cuidados y los controles médicos en Argentina. Allá las intervenciones de salud se limitaban a la colocación de vacunas y al registro del peso. Aquí se encontró con una pluralidad de exámenes a realizarle a la niña, algunos de ellos en hospitales, que la confrontaban con códigos y prácticas desconocidas. Asustada, ella se pregunta “¿por qué tengo que llevarla al hospital si mi hija está sana?”.

Cuando traje a mi hijita para acá le hicieron todo. Análisis también pidieron, para ver qué enfermedades tenía. [...] Al principio yo me sentí mal, me asusté de que le hicieran todo eso, porque mi hija estaba sanita. [...] Al principio no entendía eso de los controles, yo decía “¿por qué si mi hija está sana, por qué me quieren llevar?” Mi mamá se enojaba, “¿por qué la llevás? te la van a quitar, te la van a robar”. Así pensábamos. Pero no era eso, me decían que había que llevarla porque capaz que ella no escuchaba, que era para bien. Después entendí, le pregunté a una persona que vivía acá si siempre era así y ella me dijo que sí, que siempre te piden esas cosas, siempre quieren que esté sanito el bebé. (Sandra, 29)

Las diferencias lingüísticas resultan reiterativamente mencionadas como un obstáculo en el contacto con el personal de salud. Cinco de las seis mujeres entrevistadas tienen como primera lengua el quechua y tres de ellas comenzaron a hablar castellano frecuentemente en Argentina. Para las migrantes, esto supuso no solo una dificultad para el diálogo con los/as agentes de salud, sino también una fuente de discriminación.

En el centro de salud nos dicen “¡no sé qué me hablan, no entiendo!” Pero no te lo dicen bien. Eso es para mí muy malo, sería mejor que pregunten “¿qué venís a

buscar?». No te explican. La doctora a veces sí te entiende, pero los que te dan turno no. (Sandra, 29)

Los problemas de atención en la sala son por falta de explicación. Como no hablamos bien el castellano y algunas tienen miedo, nos dicen tímidas y eso. Pero es porque tenés miedo que estás tímida y no le avisás bien al médico que te duele algo adentro de tu cuerpo y no lo decís. (María, 57)

En estos relatos la comunicación y el vínculo con los/as profesionales de la salud cobran relevancia. Sandra y María destacan que los/as médicos/as no explican con claridad, tampoco entienden lo que ellas expresan, no realizan las preguntas necesarias, no hablan con cariño, ni tienen contacto físico con las pacientes durante la revisión. Dicho escenario propicia sentimientos como la timidez y el miedo, que impiden expresar lo que sienten en su cuerpo. Tal como señala Baeza (2013), el silencio que se les atribuye a las mujeres bolivianas como rasgo cultural típico, antes que una característica intrínseca de las migrantes es una respuesta a la hostilidad del contexto hospitalario. Se trata, además, de una estrategia frente a un escenario que no contempla la diversidad lingüística ni cultural de quienes acuden a los servicios sanitarios.

Estudios previos señalan que la falta de entendimiento entre migrantes y profesionales de la salud se expresa en la resistencia a la utilización de los servicios y en una gran desconfianza hacia los/as profesionales de la biomedicina (Aizenberg, 2011; Fernández Juárez, 2006). Sin embargo, en el trabajo de campo hallamos que no solo se trata de situaciones de falta de entendimiento, sino que la desconfianza también se funda en el temor a posibles intervenciones invasivas, tutelares y hasta de privación de la libertad. Los relatos sobre experiencias de parto y de atención de sus hijos/as en los primeros meses de vida, aunque sucedieron en diferentes décadas, muestran la persistencia de un intensivo control sobre las mujeres migrantes.

Con mi último bebé fui a hacer control de quince días al centro de salud y me dijeron que estaba bajo de peso. Me dijeron que teníamos que internarlo hasta que llegar al peso normal [...] Yo había ido al control así nomás, sin pañal, sin mamadera, sin plata, sin nada. Pero directamente no me dejaron ya salir del centro de salud, porque es un bebé chiquito todavía. Ellos piensan que no vas a volver más si te dejan ir a tu casa. Siempre dicen que las paisanas nos escapamos si nos dejan irnos [...] Hasta que no engordó no nos fuimos del hospital. (Sandra, 29)

Y veían que estaba bien, pero me controlaban. [...] Y si no lo hacía me sacaban al niño. Me habían dicho eso y yo no podía dejar que pasara eso. (Sonia, 35)

Cuando tuve mi primera hija ¡ay, Dios! fue horrible. Primero porque yo no podía tener familia normal. Me puso una enfermera la anestesia acá en la espalda, después como no pude tener, vino el médico y me dijo que le iban a hacer cesárea, viene la enfermera y me dice que me baje de la camilla y ¡claro! de la cintura para abajo no sentía nada y me caí de la camilla [...] Lo peor es que después no me querían largar, porque era menor de edad. Vino una asistente social, dijo que yo era menor de edad, que yo no podía tener al bebé fuera del matrimonio, yo le dije que era casada, le hice

ver mis papeles y todo [...] Diga que nos casamos, porque si no me iban a meter al patronato me habían dicho, en esos años era todo muy estricto acá. (Alba, 52)

Mientras que Sonia explica que no podía permitir que “le sacaran” a su hijo, el relato de Alba muestra el temor porque no la “largaban” del hospital y la intimidación de la figura del patronato, una modalidad institucional propia del momento en que tuvo a sus hijos/as. Estos relatos indican cómo las instituciones médicas interponían en el contexto de la atención sanitaria abordajes que evaluaban a las migrantes en su desempeño como madres, pudiendo privarlas del contacto con sus hijos/as. El relato de Sandra, más próximo en el tiempo, indica la persistencia de estas lógicas institucionales. Además de estas prácticas tutelares, las mujeres destacan que el trato recibido resulta una de las razones preponderantes para evitar las instituciones de salud tanto como sea posible.

Mi mamá nunca quiso ir al hospital, porque siempre veía paisanos que llegaban a ese hospital y que se morían, ¿vio? Me decía “me van a matar, no me lleves, no me vas a llevar ahí”. Porque según algunos paisanos en el hospital se mueren [...] Yo nunca me interné, porque ¿cómo lo puedo decir? me da miedo el hospital, me da mucho miedo. Es porque ya he pasado por muchas cosas con mi mami y con mis hijos, entonces cuando voy al hospital... haga de cuenta que estoy entrando a una cárcel, que no voy a salir más, me da miedo. [...] El día que yo me enferme les pido a mis hijos que no me vayan a llevar a ningún lugar, ni al hospital, ni a una clínica, ni nada, mejor me muero acá en mi casa. Porque yo le veo cómo les hacen a las personas, cómo les tratan y eso me da miedo. No tiene delicadeza para tratar, como si fuera un trapo viejo le tratan a un enfermo. (Alba, 52)

Se ha documentado que en distintos pueblos indígenas latinoamericanos los hospitales son identificados —más que con la sanación— con la muerte y como lugares “malditos” donde nadie quiere acudir (Fernández Juárez, 2006). Aquí queremos agregar que el temor expresado también se funda en que son espacios donde padecen tratos degradantes, son expuestas a prácticas racistas y soportan comentarios xenofóbicos.

Cada vez que iba a tener familia, mire, yo me bañaba, me refregaba los pies con piedras siempre, porque hay enfermeras que dice que una es sucia: “boliviana sucia” te dicen, siempre hay esa discriminación. Por eso yo iba siempre bien limpita, bien cambiadita, la ropa del bebé bien lavadita, ordenadita ¿vio? Para que no me digan nada. (Alba, 52)

La pediatra, que solamente con verte la piel... como decir...creo que piensa “esta no es una argentina”. Yo creo que la manera como ellos se expresan es como que te quieren humillar, es feo. Como digo yo, seamos blancos o negros somos personas humanas. Y mucha gente no lo ve eso. Eso es lo que me da bronca. (Sonia, 35)

Para tener un turno tenés que pelear. Mucha pelea hay porque acá donde nosotros vivimos hay mucha gente paisana, y dicen que los otros de acá, los argentinos, no se levantan temprano [...] Y con una, dos palabras, ya está, se meten y se agarran el turno. Los que dan los turnos defienden al que es de acá y les creen a ellos. La asistente social me dijo que los bolivianos venimos porque acá es todo gratis, el centro

de salud y el hospital, y en Bolivia es todo pagar. Sí, es verdad, allá sí o sí tenés que pagar hospitales, pero yo no sé... yo nunca vine porque es gratis acá, yo vine por trabajar. Nosotros venimos a trabajar, venimos a ganar plata, no porque fuera gratis atenderse. (Sandra, 29)

Las mujeres no soportan pasivamente estas discriminaciones, sino que despliegan estrategias individuales y colectivas para afrontarlas, entre las que podemos distinguir tres formas predominantes: escapar o evitar los servicios de salud tanto como sea posible; enfrentar abiertamente a los/as agentes institucionales; y solidarizarse con sus pares frente a injusticias y maltratos.

Yo esperaba hasta el último momento. Póngale que me empezó a doler en la mañana, yo recién iba a la tarde, porque tenía niños chicos, mi marido trabajaba y no tenía a quién dejarlos [...] Con mi último hijo me escapé del hospital. Un domingo me fue a visitar mi marido y yo le digo “no puedo estar más acá”. Póngale que hoy tuve familia, al otro día me escapé, le dieron el alta al nene y a mí no porque la médica que me tenía que dar de alta a mí no estaba. Así que yo dije “¿no me van a dar el alta a mí? me voy a ir igual”. Fue por mis hijos, no tenía quien les haga la comida a los niños. [...] Nunca más llegué al hospital desde esa vez. (Alba, 52)

Yo se los he dicho a los médicos en la cara, discúlpame, pero es así. Quizás no les insulto, pero digo las cosas como son. Muchas veces he tenido que decir eso: “mirá cómo está esa mujer con tres niños ¿por qué no la pueden atender? yo no me voy a hacer atender, pero atiéndanla por favor ¿por qué no la quieren atender?” [...] Yo creo que como ella no se puede defender y está llorando, por eso se aprovechan. Yo se los digo “¡Pero tampoco ustedes, no se pasen, porque todos somos personas! Ella viene acá porque necesita ayuda, por eso ella acude y ¿qué hacen ustedes? ¿porque es extranjera? ¡No! todos somos personas humanas” [...] Yo me acuerdo por lo que pasé cuando llegué y entonces las trato de ayudar. (Sonia, 35)

Escaparse, enfrentarse o solidarizarse son formas de hacerse oír en un contexto en el que las palabras no resultan audibles para las instituciones ni para sus funcionarios/as. Formas de resistencia frente a un ámbito que debería ser de cuidado, pero se torna un lugar de violencia, que maltrata e infantiliza. Estas estrategias son formas insumisas de lidiar con imposiciones y prácticas discriminatorias de los/as agentes sanitarios. Las mujeres migrantes actúan y ponen en juego lazos de paisanaje y despliegan entramados de apoyo, comparten entre sí conocimientos para lidiar con las instituciones sanitarias y movilizan distintos aportes/recursos que pueden facilitar la vida diaria en las sociedades de acogida. Como señala Patricia Hill Collins respecto a los saberes que comparten las mujeres negras para enfrentar el racismo:

constituyen el primer y más fundamental nivel de conocimiento. Son las ideas que comparten las mujeres negras unas con otras, de manera informal, cotidiana, sobre [...] las estrategias para tratar a la gente blanca y las habilidades para conseguir lo que quieren. (2012, p. 120)

Los testimonios aquí analizados dialogan con estudios previos que han documentado las formas como el personal sanitario argentino califica a las mujeres bolivianas: sumisas, calladas, carentes de entendimiento y educación, poco higiénicas, distantes, cerradas y tercas (Jelin, Grimson y Zamberlin, 2005; Baeza, 2013; Aizenberg, Rodríguez y Carbonetti, 2015). Dichas calificaciones, que sustentan prácticas discriminatorias de distinto tenor, resultan la contracara de las percepciones de las propias migrantes sobre los/as administrativos/as y profesionales de la salud. Son ellos/as quienes no entienden lo que expresan sus pacientes, no preguntan con claridad, no explican adecuadamente las intervenciones, las discriminan y maltratan. Debido a estas prácticas de los/as agentes sanitarios ellas utilizan los servicios de salud como última alternativa, solo cuando fallan o resultan insuficientes otras prácticas curativas.

La contracara de los servicios médicos: cuidados, prácticas cotidianas y curadores/as populares

El cuidado de la salud se vincula tanto con la accesibilidad al sistema de atención médica, como con prácticas cotidianas y una multiplicidad de saberes que se adquieren y despliegan en el entorno doméstico. En estas prácticas hallamos múltiples estrategias que les permiten a las mujeres migrantes afrontar las barreras de accesibilidad, postergar la asistencia a los servicios de salud y organizar los cuidados cotidianos de sus grupos en el marco de las restricciones que las afectan.

Las entrevistadas relatan prácticas cotidianas de cuidados que incluyen diagnóstico, prevención y asistencia directa de personas enfermas. En ocasiones, el cuidado cotidiano de la salud consiste en desplegar prácticas aprendidas en la interacción con las instituciones sanitarias y sus agentes. Por ejemplo, algunas de las mujeres han aprendido a hacer uso de la automedicación asistiendo al centro de salud, de modo que es una opción para reemplazar acudir a la salita, aunque reservada al tratamiento de ciertas dolencias y circunstancias. El recurso próximo de mujeres allegadas (hermanas, hijas o vecinas) que estudian o ejercen la enfermería también se menciona como una estrategia habitual para resolver situaciones de enfermedad y padecimiento.

A veces está enfermo tu bebé y no alcanzan los turnos. Y bueno, entonces yo compro directamente de la farmacia el remedio [...] Yo aprendí porque ellos mismos del centro de salud te dicen qué tenés que dar, según el año cuántos centímetros tenés que darle ¿viste? Y eso ya lo tengo en mi cabeza y cuando no tengo turno yo me ocupo. (Sandra, 29)

Yo sé cómo puedo curarlo [por su hijo], puedo comprar medicamentos, mi hermana me puede ayudar porque es enfermera. (Sonia, 35)

Si no me siento bien me tomo un *sertal* un *alikal* y ya está. O vamos a la farmacia y le consulto al de la farmacia, me toman la presión, o me dan una pastilla. A la sala no voy. (Alba, 52)

Las valoraciones que realizan incluyen diferentes aspectos: la gravedad del estado de la persona enferma, las posibilidades de obtener la atención médica, la efectividad o fracaso de

los tratamientos realizados en el hogar y el momento conveniente para hacer uso de la automedicación. En las palabras de Sandra, se detalla una tarea de diagnóstica que evalúa cada uno de estos aspectos: “cuando tienen de tres años para arriba ahí ya le podés dar jarabe comprándolo, pero el bebé chiquito no aguanta”.

Estos saberes se sustentan en un cúmulo de destrezas social e históricamente aprendidas a través de los mandatos de cuidados asignados a las niñas y mujeres en la división sexual del trabajo reproductivo. La habilidad para cuidar de la salud es considerada un saber innato, en tanto se lo define como una inclinación propia del género femenino. Las familias, las comunidades y las instituciones dan por supuesto que las mujeres-madres se encargarán de las tareas de cuidado filantrópicamente, sin necesidad de reconocer su valor social ni su condición de trabajo impago. Pero cuidar, y sobre todo de la salud, resulta una práctica que requiere de cualificación y pericia, que comienzan a adquirirse en tempranas etapas de la vida. Sandra destaca que aprendió porque en el centro de salud le enseñaron y ella lo asimiló. Mediante una afirmación precisa, por su parte, Sonia explica cómo “con el tiempo vas aprendiendo” y transmitiendo los saberes:

También aprendí a usar la obra social, al principio no la usaba y me iba a la sala. Pero ahora ya aprendí, uso solamente la obra social y para mí hay mucha diferencia. Después de todo lo que me pasó, como yo pasé todas estas experiencias, yo que tengo tres cuñadas ahora, ellas cuando fueron primerizas yo fui como una madre para ellas. Les fui a explicar las cosas, que tienen que caminar, que tienen que mirar si pasa esto, para que ellas sepan cómo son las cosas. (Sonia, 35)

Sonia detalla las distintas vivencias que le permitieron conocer su propio cuerpo, adquirir habilidades para cuidar a su hijo, descubrir códigos institucionales que resultaban ajenos, entre otros conocimientos que decidió compartir con mujeres cercanas con la finalidad de que no transiten experiencias dolorosas como las suyas: “no quiero que otra mujer pase por lo que pasé yo”.

Además de estos saberes adquiridos en contacto con las instituciones biomédicas, las migrantes despliegan cuidados y curaciones aprendidas en sus localidades de origen o consultan a curadores/as populares que permiten prevenir y afrontar padecimientos. Señalan que se trata de prácticas desarrolladas ante las barreras de acceso a los servicios médicos, pero también de respuestas a síndromes culturalmente específicos (Osorio Carranza, 2000), es decir, padecimientos que no encuentran codificación posible en la biomedicina o en la sociedad de acogida, como el síndrome del susto o el estómago volcado. También detallan prácticas preventivas de enfermedades como la elaboración de comidas vinculadas con sus tradiciones alimentarias —“típico boliviano” según señalan—:

A mí no me gusta ir a la sala, o sea, no estoy enferma ¿Para qué voy a ir? Lo que pasa es que es muy difícil que los bolivianos estemos enfermos, porque comemos cosas muy sanas y no nos enfermamos... yo como trigo y esas cosas que producíamos en Bolivia, también papa ¿vivo? Hasta ahora yo hago esas comidas típicas bolivianas. Yo mucho argentino no sé. Yo me cocino típico boliviano y mi nieta come todo lo que hago y hasta el día de hoy jamás cayó en el hospital, ella no se enferma. (Alba, 52)

En relación con las prácticas curativas, caracterizadas por algunas mujeres como caseras, es posible identificar referencias a la utilización de hierbas y licores para ayudar el parto, ungüentos para la fiebre, infusiones y pomadas caseras o comerciales de uso frecuente en las comunidades de origen. Algunas de estas prácticas traspasan las fronteras migratorias y son repuestas en la vida cotidiana en Ugarteche.

Cuando era chica no había salita en mi pueblo, nos atendían en la escuela. Cuando me enfermaba me curaban con todo casero, mi mamá hacía todo casero. Si estabas con fiebre mi mamá agarraba orín, después le ponía harina de cebada y con eso te ponía en tu cuerpo, porque estaba caliente, te bañaba con eso. Te ponía después un trapo y en la cabeza te ponía papa, siempre. Después para la tos ponía miel de abeja, bastante usaba eso, si no azúcar quemada. Pero hace mucho no tenía azúcar, así que la cebada le quemaba, todo quemadito, y nos hacía tomar eso. Hasta ahora yo hago eso. Yo a mis hijos les doy el azúcar quemado también ¡les gusta además hacer eso a ellos! Después uso también el “Mentisan”, ese lo usamos mucho. Nos ponía en la garganta, nos hacía comer un poquito, en los pulmoncitos nos ponía también. Manzanilla también, allá no tenemos saquitos de té, usamos la planta directamente, la atábamos con hilo y la colgábamos al techo de la casa, estaba sequita y la guardabas. (Sandra, 29)

En un sentido similar, Rita expone sus experiencias con curadores/as populares a quienes nombra curanderas/os y componedoras/es. Explica distintas situaciones en que requirió consultar, tanto antes de emigrar como en Ugarteche. Argumenta que los padecimientos atendidos por estos/as sanadores/as son dolores y/o sufrimientos —más que enfermedades— y que suponen procedimientos curativos que “en Argentina no se entienden”.

Cuando tenía 14 años me vine de Bolivia porque me volví casi ciega, no veía de mis ojos, se me ponía todo esto morado, negro, como si me hubieran golpeado. Mi tío es que sabe curar, curandero es él, me curó de los ojos. Cuando vino mi tío me dijo “¿qué te pasó a vos?” y yo le dije “papi Rufino, no sé qué me pasó, me agarró conjuntivitis parece”. Me dijo “qué va a ser conjuntivitis, eso no es conjuntivitis”. Me dijo que cuando estuve en el río, cerca de mi casa suspiré y me asusté. Según dice mi tío mi espíritu se quedó ahí. ¿Viste que cuando te asustas o cualquier cosa te asusta viste que asssss? [aspira]. No era una enfermedad. Es difícil explicarte porque acá casi no hay, pues no entienden en Argentina de esas cosas... Mirá en Bolivia hay personas que se dedican a eso que cura donde se asustan, solo te hacen sanar, no hacen brujeríos, solo sanación y curación. (Rita, 37)

En la actualidad Rita acude al curandero cuando necesita una *limpieza* de su casa: “Lo que pasa es que nosotros creemos en eso”, explica. También manifiesta que concurre a la componedora de la comunidad ante golpes, caídas o ciertos dolores corporales. Entre las sanadoras a las que Rita acude se encuentra María, quien atiende regularmente a las personas de su comunidad. María aprendió y comenzó a ejercer la “medicina campesina” en su pueblo natal de Chuquisaca a los 13 años. Actualmente es consultada por múltiples personas de Ugarteche, especialmente migrantes, ante padecimientos diversos: “los problemas por los que más vienen son torceduras, hinchazón o mal de estómago”, indica.

Las enfermedades y padecimientos que suscitan la consulta a curadores/as populares o el desarrollo de estrategias curativas caseras incluyen, por un lado, dolencias que tienen una adscripción cultural en la identidad campesino-indígena de las migrantes y, por otro, padecimientos reconocidos por la biomedicina como lesiones laborales, contusiones, problemas respiratorios y cuadros febriles. Es decir que acudir a saberes de sus comunidades de origen o consultar curadores/as populares resultan estrategias que permiten atender síndromes culturalmente específicos y sortear el acceso restringido al sistema sanitario.

Los relatos permiten identificar la multiplicidad de saberes y el cúmulo de trabajo con que las mujeres sostienen el cuidado cotidiano de la salud. Prevenir dolencias, brindar cuidados a las personas de su entorno cercano, administrar estratégicamente los recursos disponibles y utilizar con recaudo algunas prácticas como la automedicación requieren procesos de aprendizaje y de una combinación de conocimientos provenientes de los múltiples espacios transitados. Dichos conocimientos, que participan de procesos de transmisión entre las mujeres y sus allegadas, traspasan los límites del entorno familiar o doméstico y se constituyen en activos y aportes hacia la comunidad.

Esta pluralidad de saberes desplegados por las mujeres migrantes responde a la necesidad de contar con todos los recursos asistenciales y terapéuticos posibles para hacer frente a situaciones de enfermedad en contextos de acceso restringido a los servicios sanitarios. Pero además resulta una práctica con importancia cultural, en cuanto posibilita la persistencia y la transmisión de concepciones sobre el cuerpo, la salud y los cuidados vinculados con las comunidades de origen. De este modo, la combinación de alternativas sanadoras es una de las formas en que las mujeres producen y reproducen, inventan y recobran, contribuciones que devienen fundamentales para la persistencia cultural, la supervivencia familiar y el bienestar colectivo.

Consideraciones finales

En este artículo abordamos las barreras que enfrentan las mujeres migrantes para acceder a la atención médica durante sus recorridos migratorios, sus formas de utilización de los servicios médicos en contextos restrictivos de acceso a la atención y el conjunto de estrategias que llevan a cabo para sortear esas barreras. Estas estrategias van desde hacer frente a un entorno que las discrimina y maltrata hasta recuperar saberes ancestrales.

Las estrategias para obtener atención médica en el marco de contextos restrictivos incluyen múltiples saberes y esfuerzos. Las mujeres deben destinar tiempo y gestionar alimentos y abrigos para largas esperas y extensos traslados para asistir a los Centros de Salud. Ponderan la conveniencia entre acudir a un/a médico/a y perder un día de remuneración. Evalúan la estrategia más eficiente para gestionar los recursos y las coberturas variables de salud a lo largo del año. Juntan coraje para enfrentarse con el personal de salud y obtener un turno, o reaccionan ante prácticas discriminatorias contra sí mismas y sus paisanas. Adquieren destrezas para cuidar cotidianamente, para realizar diagnósticos de las personas enfermas, usar la automedicación, atender a quien necesita asistencia y cumplir con prescripciones médicas. Cultivan y transmiten aprendizajes sobre ciertos padecimientos o eventos vitales, y recuperan saberes ancestrales de sus comunidades de origen para adaptarlos al nuevo

contexto de vida. También consultan con curadores/as populares y mantienen las tradiciones alimentarias andinas para prevenir enfermedades.

La presencia persistente, el tiempo dedicado, las tareas de gestión, los aprendizajes adquiridos y transmitidos de una mujer a otra, resultan actividades fundamentales para que las instituciones médicas cumplan sus tareas asistenciales. Sin embargo, el volumen de trabajo que las mujeres aportan al sistema sanitario se vincula estrechamente a su posición social. Así, el trabajo requerido para obtener atención médica resulta exponencialmente mayor para las usuarias de servicios públicos y, entre estas, para aquellas que residen en territorios rurales y son migrantes. Además, hacia las/os migrantes limítrofes los efectores de salud dirigen prácticas de estigmatización, discriminación y maltrato que requieren de un esfuerzo extra: la tarea de lidiar con agentes sanitarios que ponen en duda el derecho a recibir atención, que descalifican a las mujeres por su pertenencia étnico-nacional y que transforman lugares de cuidado en espacios hostiles.

Al respecto, un asunto que interfiere particularmente en el acceso a la atención médica son las prácticas tutelares orientadas a controlar a las mujeres migrantes en el ejercicio de la maternidad, por cuanto generan aprensión y desconfianza hacia los servicios de salud y sus profesionales. Se trata de diversas intervenciones —sutiles o explícitas— de vigilancia médico-social, que se entrelazan con la atención obstétrica y pediátrica, y que a partir de prejuicios racistas ponen en entredicho las capacidades de maternaje de las migrantes. Lo que pudimos observar es que ellas pagan con creces por atención sanitaria esencial para sí mismas y sus familias, a través del tiempo y del trabajo que les demanda acceder a los escasos servicios disponibles en territorios rurales y hacer frente a la discriminación, el control tutelar y el maltrato de los/as agentes de salud.

El cúmulo de experiencias narradas por las mujeres migrantes permite visualizar la diversidad y la magnitud del trabajo aportado al bienestar colectivo, que es invisibilizado tanto en sus contribuciones económicas como simbólicas. Consideramos que las tareas que realizan como cuidadoras y gestoras de la salud precisan ser visibilizadas y reconocidas por la importante contribución a las sociedades de acogida. Se trata de actividades que proveen y gestionan recursos y servicios necesarios para sobrevivir, no solo a quienes integran sus grupos domésticos, sino también a otras mujeres con las que comparten saberes, experiencias y bienes, y crean redes comunitarias para sostener el cuidado.

Agradecimientos

Brindamos un especial agradecimiento a las mujeres migrantes que nos brindaron sus relatos de vida. Asimismo, agradecemos a las instituciones financiadoras: Conicet, que posibilitó esta investigación mediante su programa de becas doctorales, y la Agencia Nacional de Promoción Científica y Tecnológica, que financió el proyecto más amplio que contiene a este trabajo.

Referencias

Aizenberg, L. (2011). Hacia una aproximación crítica a la salud intercultural. *Revista Latinoamericana de Población*, 5(9), 49-69. Doi: <https://doi.org/10.31406/relap2011.v5.i2.n9.3>

- Aizenberg, L., Rodríguez, M.L. y Carbonetti, A. (2015). Percepciones de los equipos de salud en torno a las mujeres migrantes bolivianas y peruanas en la ciudad de Córdoba. *Migraciones Internacionales*, 8(1), 65-94. Recuperado de <https://migracionesinternacionales.colef.mx/index.php/migracionesinternacionales>
- 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. Doi: <https://doi.org/10.1080/14461242.2017.1370971>
- Baeza, B. (2013). La memoria migrante y la escucha de los silencios en la experiencia del parto en mujeres migrantes bolivianas en Comodoro Rivadavia (Chubut, Argentina). *Anuario Americanista Europeo*, 11, 179-197. Recuperado de <https://halshs.archives-ouvertes.fr/halshs-00957411>
- Caggiano, S. (2007). Madres en la frontera: género, nación y los peligros de la reproducción. *Iconos. Revista de Ciencias Sociales*, 28, 93-106. Doi: 10.17141/iconos.28.2007.220
- Canales, A., Martínez Pizarro, J., Reboiras Finardi, L. y Rivera Polo, F. (2010). *Migración y salud en zonas fronterizas. Informe comparativo sobre cinco fronteras seleccionadas*. Santiago de Chile, Chile: CEPAL. Recuperado de <https://digitallibrary.un.org/record/725025?ln=es>
- Comes, Y., Solitario, R., Garbus, P., Mauro, M., Czerniecki, S., Vázquez, A., Sotelo, R. y Stolkiner, A. (2006). El concepto de accesibilidad: la perspectiva relacional entre población y servicios. *En Anuario de Investigaciones*, XIV, 201-209. Buenos Aires, Argentina: Facultad de Psicología - UBA. Recuperado de <http://www.redalyc.org/pdf/3691/369139943019.pdf>
- Courtis, C., Liguori, G. y Cerrutti, M. (2010). *Migración y salud en zonas fronterizas: el Estado Plurinacional de Bolivia y la Argentina*. Buenos Aires, Argentina: CEPAL. Recuperado de <https://repositorio.cepal.org/handle/11362/7235>
- Fernández Juárez, G. (2001). Testimonio kallawayaya. Medicina indígena en la ciudad de La Paz (Bolivia). *Asclepio*, 53(1), 245-280. Doi: 10.3989/asclepio.2001.v53.i1.179
- Gil Araujo, S. y Pedone, C. (2014). Introducción. Familias migrantes y Estados: vínculos entre Europa y América Latina. *Papeles del CIEC*, 2, 1-24. Doi: <http://dx.doi.org/10.1387/pceic.13020>
- Gregorio Gil, C. (2004). Migración femenina. Su impacto en las relaciones de género. *Asparkia. Investigación feminista*, 15, 257-267. Recuperado de <http://www.e-revistas.uji.es/index.php/asparkia/article/view/824/736>
- Herrera Mosquera, G. (2013). *Lejos de tus pupilas: familias transnacionales, cuidados y desigualdad social*. Quito, Ecuador: FLACSO.
- Hill Collins, P. (2012). Rasgos distintivos del pensamiento feminista negro. En M. Jabardo (Ed.) *Feminismos Negros. Una antología* (pp. 99-134). Madrid, España: Traficantes de Sueños.
- Jelin, E. (2005). Introducción. En E. Jelin (Dir.) *Salud y migración regional. Ciudadanía, discriminación y comunicación intercultural* (pp. 7-14). Buenos Aires, Argentina: IDES. Recuperado de https://www.academia.edu/19783283/Salud_y_migraci%C3%B3n_regional_Ciudadan%C3%ADa_discriminaci%C3%B3n_y_comunicaci%C3%B3n_intercultural
- Jelin, E., Grimson, A. y Zamberlin, N. (2005). ¿Servicio? ¿Derecho? ¿Amenaza? La llegada de inmigrantes de países limítrofes a los servicios públicos de salud. En E. Jelin (Dir.) *Salud y migración regional. Ciudadanía, discriminación y comunicación intercultural* (pp. 33-46). Buenos Aires, Argentina: IDES. Recuperado de

- https://www.academia.edu/19783283/Salud_y_migraci%C3%B3n_regional_Ciudad_an%C3%ADa_discriminaci%C3%B3n_y_comunicaci%C3%B3n_intercultural
- Lara Flores, S. M. (2003). Violencia y contrapoder: una ventana al mundo de las mujeres indígenas migrantes, en México. *Estudios Feministas*, 11(2), 381-397. Doi: <https://doi.org/10.1590/S0104-026X2003000200003>
- Linardelli, M. F. (2019). *Sostener la vida. Experiencias de salud, enfermedad y cuidados de mujeres migrantes que trabajan en el agro de Mendoza*. Tesis doctoral, Facultad de Ciencias Políticas y Sociales, Universidad Nacional de Cuyo, Mendoza.
- Madi, M. C., Cassanti, A. y Silveira, C. (2009). Estudo das Representações Sociais Sobre Gestação em Mulheres Bolivianas no Contexto da Atenção Básica em Saúde na Área Central da Cidade de São Paulo. *Saúde e Sociedade*, 18(2), 67-71. Doi: <https://doi.org/10.1590/S0104-12902009000600011>.
- Menéndez, E. (2015). Las enfermedades ¿son solo padecimientos?: biomedicina, formas de atención "paralelas" y proyectos de poder. *Salud Colectiva*, 11(3), 301-330. Doi: <http://dx.doi.org/10.18294/sc.2015.719>
- Menéndez, E. (2005). Intencionalidad, experiencia y función: la articulación de los saberes médicos. *Revista de Antropología Social*, 14, 33-69. Recuperado de <https://www.redalyc.org/articulo.oa?id=83801402>
- Meñaca, A. (2009). Mientras tanto en Ecuador... El contexto de origen en el estudio de salud y migraciones. En J. Comelles, X. Allué, M. Bernal, J. Fernández-Rufete y L. (Comps.) *Migraciones y salud* (pp. 284-299). Tarragona, España: Universitat Rovira i Virgili.
- Núñez, L. (2011). Necesidades de las mujeres migrantes y la oferta de atención en salud reproductiva. Discrepancias y distancias de una relación no resuelta. En C. Stefoni (Ed.) *Mujeres inmigrantes en Chile: ¿mano de obra o trabajadoras con derechos?* (pp. 233-272). Santiago de Chile, Chile: Ediciones Universidad Alberto Hurtado.
- Osorio Carranza, R. M. (2000). *Entender y atender la enfermedad. Los saberes maternos frente a los padecimientos infantiles*. D.F, México: CIESAS.
- Pedone, C. (2011). Familias en movimiento. El abordaje teórico-metodológico del transnacionalismo familiar latinoamericano en el debate académico español. *Revista Latinoamericana de Estudios de Familia*, 3, 223-244. Recuperado de http://revlatinofamilia.ucaldas.edu.co/downloads/Rlef3_12.pdf
- Sassen, S. (2003). *Contrageografías de la globalización. Género y ciudadanía en los circuitos transfronterizos*. Madrid, España: Traficantes de Sueños.
- Stolkiner, A. y Ardila Gómez, S. (2012). Conceptualizando la salud mental en las prácticas: consideraciones desde el pensamiento de la medicina social/salud colectiva latinoamericanas. *Vertex. Revista Argentina de Psiquiatría*, 101(XXIII), 57-67. Recuperado de <http://www.polemos.com.ar/docs/vertex/vertex101.pdf>
- Uribe, J. M. (2006). Migraciones y Salud. Préstamos de ida y vuelta. En G. Fernández Juárez (Coord.) *Salud e interculturalidad en América Latina. Antropología de la salud y Crítica Intercultural* (pp. 83-92). Quito, Ecuador: Abya Yala.