



12° CONGRESO ARGENTINO DE ANTROPOLOGÍA SOCIAL

La Plata, junio y septiembre de 2021

GT38: Procesos de salud/enfermedad/atención/cuidados en migrantes y refugiados/as

Itinerarios terapéutico e interculturalidad en mujeres migrantes bolivianas en tres ciudades del interior de Argentina

Brígida Baeza (CONICET-UNPSB)

Lila Aizenberg (CONICET-CIECS-UNC)

Lorena Saletti Cuesta (CONICET-CIECS-UNC)

Resumen

Este artículo surge de la pregunta respecto a cómo se pueden generar procesos interculturales en salud dentro de contextos limitados para el cuidado de la salud y el acceso a servicios de migrantes, en particular mujeres que migran. Para esto, proponemos el análisis de los sistemas de salud y del contexto de vida más amplio que rodea los procesos de salud, enfermedad y atención de mujeres migrantes bolivianas viviendo en tres ciudades del interior de la Argentina. Desde una perspectiva cualitativa, llevamos adelante entrevistas con profesionales de la salud e informantes clave así como observaciones realizadas en espacios de vida, servicios de salud y organismos públicos de referencia. Se concluye la necesidad de generar abordajes que permitan reflexionar sobre la capacidad resolutive de los sistemas sanitarios así como una mayor inclusión de los distintos modos de entender las formas de sanar el cuerpo y el malestar, especialmente en contextos de alta vulnerabilidad social.

Palabras claves: *interculturalidad; salud; migración; género; Argentina.*

Abstract

This article arises from the question of how intercultural health processes can be generated within limited contexts for health care and healthcare access for migrants, particularly women who migrate. We propose the analysis of the health systems and the broader life context that surrounds the processes of health, disease and care of Bolivian migrant women living in three Argentinean inner cities. From a qualitative perspective, we carry out interviews with health professionals and key informants as well as observations in living spaces, health services and public institutions. We conclude the need to generate approaches towards the reflection on the resolution capacity of the healthcare systems as well as the inclusion of the different forms of understanding the ways of healing the body and discomfort, especially in the context of high levels of vulnerability.

Key words: *interculturality; healthcare; migration; gender; Argentina.*

Introducción

En las migraciones internacionales, las clasificaciones de género, clase social, origen nacional, raza, etnia, la condición migratoria y las políticas sanitarias han sido señaladas como 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). Se trata de diversos condicionantes que se presentan en la atención y los cuidados sanitarios a los que se ven sometidas las mujeres migrantes que provienen del sector rural cochabambino y que en gran parte se trata de quechuahablantes que comienzan su proceso de aprendizaje del idioma español en las ciudades de la Cuenca del Golfo San Jorge (Comodoro Rivadavia y/o Caleta Olivia) y en el centro y la periferia de la ciudad de Córdoba, Argentina. En las múltiples dificultades y obstáculos que las mujeres migrantes deben ir sorteando se encuentra la posibilidad de recurrir al autocuidado, a la pesquisa de soluciones a través de prácticas que traen desde sus lugares de origen, a las redes con otros

lugares de residencia de sus paisanos/as o bien a aquellas establecidas con familiares del lugar de origen. Entre estas posibilidades se encuentra la consulta y el seguimiento de tratamientos vinculados a prácticas *curanderiles* a la cual no sólo acuden migrantes sino también la población nativa ligada al mundo rural mapuche-patagónico o bien semi-rural cordobés. Además de activar una serie de dispositivos que forman parte de los conocimientos que todas dominan o se encuentran en camino a dominar, tal como el empleo de plantas y hierbas curativas o determinados rituales de curación.

Este artículo se propone constituir un aporte a los debates acerca de la interculturalidad en relación a la salud migrante. La interculturalidad como campo de indagación teórica emerge de distintas áreas de interlocución que han buscado visibilizar las históricas demandas de las poblaciones indígenas y migrantes, reducir brechas entre modelos de salud y también poner en cuestión la manera en que las relaciones de poder y la desigualdad atraviesan los procesos de salud-enfermedad-atención. (Torri, 2012; Ramirez Hita, 2009; Lorenzetti, 2012; Menéndez, 2016; Mondaca Rojas y Gajardo Carvajal, 2015; Perdiguero, 2006). La literatura ha señalado que la perspectiva intercultural constituye asimismo una oportunidad para revisar la forma en que se incluye y se gestiona la diversidad étnico-cultural así como se abordan los paradigmas hegemónicos y las relaciones de asimetría entre grupos culturales (Walsh, 2009). En este sentido, es que se ha señalado a la interculturalidad como una estrategia de transformación de las desigualdades o un enfoque transformador de relaciones de poder y jerarquía que cruzan las relaciones entre culturas; en otra palabras que cruzan relaciones que no se colocan en igualdad de condiciones como parte del contexto marcado por el racismo y la discriminación étnica pero también por la discriminación de género, etaria, etc. Como advierte Walsh (2009), la interculturalidad parte de reconocer las asimetrías sociales, políticas y económicas y las relaciones de poder que limitan la posibilidad de que el “otro” pueda ser considerado como sujeto con identidad, diferencia y agencia. Por eso, no se trata de reconocer o tolerar al otro, tampoco se trata de esencializar identidades o entenderlas como adscripciones culturales inamovibles. Por el

contrario, se trata de impulsar activamente procesos de intercambios por medio de mediaciones sociales, políticas y comunicativas, que puedan construir espacios de encuentro, diálogos, sentidos y prácticas distintas y superadoras en un intento por romper con la historia hegemónica de una cultura dominante (Walsh, 2009).

Habiendo dicho esto es que la interculturalidad en salud no puede verse como un elemento estanco y aislado del contexto político, social y económico que rodea los procesos más amplios donde las personas transitan su cotidianeidad. Pensar la interculturalidad por un lado nos invita a reflexionar sobre la manera en que la cultura ha venido atravesando las explicaciones sobre la situación de salud en poblaciones indígenas y/o migrantes (Viruell-Fuentes, Miranda y Abdulrahim, 2012). Por un lado, las distancias culturales o la llamada “barrera cultural” ha venido siendo señalada como una de las principales causas de la mala calidad de salud de las poblaciones migrantes, las relaciones de desconfianza entre profesionales y usuarios/as, la falta de acceso a los sistemas de salud modernos de los migrantes y la dificultad en el ejercicio de los derechos a la salud en general. Sin embargo, distintos trabajos han puesto también en evidencia la mirada reduccionista centrada exclusivamente en las relaciones interculturales o los problemas de comunicación entre proveedores y usuarios (Baeza y Aizenberg, 2017). Allí se ha visibilizado un 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 la explicaciones de las causas sociales, culturales o políticas detrás de dichos procesos (Menéndez, 2006). En esta línea, la literatura viene cuestionando el concepto mismo de interculturalidad así como las políticas llamadas interculturales señalando la falta de un análisis más amplio respecto a las condiciones socio-políticas y económicas en el que se desarrollan las relaciones entre personal sanitario y pueblos indígenas y que explican las inequidades en salud de estos últimos así como su bajo nivel de acceso a los servicios (Ramírez Hita, 2009; Ramírez Hita, 2006) .

Nos interesa sostener que es necesario transitar la construcción de un camino que considere la interculturalidad sin perder el carácter crítico y emancipatorio que debe

contener, para evitar la inclusión subordinada (Viaña 2009), lo que reproduciría las lógicas de las desigualdades ya existentes y de este modo se reforzaría la dominación. En este sentido, es imperioso fortalecer las frágiles estructuras políticas (Mondaca Rojas y Gajardo Carvaja, 2015) y recuperar aquellas trayectorias que transitan las mujeres migrantes que aquí recuperamos a partir del análisis de tres casos de distintos lugares de Argentina.

En este sentido, nos concentramos en los contextos divergentes que atraviesan los itinerarios terapéuticos y los pluralismos médicos de las mujeres migrantes anteriormente identificados. A partir de un análisis etnográfico que se encuentra en una etapa exploratoria, buscamos plantear que los itinerarios terapéuticos y los pluralismos médicos de las mujeres migrantes están atravesados por dos determinantes sociales de relevancia para el cuidado y la atención de la salud: a) un contexto sanitario restrictivo y expulsivo, b) un contexto de alta explotación laboral, semi-esclavitud y/o precariedad de las condiciones de trabajo y de vida en general, para el caso del norte de Córdoba. Nos interesa particularmente someter la pregunta sobre cuáles son los contextos que atraviesan la vida de las mujeres bolivianas migrantes para poner en cuestión las posibilidades de llevar adelante procesos de interculturalidad en salud.

Metodología

Este trabajo forma parte de un estudio descriptivo y analítico basado en una metodología cualitativa que utilizó entrevistas en profundidad con efectores de salud de centros de salud del primer y tercer nivel así como observaciones participantes en hospitales, centros de salud, centros de asistencia y espacios de vida que forman parte de los itinerarios terapéuticos de migrantes bolivianas viviendo en una ciudad semi-rural del norte cordobés, Caleta Olivia (Santa Cruz) y Comodoro Rivadavia (Chubut), Argentina. La investigación recoge nuevas y más antiguas visitas al terreno que desarrollamos en el marco de distintos análisis que tuvieron como objetivo conocer y profundizar sobre los itinerarios terapéuticos y los pluralismos asistenciales que atraviesan los procesos de cuidado de la salud de mujeres migrantes. Desde la mirada de las mujeres migrantes y de profesionales sanitarios y referentes, buscamos identificar los obstáculos que pudiesen condicionar estos procesos así como las estrategias que se despliegan para afrontarlos. La selección de entrevistas, experiencias recogidas y relatos obtenidos en el trabajo de campo aquí presentados son parte de distintas visitas al terreno que ocurrieron entre los años 2013 y 2019. Los profesionales de salud y referentes entrevistados fueron contactados a través de la técnica de bola de nieve, siendo los primeros contactos, personal de servicios conocidos/as por las investigadoras. El nombre de las localidades seleccionadas, especialmente la ubicada en el norte de la provincia de Córdoba, es omitido para preservar el anonimato de los/as entrevistados/as. El estudio ha seguido los lineamientos para el comportamiento ético en ciencias sociales y humanas de CONICET (Resolución N° 2857/06).

Resultados

Acerca de sistemas, accesos y atención sanitaria en las ciudades de “la Cuenca” y en el norte de Córdoba

El caso de las ciudades patagónicas

Si bien no es nuestra intención diferenciar o establecer comparaciones sistemáticas entre los tres tipos de sistemas de salud presentes en los casos de Santa Cruz, Chubut y Córdoba, es necesario considerar al menos el modo de acceso a la atención sanitaria. Por un lado, necesitamos mencionar que en el caso de la localidad de Caleta Olivia (Santa Cruz) se accede a la atención en el sistema público de salud a través de la tramitación de un “Carnet hospitalario” o el pago de las prestaciones médicas dado que se trata de un sistema arancelado. En 1988, la provincia de Santa Cruz creó el fondo de asistencia financiera al sistema provincial de salud, mediante la Ley 2901, que si bien tuvo modificatorias a lo largo del tiempo, básicamente sigue sosteniendo el cobro de aranceles por atención médica, odontológica, de análisis clínicos y prestaciones farmacéuticas y paramédicas, a todas aquellas personas que no logren demostrar ser carenciados. Sólo aquellas personas que pueden acceder al estatus de carenciados/as están habilitados a gozar de la atención sin aranceles. Para obtener la categoría de carenciado/a es necesario realizar la tramitación del “Carnet hospitalario” para lo cual es necesario realizar una serie de trámites ante la AFIP (Administración Federal de Ingresos Públicos) y demás dependencias que demuestren ser carente de trabajo en relación de dependencia o monotributista (trabajador/a independiente), en el último caso significa pagar mensualmente un impuesto que también contiene el aporte previsional a la jubilación y a la obra social. El personal del sistema de salud de la ciudad de Caleta Olivia, define la atención sanitaria como *“la atención en salud es gratuita pero arancelada”* (Nota de trabajo de campo, Caleta Olivia, 12 de julio de 2019). Sin embargo, el personal administrativo no ve como un obstáculo la existencia de la normativa mencionada; por el contrario, explican los pasos a seguir tal como si se tratase de una serie de engranajes concatenados por donde las personas que necesitan del servicio de salud no pueden/deben quedar afuera. Ante nuestra duda acerca de la existencia de personas que no son monotributistas ni

están en relación de dependencia, la agente de salud manifestó: *“ahh eso tiene solución en arancelamientos, te hacen un plan de pagos”* (Nota de trabajo de campo, Caleta Olivia, 12 de julio de 2019). La agente también señaló que ella siempre pide el Documento Nacional de Identidad (DNI) porque considera que *“hoy en día tramitar un DNI es algo sencillo, que lo pedís y te llega a tu domicilio”*. En términos generales, nada representaba un obstáculo dado que, para ella y las otras personas que se encontraban presentes en la sala, esto lo viven como algo *“natural”* en tanto el arancelamiento estuvo desde que ingresaron a su empleo en el sistema de salud.

En la puerta de acceso al servicio se encuentra la lista de trámites que se deben realizar para acceder al denominado “Carnet hospitalario”, entre los que se encuentran la exigencia de documentación nacional o al trámite realizado en la Dirección Nacional de Migraciones denominado “Precaria”, que es un tipo de documentación que dura 3 meses y es anterior a la tramitación de residencia en Argentina (Debandi *et al*, 2021). En el caso de Comodoro Rivadavia (Chubut) el acceso es gratuito y no se cobra ningún tipo de arancel para la atención. A pesar de los sucesivos intentos que se produjeron desde el año 2010, no tuvo aceptación la implementación del cobro a extranjeros, tal como sucede ante cada crisis económica que busca reducir gastos en salud.

Además de las diferencias a nivel del acceso entre ambas ciudades patagónicas, se encuentran aquellas vinculadas a las características del “espíritu” de trabajo en lo que refiere a la atención primaria de la salud. En el caso santacruceño, la legislación existente refiere con énfasis a los aspectos ligados a la prevención y la profilaxis del trabajo en terreno y por sobre todo se dedica un apartado especial al modo en que se distribuyen los fondos provenientes del arancelamiento y los requisitos con los que deben cumplir los/as agentes de salud que tendrán a cargo el “trabajo en terreno”. Básicamente se solicita que el/la agente cumpla con el denominado “tiempo de residencia” (Baeza, 2009) necesario para “pertenecer a la comunidad donde prestará servicios, con una residencia no menos a cinco (5) años en la misma, salvo que se hubiese desempeñado como tal por dicho período en otra comunidad y

acreditare tal circunstancia, siendo dicha excepción debidamente justificada por la Autoridad de Aplicación, debiendo como fundamento principal el favorecimiento de la población requirente de sus servicios”, tal como figura en la Ley 3621 de 2018, de fortalecimiento y jerarquización de la Atención Primaria de la Salud (APS). En cambio en el caso chubutense se prioriza la capacitación en un marco de respeto a la diversidad cultural, de acuerdo a lo que se manifiesta desde la Dirección de Promoción y Prevención de la Secretaría de Salud de Chubut, aprobada en el año 2007. Sin embargo, tampoco existen programas que contemplen de modo sistemático la interculturalidad en la APS.

El caso del norte de la provincia de Córdoba

En el caso de la localidad del norte de la provincia de Córdoba, la atención sanitaria es pública y gratuita pero limitada desde el punto de vista de la atención y los servicios que se ofertan. Dividida por la ruta nacional 9, la localidad seleccionada se encuentra ubicada frente a uno de los principales centros agrícola-ganaderos de la provincia. La ciudad tiene unos 20.821 habitantes, el 21,5% de la población se encuentra en área rural y el 78,5% en urbana. Se trata de una de las localidades con mayor porcentaje de población migrante boliviana en la provincia de Córdoba, la cual se concentra en el área rural donde se encuentran 6 cortaderos de ladrillos y 4 huertas dedicadas principalmente a la plantación de papa. En los últimos años, la Municipalidad ha ofrecido cerca de 20 puestos en el oficio de “barrenderas” a mujeres de la comunidad, las cuales se organizan a través de una cooperativa de trabajo.

La ruta 9 marca el límite político entre ambas ciudades y también las distancias en términos de recursos y servicios. Mientras que la principal ciudad concentra el principal hospital de referencia de la región del norte de Córdoba y posee un sistema de atención primaria y secundaria donde confluye el área programática y de referencia/contra referencia de la región norte de la provincia, la ciudad seleccionada en este estudio se caracteriza por tener un sistema de salud primario dependiente de la Municipalidad y organizado en 5 centros de salud (dispensarios) con recursos

materiales limitados y con contrataciones de recursos humanos precarias. Estos dispensarios conviven con clínicas y consultorios privados de salud. Un trabajo previo realizado en la zona señaló que el área de salud de dicha localidad ha pasado por diversos cambios de gestión municipal lo que ha dificultado la definición de roles y la implementación de acciones a mediano y largo plazo para el abordaje de la salud pública. Asimismo, se evidenciaron diversos obstáculos en relación al abordaje de la violencia de género. Destacan la falta de capacitación de los y las profesionales sobre el tema, la mirada biologicista de la salud y muy especialmente la falta de políticas coordinadas e integrales y de recursos para abordar la violencia de género en la zona (Saletti-Cuesta, et al. 2019). En relación a la población migrante, las entrevistas realizadas con las profesionales de salud de Colonia Caroya dieron cuenta de un sistema de salud primario que actúa principalmente en un vacío, también para abordar a esta población. Allí conviven una multiplicidad de barreras de acceso como falta de recursos humanos, alta rotación y precariedad laboral del personal sanitario, barreras idiomáticas y vinculadas a la organización expulsiva del sistema, principalmente asociadas a horarios de atención incompatibles con las necesidades y organización de las familias migrantes. Es necesario un análisis intersectorial para comprender cómo las múltiples desigualdades sociales se vinculan en el abordaje de problemáticas de salud, muchas veces produciendo y reproduciendo inequidades (Saletti-Cuesta y Aizenberg, 2019). De hecho, la noción de interseccionalidad aplicado a la salud nos echa luz para cuestionar la supuesta homogeneidad de grupos poblacionales, como por ejemplo el migrante o las mujeres víctimas de violencia, a la vez que ha destacado que la salud es el complejo resultado de las estructuras de dominación social y de discriminaciones históricas (Kapilashrami y Hankivsky, 2018). En ese sentido, complejiza la mirada para entender que, por ejemplo, una mujer blanca, de clase social desfavorecida, que vive situaciones de violencia de género es discriminada por su género y su clase, pero tiene probablemente más ventajas en relación a su etnia en comparación con una mujer migrante, de población originaria, de clase social desfavorecida que también vive situaciones de violencia de género.

Las diferencias entre el norte de Córdoba, Caleta Olivia y Comodoro Rivadavia -que no es intención analizarlas en su profundidad- se traducen en modos de acceso al sistema de salud diferenciados, que se reflejan en las historias que nos fueron compartiendo nuestros/as entrevistados/as a lo largo del trabajo de campo. En el caso de Córdoba la burocratización del sistema –a pesar de que se presenta como ordenado y “amigable” en términos de atención- genera confusión y alejamiento de quienes deben realizar algún tipo de práctica médica. Aunque existen similitudes entre los casos dado que las dificultades sobreviven más allá del acceso a la consulta médica y a los beneficios que otorgan determinados programas de salud. En ello, la coordinadora de la Atención Primaria de la Salud (APS) destacó los déficits y problemas que posee el sistema de salud en Santa Cruz con falta de profesionales, escasos incentivos y sobre todo con aquellos centros de salud provinciales donde tan sólo dos tienen médicos a cargo. Allí, los directores no necesariamente son médicos, dado que son cargos políticos, sumado a que los/as agentes de salud no reciben formación específica para trabajar en APS.

En el mismo sentido, una médica y una enfermera de un centro de salud del norte de Córdoba señalaron que el bajo nivel salarial y la falta de recursos conllevaba a que los profesionales asignados vean al sistema primario como un trabajo provisorio a la espera de que surja una mejor oportunidad. La entrevista dio cuenta de un tipo de atención que funciona principalmente como un vacunatorio porque *“es una exigencia por el tema de la escuela entonces es como que se tienen que adaptar si o sí por el tema del Anses (Administración Nacional de Seguridad Social)”* (entrevista, enfermera dispensario, norte de Córdoba, 2019). A pesar de ser el principal servicio ofrecido, el dispensario carece de una heladera para el guardado de las vacunas lo que genera que las y los usuarias/os tengan que ir una vez a pedir turno y luego volver otro día programado una vez que la enfermera le informe que la vacuna está disponible.

La APS en el norte de Córdoba, decimos, funciona en un vacío restrictivo y expulsivo para profesionales sanitarios y para posibles usuarios/as. Una pequeña construcción

indicada por un cartel roto ubicado al costado de una ruta interna y horarios de atención segmentados y limitados en función de la disponibilidad del personal y escritos a mano en una hoja pegada en la puerta dificulta la ubicación de uno de los centros de salud así como la identificación del mismo como un servicio con capacidad resolutive. El propio personal entrevistado indicó que el hecho de que el centro estuviese “retirado” y que no funcionase porque *“antes no había nadie acá, la médica que estaba ya no está y no hay un horario para que la gente sepa cuándo hay médicos por eso no llega mucha gente”* (entrevista, enfermera dispensario, norte de Córdoba, 2019).

La alta y constante rotación del personal y la limitada disponibilidad de horarios lleva a un alto nivel de desconocimiento respecto a quién es la población migrante que vive en la zona. Según las entrevistas, la principal barrera para conocer a la población de referencia está relacionada con la falta de salidas al terreno. Contrario a lo que la APS supone, en el norte de Córdoba, de hecho no tiene asignada la figura del agente comunitario por eso

no hay seguimiento en las comunidades, no hay agentes de salud...no conozco cómo vive la gente de acá de la zona. Acá desde la ruta parece que no hay nada pero sí hay cortaderos, sembraderos de papa pero no sabemos porque no se abordó nunca, no hay (actividades de) terreno (entrevista, enfermera dispensario, norte de Córdoba, 2019).

Este enfoque asistencial que no contempla acciones preventivas ni de promoción de la salud que deberían caracterizar a la APS, también ha sido evidenciado en relación a la violencia de género, contituyéndose como obstáculo importante para el abordaje de problemáticas de salud que requieren miradas integradoras y que deben situar a las usuarias como principales protagonistas de sus procesos (Saletti-Cuesta, et al. 2019).

En todas las entrevistas realizadas al personal que asiste a quienes concurren a las oficinas de APS tanto en Caleta Olivia como en el norte de Córdoba, se identifican a

las y los migrantes como “bolivianos”, a pesar de que en el segundo caso, por ejemplo, el flujo migrante boliviano convive con otros internos principalmente provenientes de la provincia del Chaco. En el caso de Caleta Olivia, quien coordina el área de APS rescata la meticulosidad y paciencia que tiene el grupo de migrantes bolivianos, en particular las mujeres para sacar turnos, y seguir los tratamientos a pesar de los obstáculos que la lengua representa al momento de la comunicación e intercambios. Ante nuestra consulta acerca de cómo se abordan aquellas cuestiones ligadas a presencia y conocimiento de prácticas vinculadas a la medicina denominada como “alternativa/indígena”, coordinadora de APS, señaló que el grupo de mujeres bolivianas sería “ideal” para trabajar recuperando prácticas de la medicina indígena, tal como la utilización del arrope de chañar para las afecciones de garganta y que la población descendiente de migrantes catamarqueños actualmente desconoce. Sin embargo, considera que la falta de tiempo y los obstáculos que provienen de la necesidad de cumplir con la carga de programas de salud, entre otros motivos, imposibilitan generar espacios de intercambio entre distintas medicinas.

También en Córdoba se destaca la buena voluntad de las y los migrantes bolivianos para cumplir con la atención a pesar de la barrera lingüística. La “adaptación” a las exigencias sanitarias del Estado argentino principalmente asociados con la vacunación como requisito para el cobro de asignaciones sociales/familiares y para la matriculación es reiteradamente señalada como un elemento que define el tipo de atención y relación médico-paciente. Como en otras investigaciones realizadas (Aizenberg y Baeza, 2017) volvemos a ver aquí que las representaciones que se tienen de las mujeres bolivianas están vinculadas a la figura tradicional que se le ha atribuido al colectivo boliviano en la sociedad argentina, especialmente a las mujeres, asociada a la sumisión y a la docilidad, como un cuerpo pasivo/a que debe adaptarse, someterse o resistir a las condiciones que atraviesa su vida cotidiana. Lo vemos por un lado en torno a aquella adaptación a los requisitos sanitarios que demanda el Estado Argentino, *“hay que explicar todo el tema de las vacunas hasta que te entienden pero te entienden y se tienen que adaptar sí o sí por el tema del*

Anses” (entrevista, enfermera, dispensario norte de Córdoba, 2019). También se observa en la descripción de un cuerpo dócil que resiste a las condiciones de trabajo propias de los cortaderos de ladrillos *“El argentino llega con un cuadro de lumbalgia pero el boliviano los veo más fuertes, no consultan por esas cosas y eso que están con trabajos más duros. No vienen más allá de que se estén muriendo”* (entrevista, médica, dispensario Norte de Córdoba, 2019).

Por supuesto no podemos entender la salud de la población migrante que vive en el norte de Córdoba sin profundizar las condiciones que atraviesan sus vidas en los cortaderos de ladrillos. En la provincia de Córdoba, la situación que viven migrantes bolivianos en los cortaderos de ladrillos entró en la escena pública a principios del 2019 a través de un fallo histórico del tribunal oral de la provincia que condenó a 8 años de prisión a una persona oriunda de Córdoba por someter a explotación laboral y trata de personas a un grupo de 30 personas de nacionalidad boliviana. La investigación del caso mostró que las familias que vivían en el cortadero padecían hacinamiento y altos niveles de precariedad de la vivienda que se les ofrecía a cambio de su fuerza de trabajo. Si bien desconocemos aún en esta instancia de indagación el tipo de relación laboral de las personas migrantes que trabajan en los cortaderos de nuestro caso de estudio, nuestras observaciones en el terreno dan cuenta de contextos de trabajo altamente precarizados. Las inserciones laborales en el sector de los cortaderos de ladrillos están atravesadas por adscripciones étnico-nacionales que atribuyen al colectivo boliviano como el que mayores aptitudes y posibilidades de adaptación presentaría al trabajo duro y precario que suponen los cortaderos (Pizarro et al., 2009). Distintas investigaciones han señalado el alto impacto ambiental y sobre la salud de la población que vive y trabaja en los cortaderos en la provincia de Córdoba. En el 2017 una investigación periodística señaló que en menos de 10 años, 11 niños y adolescentes fallecieron en los más de 200 cortaderos de ladrillos cordobeses en contextos vinculados con el trabajo de sol a sol, o por las propias características de las viviendas ubicadas a pocos metros del horno y que carecen de infraestructura y condiciones básicas.

Durante 2019, el contexto general de ajuste y pobreza sumado a la particularidad del trabajo en los cortaderos, puso en alerta a informantes claves que trabajan en proyectos de alfabetización de la zona quienes presenciaron distintos casos de gravedad y un retraso en la búsqueda de atención sanitaria, la cual es utilizada en casos de extrema urgencia cuando la enfermedad está altamente avanzada. Las informantes señalaron que en los cortaderos la jornada de trabajo es de 12 horas y que a las mujeres *“se las ve cansadas como muy agobiadas” por la carga adicional del trabajo reproductivo [...] ellas trabajan como 12 horas arrancan a las nueve pero arrancan más temprano porque preparan la comida y llevan los chicos al colegio y van al barrido de 8 a 8, hacen cuadrillas”* Y agregan:

La venta la hace el marido, es un trabajo familiar. Hay roles asignados, las mujeres generalmente hacen la cancha como el alisado para poder poner los ladrillos y el apilado y también los niños colaboran. En otras como que tienen un patrón que exige tanta productividad todos que hacen todo, ahí las vemos llevando troncos. El trabajo forzado lo hacen por igual. No están tanto en el horno pero el cuerpo lo ponen igual. (entrevista, informante clave, norte de Córdoba, 2019).

Así señalaron:

Ana por ejemplo que venía antes está con el ojo paralizado. Pensaba que el martes iba su marido a sacar turno y por suerte llovió y tuvieron que dejar de trabajar sino, no pueden ir...” [...] “ahora hay una señora en terapia intensiva. Tenía mucho dolor antes y la llevaron al hospital hiper saturado que tiene que sacar el turno a las cuatro de la mañana. Llegó con una pancreatitis porque no llegó a atenderse a tiempo. El dolor que habrá pasado esa señora! [...] Se va a trabajar a pesar de estar muriéndose de dolor, la prioridad es el trabajo y entonces tampoco se ve la enfermedad de los niños ni de ellos mismo [...] en otro caso hubo un accidente y están ahora todos abocados vendiendo pollos para comprarle la prótesis. Están sobreviviendo porque tienen que comprar la prótesis. (entrevista, informante clave, Norte de Córdoba 2019).

Cuadro de síntesis entre los Sistemas de Atención Primaria de la Salud de la localidad del norte de Córdoba, Caleta Olivia (Santa Cruz) y Comodoro Rivadavia (Chubut).

Aspectos a comparar	Localidad del norte de Córdoba	Caleta Olivia, Santa Cruz	Comodoro Rivadavia, Chubut
Acceso	Pública y gratuita	Arancelado para no-carenciados	Pública y gratuita
Atención Primaria de la Salud desde la legislación provincial	No contempla el campo de salud intercultural	Acento en Prevención y profilaxis	Atender a la diversidad cultural
Recursos	Infraestructura escasa, falta de capacitación del personal, especialmente en la APS	Falta de personal y profesionales	Ausencia de capacitación en salud intercultural

Considerando lo descrito, es importante tener en cuenta el contexto, la cultura y las prácticas estructurales donde se insertan los sistemas de salud para comprender su rol en el mantenimiento de barreras.

Discusión

Acerca de las posibilidades de construir prácticas interculturales en salud

A lo largo de nuestras investigaciones hemos reconstruido itinerarios terapéuticos caracterizados por historias traumáticas y que reflejan las consecuencias que tienen los obstáculos en la atención sanitaria. En particular, en el efecto que tienen las largas esperas, los abandonos de tratamientos médicos, entre otras problemáticas que entendemos que refieren a la ausencia de entendimiento por las barreras

idiomáticas, por las tensiones que se generan entre las experiencias previas en el sistema de salud del país de origen y aquellas ligadas al mundo andino con las prácticas sanitarias del país de destino que resultan desconocidas para las mujeres migrantes. También debemos sumar que en contextos migratorios es difícil recrear aquellos aspectos vinculados a la medicina andina, dado que quienes poseen conocimientos no siempre encuentran las condiciones para practicar sus conocimientos, en otras ocasiones suelen conocer “curanderas” nativas a las que visitan para multiplicidad de estados de salud física y psíquica (Taussig, 1995). Estas situaciones generan la combinación permanente de distintos tipos de tratamientos que pueden llegar a ocasionar problemas, superposiciones y en general al abandono del sistema de salud por no encontrar en éste último las respuestas esperadas (Damín, 2014; Ballesteros et al, 2017; Bellamy y Castro, 2019).

Comprender las barreras de acceso de la población migrante en el acceso a la salud requiere analizar cómo los diversos determinantes sociales de la salud se intersectan y se manifiestan en los sistemas sanitarios reproduciendo desigualdades sociales en un contexto determinado (Saletti-Cuesta y Aizenberg, 2019). Como tratamos de desarrollar en este trabajo, los itinerarios terapéuticos de la población boliviana están atravesados por distintos determinantes sociales que cobran particular relevancia en el proceso migratorio en Argentina: a) un contexto de alta precariedad y explotación laboral y de calidad de vida que caracteriza a las personas de origen boliviano y b) un contexto sanitario restrictivo y expulsivo que aquí pusimos en evidencia a través del análisis -exploratorio- del sistema de APS, principal entrada de acceso al sistema público de salud en Argentina. Aunque este análisis no buscarnos pistas concretas de cómo implementar procesos interculturales en salud, si creemos nos plantea el interrogante sobre cómo abordar en la práctica estos procesos con sistemas de salud restrictivos y condiciones de vida limitantes. Las situaciones aquí relatadas nos conducen a recuperar el interrogante de Knipper cuando se pregunta acerca de “...si la meta es brindar atención digna y de calidad para todos los pacientes, es necesario dinamizar tanto las mentes como las estructuras. Pero mientras en el campo de la medicina la categoría “cultura” no deje

de ser percibido como algo exótico, apto para excluirlo, por ejemplo, en “sistemas” e instituciones paralelas a la “medicina académica”, queda mucho por hacer (Knipper, 2006: 427).

Conclusiones

El artículo puso en relevancia las barreras de acceso a los sistemas sanitarios que atraviesan los procesos terapéuticos de mujeres migrantes bolivianas en contextos de alta precariedad laboral y vulnerabilidad social. En este contexto, vimos imperioso el camino de reconsiderar la interculturalidad sin perder de vista el carácter crítico y emancipatorio que debe contener y que reproduciría las lógicas de las desigualdades ya existentes. Como modo de acercarnos a repensar abordajes interculturales en salud, consideramos la importancia de que los diseños en salud intercultural incorporen abordajes más profundos que permitan reflexionar sobre la capacidad resolutive de los sistemas sanitarios y también más amplias vinculadas a la calidad de vida que atraviesa las experiencias en salud y enfermedad y a las posibilidades de cuidado de las personas migrantes. En el marco de contextos de alta desigualdad social y sanitaria también remarcamos el valor de que los distintos niveles de atención de la salud breguen por mayor inclusión de los distintos modos de entender el cuerpo y el malestar. Entendemos que esto requiere volver a colocar a las mujeres migrantes andinas en un lugar de agenciamiento a través de la potencia que adquieren determinadas prácticas de la memoria corporal como formas de habilitar herramientas para sobrellevar las dificultades propias de contextos de atención sanitaria.

Entre las limitaciones del estudio destacamos el método de captación de la muestra en base a un criterio de bola de nieve puede haber sesgado la inclusión de profesionales sanitarios y referentes claves con miradas particularmente a cuestiones de género.

Referencias bibliográficas

- 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, No. 3
- Baeza, B. Aizenberg, L. y Oyarzo Barría, C. (2019). Salud migratoria: miradas comparativas entre profesionales sanitarios y mujeres migrantes bolivianas. *Si Somos Americanos*, vol.19, n.1, 43-66.
- Baeza, B. (2009) *Fronteras e identidades en Patagonia Central*. Prohistoria.
- Ballesteros, M, Freidin, B y Wilner, A. (2017). Esperar para ser atendido. En: Pecheny, M y Palumbo, M. (ed). *Esperar y hacer esperar: escenas y experiencias en salud, dinero y amor*. Teseo, 63-97
- Bellamy C y Castro R. (2019). Formas de violencia institucional en la sala de espera de urgencias en un hospital público de México. *Rev Cienc Salud..* 17(1), 120-137.
- Carreño Calderón, A. (2010). "Cuerpos y almas migrantes: ensayos sobre la noción de persona andina y la gestión del sufrimiento en nuevos territorios". VII Congreso Chileno de Antropología. Colegio de Antropólogos de Chile A. G, San Pedro de Atacama
- Damin, N. (2014). El Estado, la espera y la dominación política en los sectores populares: entrevista al sociólogo Javier Auyero. *Salud Colectiva*, 10 (3), 407-415.
- Debandi, N., Nicolao, J., y Penchaszadeh, A. (2021). *Anuario Estadístico Migratorio de Argentina 2020*. RIOSP DDHH -CONICET.
- Knipper, M. (2006). El reto de la "medicina intercultural" y la historia de la "medicina tradicional" indígena contemporánea. En: G. Fernández (comp.). *Salud e interculturalidad en América latina. Antropología de la salud y crítica intercultural*. (pp.413-432) ABYA YALA, UCLM, AECI.
- Lorenzetti, M. (2012). Alteridades y configuraciones interétnicas en el Chaco Salteño a través de la Atención Primaria de la Salud. *Estudios en Antropología Social*, 1 (2).
- Menéndez, E. (2006). Interculturalidad, "diferencias" y Antropología "at home": algunas cuestiones metodológicas. En G. Fernández Juárez (Ed.), *Salud e Interculturalidad en América Latina. Antropología de la Salud y Crítica Intercultural* (pp. 51-66). Ediciones Abya Yala

- Mondaca Rojas, C., y Gajardo Carvajal, Y. (2015). Interculturalidad, migrantes y educación. *Diálogo andino*, (47), 3-6.
- Perdiguero, E. (2006) “Una reflexión sobre el pluralismo médico”. En: G. Fernández Juárez. (Ed.). Salud e interculturalidad en América Latina. *Antropología de la salud y Crítica Intercultural*. (pp. 205-224).Ediciones Abya-Yala.
- Pizarro, C., Fabro, F y Ferreira, M. (2016). Los discursos laborales legitimados y las prácticas de migrantes bolivianos en relación al mercado laboral en su lugar de trabajo: el cortadero de ladrillos en una zona rural de Córdoba. Ponencia presentada en el 9no. Congreso Nacional de Estudios del Trabajo.
- Ramírez Hita, S. (2006). La Interculturalidad sin todos sus agentes sociales. El problema de la salud intercultural en Bolivia. En G. Fernández Juárez (Ed.), Salud e interculturalidad en América Latina, Antropología de la Salud y Salud Intercultural (pp. 405-412). Ediciones Abya Yala/UCLM/AECI.
- Ramírez Hita, S. (2009). La contribución del método etnográfico al registro del dato epidemiológico. Epidemiología sociocultural indígena quechua de la ciudad de Potosí, *Salud Colectiva*, 5(1),63-85.
- Taussig, M. (1995). La reificación y la conciencia del paciente. En: M. Taussig (ed). *Un gigante en convulsiones*, (pp.110-143). Gedisa.
- Saletti-Cuesta, L. Ferioli, A., Martínez, FV., Viel, E., Baudin, V., Romero, P. Funk, N. González, AC., Rodríguez, A. (2019) El abordaje de la violencia de género desde la mirada de las comunidades del norte cordobés. *Cadernos de Saude Pública* 36 (1).
- Saletti-Cuesta, L. y Aizenberg, L. (2019). Intersectional innovative analysis of how providers’ discourses interact with universal healthcare access. En: Tavares, A. *Universal Health Coverage*. IntechOpen.
- Torri, M. (2012). Multicultural social policy and community participation in health: new opportunities and challenges for indigenous people. *The International Journal of Health Planning and Management*. 27 (1), 28-40.

- Viaña J. (2009) *La interculturalidad como herramienta de emancipación. Hacia una redefinición de la interculturalidad y de sus usos estatales*. Campo Iris.
- Viruell-Fuentes, E, Miranda, P. y Abdulrahim, S. (2012). More than culture: structural racism, intersectionality theory, and immigrant health. *Social Science & Medicine*, 75(12), 2099-2106.
- Walsh, C. (2009), *Interculturalidad, Estado y sociedad. Luchas (de)coloniales de nuestra época*. Universidad Andina Simón Bolívar / Abya Yala