

Percepciones de los equipos de salud en torno a las mujeres migrantes bolivianas y peruanas en la ciudad de Córdoba

Lila AIZENBERG

María Laura RODRÍGUEZ

Adrián CARBONETTI

*Centro de Investigaciones y Estudios sobre Cultura y Sociedad
(CIECS)-Consejo Nacional de Investigaciones Científicas y Tecnológicas
(Conicet)-Universidad Nacional de Córdoba (UNC)*

RESUMEN

Este artículo analiza las percepciones que se construyen desde los equipos de salud en torno a las mujeres migrantes de origen peruano y boliviano en la ciudad de Córdoba, Argentina. La investigación consistió en un estudio cualitativo, exploratorio y descriptivo con base en 12 entrevistas en profundidad realizadas con una guía de pautas semiestructuradas. El trabajo muestra las ideas que los equipos tienen sobre los dos grupos migrantes, así como sus opiniones respecto a los factores que influyen en el acceso y uso de las mujeres a los sistemas de salud durante el proceso de embarazo y parto. Se enfatiza sobre la importancia de incorporar una perspectiva histórico-política y cultural en la atención de los migrantes, que pueda recuperar las trayectorias particulares de los distintos flujos migratorios, así como sus necesidades específicas vinculadas al acceso a la salud y a sus prácticas culturales.

Palabras clave: 1. migración, 2. salud reproductiva, 3. profesionales de la salud, 4. Córdoba, 5. Argentina.

Perceptions of Health Care Teams Concerning Bolivian and Peruvian Migrant Women in the City of Córdoba

ABSTRACT

This article analyzes the perceptions of health teams concerning Peruvian and Bolivian migrant women living in the city of Córdoba, Argentina. The research consisted of a qualitative, exploratory, and descriptive study based on 12 in-depth, semi-structured interviews. It documents various health teams' views regarding the two migrant groups as well as their opinions about the factors that influence the women's access to and use of public health systems during pregnancy and childbirth. The article emphasizes the importance of incorporating a historical, political, and cultural approach to migrant health care that can recover migrants' individual histories and their specific needs in terms of health care access and cultural practices.

Keywords: 1. migration, 2. reproductive health, 3. health care team, 4. Córdoba, 5. Argentina.

Introducción¹

Salud y migración internacional

Desde diferentes enfoques teóricos y metodológicos, numerosos estudios han abordado la problemática de la migración sudamericana para el caso argentino, especialmente la boliviana (Balán, 1990; Benencia y Karasik, 1996; Caggiano, 2005, 2008; Grimson, 2000a, 2000b, 2006; Karasik, 2000; Bologna, 2007, entre otros). También han cobrado importante dinamismo los estudios interesados en analizar el rol de las mujeres en los procesos migratorios (Cortés y Groisman, 2004; Ariza, 2000; Magliano, 2007, 2009; Donato *et al.*, 2006; Cacopardo, 2002, 2004; Ezquerria, 2008; Oso, 1998; Caggiano, 2007; Mallimaci, 2005, 2010; Rosas, 2010; Courtis y Pacecca, 2010; Parella, 2003, entre otros). No obstante, todavía es escaso el conocimiento que existe sobre los problemas específicos de salud de las mujeres migrantes en general y de su salud reproductiva en particular, y sobre cómo el sistema de salud argentino ha respondido a sus necesidades específicas. En la actualidad, el problema de la salud reproductiva y la migración merece particular atención tomando en cuenta la cantidad de migrantes sudamericanos que residen en Argentina, el alto grado de feminización que caracteriza a dicha población (entre la que se encuentra una elevada proporción de mujeres en edad reproductiva) y el desafío que implica para los servicios sanitarios garantizar las condiciones para satisfacer esta demanda (Cerrutti y Maguid, 2010; Jelin, Grimson y Zamberlin, 2006).

En términos de salud, los inmigrantes sudamericanos en la Argentina están expuestos a altos índices de vulnerabilidad, malas condiciones de vida y limitado acceso a los servicios sanitarios. En su gran mayoría, los bolivianos y peruanos en nuestro país se caracterizan por tener bajos niveles educativos, condiciones desfavorables

¹ Este estudio se llevó a cabo como parte de la beca posdoctoral, CIECS-Conicet-UNC. Agradecemos los aportes de la doctora María José Magliano, del CIECS-Conicet-UNC, a las versiones iniciales de este artículo.

de vivienda y escaso acceso a los servicios de infraestructura básica, lo que influye negativamente en sus niveles de salud y en los de sus familias (Cerrutti, 2009; Pantelides y Moreno, 2009). Debido a su bajo grado de capacitación, gran necesidad y precaria situación migratoria, generalmente los inmigrantes son contratados en empleos informales sin ningún tipo de beneficio laboral o seguridad social. Además, muchos de ellos están en riesgo a contraer serias enfermedades como consecuencia de las condiciones laborales extremadamente precarias o por trabajar bajo condiciones insalubres (Goldberg, 2014). En el caso específico de las mujeres, las inmigrantes están aún más expuestas a enfrentarse con obstáculos para el cuidado de su salud, así como para acceder a los servicios de atención. Además de las dificultades que tienen como inmigrantes, enfrentan obstáculos derivados de factores asociados a su clase social, al género y a su pertenencia étnico-cultural (Jelin, Grimson y Zamberlin, 2006; Cerrutti, 2011). Las migrantes están mayormente expuestas a ser discriminadas en los servicios de atención por el hecho de ser mujeres y pobres, y también por poseer pautas reproductivas y de cuidado culturalmente diferentes a las que se siguen en el sistema de salud argentino (Jelin, Grimson y Zamberlin, 2006; Cerrutti, 2011). Especialmente, las mujeres que provienen de sectores rurales arriban con saberes, prácticas y valores tradicionales con relación al cuidado de su salud y su salud reproductiva que chocan con los asumidos en el sistema de salud moderno. Esto repercute fuertemente en la construcción de lazos de confianza entre el personal de salud y la paciente, genera un alto nivel de rechazo entre las mujeres migrantes y las coloca en una posición de mayor vulnerabilidad respecto a su salud (Grimson, 2006).

*El contexto de la migración en Argentina
y en la provincia de Córdoba*

La posibilidad de conocer la forma en que los servicios de salud responden a las necesidades y demandas de las mujeres migrantes bolivianas y peruanas, y los desafíos que enfrentan en la atención, por las opiniones de los profesionales de salud en la ciudad de

Córdoba resulta inédito en el país y cobra particular relevancia tomando en cuenta las particularidades de la problemática de la migración en la actualidad. A diferencia de lo ocurrido desde finales del siglo XIX y hasta mediados del siglo XX, cuando Europa era el principal origen de las corrientes migratorias que llegaban al país, a partir de 1980 Argentina pasó a convertirse en un lugar de destino de los migrantes sudamericanos, especialmente bolivianos, chilenos, paraguayos, uruguayos y, más recientemente, peruanos (Pantelides y Moreno, 2009). Si bien la presencia de inmigrantes de países limítrofes en la Argentina se ubicó siempre entre dos y tres por ciento de la población, en las últimas décadas sus características se fueron modificando en cuanto a la composición por país de origen, el asentamiento territorial y la conformación por sexo. En la actualidad la inmigración de países latinoamericanos a Argentina comprende principalmente a personas nacidas en Bolivia, Paraguay y Perú que llegaron al país como consecuencia de las desventajosas condiciones económicas en sus países de origen, así como debido a las posibilidades de inserción laboral y al tipo de cambio favorable que se estableció en Argentina desde la década de 1990 (Cerrutti, 2009). La crisis de las economías regionales y el proceso de urbanización registrado han llevado a una importante disminución en el número de migrantes asentados en las zonas de frontera y a un aumento de los migrantes que se fueron a vivir a los grandes centros urbanos. La llegada de los flujos migratorios a las ciudades en esa década estuvo asociada a un proceso de urbanización incentivado por la crisis económica de la región y por la formación de nichos laborales urbanos, especialmente en trabajos precarios o informales (Benencia y Karasik, 1996). Desde fines de esa última década del siglo XX, la provincia de Córdoba se ha convertido en uno de los destinos elegidos por la población migrante sudamericana. Según datos del último censo nacional de población de 2010, del total de la población extranjera que vive en la provincia de Córdoba, cerca de 75 por ciento proviene de América del Sur, y el colectivo más grande en términos numéricos es el boliviano, seguido por el peruano y el paraguayo. De acuerdo al censo provincial de 2008, la migración boliviana, que como las

demás corrientes de la región se concentra en la capital provincial y en la zona del Gran Córdoba, representa 51 por ciento del total de la población de los países limítrofes. La corriente migratoria peruana, por su parte, representa 77 por ciento del total de población no limítrofe (de América) en Córdoba y se concentra en 90 por ciento en la ciudad capital; esto es, se trata de un fenómeno esencialmente urbano. En Argentina y en Córdoba, estos flujos migratorios presentan características diferenciadas. La migración boliviana manifiesta una continuidad en el tiempo, pues es un fenómeno histórico y familiar que se viene desarrollando desde mediados del siglo xx (Magliano, 2013). No obstante, en este colectivo se encuentran importantes diferencias entre aquellos migrantes que se movilizaron hacia mediados del siglo xx y quienes lo hicieron desde las décadas de 1980 y 1990 en adelante. Mientras que los primeros, especialmente varones, llegaban a la ciudad de Córdoba en búsqueda de mejores condiciones laborales y educativas, en la década de 1980 este colectivo tenía un carácter eminentemente familiar, el cual se ha movilizado en busca de mejores condiciones generales de vida (Magliano, 2009). La migración peruana es un fenómeno más reciente. En este sentido, los flujos migratorios de las dos últimas décadas, que involucran en especial a bolivianos y peruanos, se enmarcan principalmente en contextos de crisis, pérdida de empleo y beneficios sociales ocurridos en América Latina desde las décadas de 1980 y 1990. Estos colectivos se movilizaron en principio como consecuencia de las políticas neoliberales impuestas en América Latina desde los primeros años de la década de 1980, como parte de un proceso migratorio laboral motivado por una búsqueda de movilidad social ascendente (Altamirano, 2003). En el caso de los peruanos, dicho proceso no sólo involucra a sectores bajos sino a todas las clases sociales y a los grupos culturales (Falcón y Bologna, 2013; Altamirano, 2003). Así mismo, a diferencia del flujo migratorio boliviano, que ha sido fundamentalmente una migración de tipo familiar, las corrientes procedentes de Perú se caracterizan, en especial durante la década de 1990, por tener mayoría femenina con presencia de población joven con alto nivel de instrucción formal (Cerrutti y Maguid,

2010; Falcón, 2008). Ese nivel de instrucción, sin embargo, no se refleja en la inserción laboral. Según el censo nacional de 2001, casi la mitad de los peruanos residentes en Córdoba corresponde a mujeres empleadas en el servicio doméstico en zonas urbanas, las cuales en su mayoría no reciben aportes jubilatorios (Falcón y Bologna, 2013; Bruno, 2007). En este sentido, y a pesar de las diferencias, tanto peruanas como bolivianas han venido ocupando espacios de trabajos precarios e informales en nichos laborales vacantes en la ciudad. En el caso de las mujeres bolivianas la vida laboral es diversa; mientras que algunas se insertan en trabajos de horticultura, floricultura o de fabricación de ladrillos, que las llevan a asentarse en zonas rurales o periurbanas, otras realizan actividades de cuidado, servicio doméstico, textiles o vinculadas a la venta en ferias de las zonas urbanas. La precarización laboral y las condiciones de vida que padecen las mujeres migrantes han repercutido fuertemente en sus experiencias de vida en el lugar de destino, incluyendo la dimensión de la salud y la salud reproductiva. Especialmente, si tomamos en cuenta la pirámide de población, la cual muestra que el grupo más nutrido es el de 25-34 años de edad, es de esperar que las necesidades en salud reproductiva y la búsqueda de atención sean realmente un aspecto altamente relevante en la vida de las mujeres migrantes (Cerrutti, 2011).

Este trabajo busca profundizar en la problemática de la salud y la salud reproductiva de las mujeres migrantes bolivianas y peruanas en Argentina. Desde fines de la década pasada, los conflictos de la población migrante relacionados con la salud han tomado nuevas características a raíz de la sanción y reglamentación de la nueva *Ley de Migración* (25.871). Esta ley marca un nuevo paradigma con relación a la protección de los derechos humanos en general y de la salud en particular de los migrantes,² al establecer que “no podrá negársele o restringírsele en ningún caso el acceso

² La aprobación de la nueva *Ley de Migración* constituye un quiebre de paradigma respecto a la normativa migratoria, ya que deroga la *Ley General de Migraciones y Fomento de la Inmigración de 1981*, más conocida como Ley Videla, que establecía un sistema de control, denuncia y sanción a la población migrante. En materia de salud, decretaba la obligación de todo funcionario público de denunciar la presencia de inmigrantes irregulares. En la práctica, el pedido del documento nacional de identidad era un requisito obligatorio para recibir atención sanitaria y resultaba una amenaza de expulsión para quienes no lo tuvieran.

al derecho a la salud, la asistencia social o atención sanitaria a todos los extranjeros que lo requieran, cualquiera sea su situación migratoria” (artículo 6). La ley 25.871 no sólo marca un punto de inflexión en torno a considerar a los migrantes desde una perspectiva de derechos, sino también se inscribe en un nuevo paradigma de “integración regional” mediante un discurso estatal de respeto a las diferencias culturales en el que subyace un modelo de “sociedad multicultural, integrada en la región e inclusiva, que respeta los derechos de los extranjeros y valora su aporte cultural social” (Novick, 2004:84).

La nueva *Ley de Migración*, el aumento de la población migrante que arriba a la provincia y la llegada de los nuevos flujos migratorios entre los cuales se encuentra una elevada cantidad de mujeres en edad reproductiva crean un contexto de interesante relevancia para analizar las percepciones que tienen los equipos de salud sobre las mujeres migrantes sudamericanas. En ese sentido, en este trabajo nos preguntamos sobre cómo los profesionales de la salud de instituciones públicas de la ciudad de Córdoba perciben a la población migrante peruana y boliviana que llega a los servicios sanitarios y cómo responden a sus demandas y necesidades de salud así como de salud reproductiva. Más en particular, el trabajo aborda los factores que según los profesionales son importantes en el proceso de salud-enfermedad y de atención a las migrantes durante el uso de los servicios de salud y el acceso a los mismos. Así mismo, indaga cómo los profesionales de la salud construyen *la cultura del otro* en relación con las prácticas de salud de las mujeres migrantes y la manera en que dicha construcción influye en la atención sanitaria y en las posibilidades de que se establezca una perspectiva que incluya las diferencias culturales.

Objetivos y metodología

El objetivo de este estudio es reconocer y analizar las percepciones que se construyen en los equipos de salud en torno a las mujeres migrantes de origen peruano y boliviano en la ciudad de Córdoba. El estudio se llevó a cabo entre junio y octubre de 2013.

La estrategia metodológica utilizada fue cualitativa. La investigación consistió en un estudio exploratorio y descriptivo con base en entrevistas a profundidad realizadas entre 12 profesionales de la salud de dos hospitales de tercer nivel de atención de Córdoba: cinco tocó ginecólogas, tres trabajadoras sociales y cuatro médicas generalistas. Todos los entrevistados fueron del sexo femenino. Se utilizó una guía de pautas semiestructurada que abordó los siguientes temas:

1. Percepciones respecto a la población migrante en general y a los distintos flujos migratorios en particular.
2. Identificación de las barreras y facilitadores que existen en el acceso y el uso de las mujeres migrantes a los servicios de salud materna y reproductiva.
3. Opiniones sobre la noción de interculturalidad en salud e inclusión de las diferencias culturales en las prácticas sanitarias.

También se utilizó una guía de observación no participante en las salas de espera de los dos hospitales seleccionados. La observación no participante reveló información acerca de dimensiones como infraestructura, barreras para la admisión del paciente, trato interpersonal, privacidad, información disponible y ofrecida, y competencia técnica del servicio. Los registros observados fueron trasladados a un cuaderno de notas y luego incluidos en el análisis.

Las unidades de análisis seleccionadas fueron cada una de las instituciones elegidas y las unidades de recolección de información fueron los entrevistados. La muestra no probabilística de tipo intencional quedó conformada por *a)* una maternidad provincial y *b)* un hospital general, ambos ubicados en Córdoba. En el primer caso, la selección de la institución se hizo por el alto número de mujeres inmigrantes que acuden a ella por ser una de las tres principales maternidades de la ciudad. En el segundo caso la selección respondió al hecho de que se trata del hospital cabecera del barrio donde vive la mayor cantidad de migrantes en la ciudad. En ambos se trata de hospitales pertenecientes a la administración

pública.³ El primero es del Ministerio de Salud de la provincia, y al ser un hospital de referencia, recibe población residente de distintos puntos de la ciudad y del interior de la provincia, tanto de clase baja como de media con y sin obra social. El segundo, de la Dirección de Salud de la Municipalidad, recibe casi en su totalidad población de recursos económicos bajos y medios bajos que en su mayoría no posee obra social. El modo de aproximación a los entrevistados fue los informantes clave. El proyecto no contó con el aval de ningún comité de ética porque el organismo financiador no lo requería. Sin embargo, se incluyó la aplicación de un consentimiento informado con el que se les comunicó la finalidad de la entrevista y el carácter voluntario de su participación, así como el carácter anónimo de la entrevista y de la institución. Las entrevistas fueron realizadas por investigadores sociales pertenecientes a la universidad, los cuales se presentaron como externos e independientes a las instituciones de salud. Las entrevistas fueron grabadas con consentimiento del entrevistado y posteriormente fueron transcritas para su posterior procesamiento y análisis. La codificación de las entrevistas y el análisis fueron realizados manualmente.

Resultados

Características de las mujeres bolivianas y peruanas en los servicios de salud

A diferencia de otros estudios similares llevados a cabo en la provincia de Buenos Aires (Jelin, Grimson y Zamberlin, 2006), donde se asienta 40 por ciento de la población boliviana y 80 por ciento de la peruana del total del país, en Córdoba, donde la concentración de ambos grupos se reduce a 10 por ciento, los

³ La atención de la salud en las instituciones públicas en Argentina es gratuita y la gran mayoría de los pacientes son de sectores sociales bajos sin cobertura social. La gratuidad incluye la atención pero no los medicamentos, los cuales deben ser comprados por los usuarios, salvo algunas excepciones. Para obtener un turno en los servicios de ginecología y obstetricia se debe sacar turnos programados, habitualmente de forma presencial. En muchos casos, la entrega de turnos se da por orden de llegada, llevando a los pacientes a acudir al hospital y hacer cola desde la madrugada con el fin de obtener un turno para ese mismo día u otro.

migrantes no constituyen un *problema* o *amenaza* para los equipos de salud. A pesar de esto, las mujeres migrantes que llegan a los servicios son reconocidas como una población diferente tanto en relación a la nativa como entre sí, y con prácticas y comportamientos que muchas veces se vuelven un desafío canalizar bajo los parámetros médicos conocidos. Según los profesionales, las mujeres bolivianas y peruanas presentan características y prácticas muy disímiles en los servicios, las cuales conllevan respuestas y reacciones distintas por parte del personal. Por un lado, las representaciones que se tienen de las mujeres bolivianas están estrechamente vinculadas a la figura tradicional que se le ha atribuido a los bolivianos, especialmente a las mujeres, asociada a la sumisión y a la docilidad (Magliano, 2009). En particular, las bolivianas son caracterizadas como calladas y con bajas exigencias respecto a la calidad de la atención hospitalaria. Dos son las características que se destacan en la descripción de este colectivo en su relación con el equipo de salud: la falta de higiene al momento de utilizar los servicios y el lenguaje. En relación con el lenguaje, se menciona la frustración que genera la dificultad para dialogar con las mujeres durante la consulta. La frustración también está asociada a una actitud conformista y de no cuestionamiento de las bolivianas respecto a la atención que reciben. Los problemas de comunicación con las mujeres bolivianas resultan un obstáculo en la atención, especialmente en la posibilidad de asegurarse de que la paciente haya entendido correctamente las indicaciones y la información ofrecida. Así lo señalan dos entrevistadas:

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

No sabés si están entendiendo, no se les traduce en la cara la forma en que están recibiendo el mensaje... Tenés que insistir la comunicación por ambas partes. La sensación que a mí me queda es que no

tienen una expresión; no sabés si realmente lo entendió el mensaje. Con las mujeres argentinas no me pasa tanto; las argentinas son más cuestionadoras, pero según ellas [las bolivianas] todo siempre está muy bien (Laura, entrevista, 2013).

Las pacientes peruanas están caracterizadas como mujeres demandantes y cultas, y se les atribuye un alto nivel de conocimiento de los derechos que poseen en el sistema de salud y de las prestaciones sanitarias a las que pueden acceder. La comparación con las mujeres bolivianas atraviesa constantemente los relatos de las profesionales a la hora de describir las características de las peruanas en los servicios. Con relación a las mujeres bolivianas, las peruanas son consideradas limpias durante la consulta y con mayores comportamientos preventivos e higiénicos. Así mismo, se reconoce que se trata de una población calificada y con alto nivel educativo. Como se menciona en la cita siguiente, la posición social más privilegiada y el conocimiento explicarían el mayor nivel de exigencia que tienen las peruanas en los servicios de salud en comparación con las bolivianas: “El peruano es más limpio y está más *ducho*; se cuida y controla más; es de otra clase social. El peruano busca o exige, conoce sus derechos, mientras que el boliviano lo podés atender en el pasillo y no dice nada, son más pobres” (Amelia, entrevista, 2013).

A pesar de que la población peruana y boliviana en edad reproductiva que reside en la provincia de Córdoba y que acude a los hospitales públicos es socioeconómicamente heterogénea, la construcción del perfil de las mujeres migrantes en los servicios de salud está atravesada por los estereotipos que se han forjado históricamente en los imaginarios populares respecto a los distintos grupos migratorios en el país y sus características. En otras palabras, las percepciones respecto a las actitudes y prácticas de los distintos grupos migrantes responden a preconceptos universales que han asociado a los bolivianos como pobres, rurales y con bajo nivel educativo y a los peruanos como educados, urbanos y con empleos estables y calificados. Estos estereotipos, y las comparaciones que los mismos suscitan, están presentes en la descripción que realizan los profesionales de las características de los dos grupos migratorios en los

servicios de salud, así como en la valoración que se tiene de ellos. Veremos cómo, a su vez, estos estereotipos influyen de manera significativa en la identificación de las barreras y los facilitadores que deben atravesar ambos grupos en los servicios sanitarios, así como en la propia práctica médica.

*Barreras y facilitadores vinculados
con el uso y acceso a los servicios de salud*

La cultura

Usualmente, los migrantes que provienen de culturas diferentes mantienen en el país de destino comportamientos y modelos vinculados al cuidado del cuerpo y al tratamiento de la salud que chocan con los impartidos en los sistemas de salud públicos (Cerrutti, 2011). En este estudio, la “cultura” –entendida como las prácticas, las representaciones y las costumbres– se asocia casi exclusivamente con la población boliviana, en tanto se le identifica como aquella con mayores diferencias respecto a la nativa. En un estudio que analiza las condiciones que afectan el acceso y uso de los migrantes a los servicios de salud en el Área Metropolitana de la Ciudad de Buenos Aires, Jelin, Grimson y Zamberlin (2006) señalan que la diferente cultura de médicos y pacientes migrantes es una barrera que impacta de manera significativa la comunicación entre ambos y afecta negativamente la atención. En nuestro estudio, la cultura también se torna una barrera para la comunicación entre el personal sanitario y las mujeres migrantes bolivianas. Sin embargo, lejos de reconocerse como un activo vinculado a las costumbres o prácticas propias de la comunidad boliviana, la cultura se confunde habitualmente con el nivel educativo, homologándose con el bajo nivel de instrucción de la población. En tanto se equipara la cultura con el bajo grado de instrucción, se interpretan los comportamientos de las mujeres bolivianas bajo una perspectiva valorativa. Así se imprime en el discurso un sentido normativo respecto a los comportamientos que las mujeres deberían adquirir, similares a los de las argentinas: “La diferencia con las argentinas es el nivel de

instrucción; la boliviana es sumisa, principalmente elemental; ésa es la característica cultural; habla poco y no podemos entenderla” (Gabriela, entrevista, 2013).

Aunque la población que acude a los servicios de salud no es homogénea, se observa aquí cómo la utilización de la categoría cultural termina encasillando a las mujeres bolivianas bajo formas de ser y costumbres que llevan a pensarlas como un grupo con identidades y características universales. Esta forma de homogeneizar a la población migrante no sólo lleva a los profesionales a concebir sus costumbres y prácticas como estáticas, sino que también conlleva el desarrollo de prácticas que, lejos de generar cambios, terminan justificando malas praxis o baja calidad de la atención ofrecida. El relato señalado a continuación, donde la médica reconoce que los médicos responsabilizan la mala atención a la “forma de ser” de los pacientes, es elocuente en este sentido. Otra médica indica algo parecido al justificar la atención regular que se ofrece: “A veces las cosas no funcionan bien, y uno echa la culpa al paciente por su forma de ser” (Marta, entrevista, 2013), y “a veces no hay otra, ellas son así, calladas, y no hay manera de que te entiendan, terminás haciendo lo que podés” (Sofía, entrevista, 2013).

El criterio homogeneizador que atraviesa la forma de percibir a la población migrante no sólo desconoce las diferencias intranacionales sino que, al trasladarse al nivel de las prácticas, coloca bajo el mismo paraguas a todo el conjunto de migrantes, independientemente de sus trayectorias o sus necesidades particulares. El relato siguiente pone en evidencia cómo parte de esa homogeneización responde a un discurso que busca reforzar intencionalmente la “no-discriminación” hacia el migrante y que está basado en una idea de “trato igualitario para todos”: “Acá el trato es igual para todos, no se discrimina[...] La diferencia está en utilizar una manera poco respetuosa para hablar de ellos, pero no hay diferencia en la atención o en los servicios que se brindan” (Genoveva, entrevista, 2013). El discurso de la igualdad entre nativas y migrantes omite registrar las diferencias culturales y pensar en acciones capaces de incluir dichas diferencias en la atención que se otorga. En el afán de ofrecer un “trato igualitario”, se elude

pensar sobre la importancia de destinar estrategias que puedan responder a las necesidades específicas de cada uno de los grupos migratorios, y también de cada una de las mujeres en particular, en función del contexto migratorio que viven. Esto último limita la posibilidad de pensar acciones interculturales que puedan incorporar prácticas y costumbres tradicionales al modelo moderno característico del sistema público nacional.

Aun cuando no se refleja explícitamente en el discurso, la distinción entre migrantes bolivianas y peruanas esconde un sesgo de clase que pone en evidencia la existencia de actitudes discriminatorias. Así, las diferencias basadas en la clase social que se encuentran entre ambos grupos al momento de explicar la mayor facilidad que tienen las mujeres peruanas para acceder a servicios de salud con relación a las bolivianas traslucen una valoración positiva de las segundas respecto de las primeras. La expresión “el peruano es más limpio, se cuida y controla más, son de otra clase social”, mencionada por una médica generalista, es muy elocuente en este sentido. El sesgo de clase social que atraviesa la explicación de los profesionales respecto a los comportamientos de las mujeres da nuevamente cuenta de la dificultad para captar los distintos aspectos que conforman la identidad del migrante, así como el contexto más amplio de sus experiencias vinculadas a la salud. La interpretación de clase, no sólo esconde en sí misma una mirada discriminatoria respecto a quiénes y cómo son las migrantes, sino que está limitada para captar otros aspectos que también influyen en la salud de las personas, como son las trayectorias migratorias particulares y los significados culturales que ellas le dan a sus experiencias. En otras palabras, el encasillamiento de las pacientes migrantes en parámetros de clase limita seriamente las posibilidades de los servicios para comprender el contexto que atraviesa el proceso de salud-enfermedad-atención de cada grupo migratorio y de cada mujer en singular y dar respuesta a sus necesidades.

El antropólogo Eduardo Menéndez (1985) ha definido el “modelo médico hegemónico” como un conjunto de prácticas, saberes y teorías generados por lo que se conoce como medicina científica que ha colocado en una posición de subalternidad las prácticas

y saberes de otros conjuntos sociales, hasta identificarse como la única forma de atender la enfermedad. Este modelo está caracterizado por el biologismo, el individualismo, la ahistoricidad, la asimetría, la exclusión de otros conocimientos, entre otros factores. El modelo médico hegemónico resulta altamente interesante para interpretar el marco en el cual se construyen los discursos de los profesionales y se desarrollan las prácticas médicas vinculadas a la población migrante. Como vimos en los párrafos anteriores, lo interesante de este modelo para el caso de la atención a las migrantes es que no sólo la relación médico-paciente queda planteada en una relación asimétrica y ahistórica en la que se omite incluir las características y trayectorias propias de las pacientes, sino que este tipo de relación se potencia en tanto el *otro cultural* queda reducido y subsumido a las normas establecidas por el saber impartido en el sistema de salud argentino. Las palabras de una médica entrevistada abonan esta idea: “Habitualmente, cuando nos referimos a los colectivos migrantes sudamericanos se plantea una relación de asimetría: yo te recibo acá pero vos tenés que vivir con mi forma, con mis leyes, con lo que yo pienso. No hay una voluntad de hospitalidad” (Verónica, entrevista, 2013).

Barreras geográficas, económicas y legales

Desde la sanción de la nueva *Ley de Migración* en Argentina, distintos estudios han analizado su funcionamiento en la práctica buscando identificar distintos factores que influyen en la accesibilidad de los migrantes a los servicios de salud públicos (Sala, 2002; Karasik, 2000; Abel y Caggiano, 2006; Jelin, Grimson y Zamberlin, 2006; Mombello, 2006). Entre estos factores, la barrera legal o administrativa, basada en el pedido de acreditación de la identidad, se ha colocado como un factor importante en la justificación del personal de salud a la hora de negar la atención. En este estudio, el pedido de documentación no fue señalado como una barrera en la atención. Por el contrario, como fue indicado en la sección anterior, diferentes relatos han dado cuenta de una intención explícita por brindar un acceso igualitario y exigir los

mismos requisitos para nativos y migrantes: “Se da la misma atención; no es que unos reciben un trato mejor que otros; a todos se les pide lo mismo y se les da lo mismo” (Laura, entrevista, 2013).

A diferencia de lo que sucede en los servicios de salud, donde se registró una diferenciación clara respecto a las barreras culturales que deben afrontar las mujeres bolivianas con relación a las nativas o a las peruanas, en el caso de las posibilidades de acceso se observa que las barreras resultarían iguales para todas las nacionalidades. En particular, el acceso a los servicios de salud públicos estaría afectado por la posibilidad de las mujeres –sean éstas migrantes o nativas– de sortear barreras geográficas, económicas, laborales y de género vinculadas a la organización de los servicios de salud. Más concretamente, el acceso a los servicios de salud pública dependerían de distintos factores relacionados con: *a)* la capacidad económica de las mujeres para afrontar el costo del pasaje hasta el hospital; *b)* las distancias geográficas y el tiempo que demanda el viaje hasta el hospital; *c)* el tiempo disponible que tienen las mujeres, incluida la flexibilidad para adaptarse a los horarios en que se ofrecen los turnos, y *d)* las redes sociales y familiares con que cuentan las migrantes en el país.

Aun cuando el acceso de las mujeres a los servicios sanitarios está signado por esta multiplicidad de barreras, las migrantes bolivianas son nuevamente reconocidas como aquellas usuarias con mayores dificultades para acceder a los servicios de salud debido al contexto laboral que atraviesa su vida y su lugar de residencia en Córdoba. En particular, las condiciones en las que deben llevar a cabo sus trabajos y el lugar donde se encuentra el empleo en concordancia con la zona de residencia resultan factores significativos para explicar las barreras que tienen las migrantes bolivianas para llegar a los hospitales. Así, aquellas que trabajan en cortaderos de ladrillos o en la cosecha en zonas periurbanas son las que mayores obstáculos presentarían para acceder a los hospitales y, en consecuencia, las que menos controles prenatales realizarían. En particular, se señala que el tipo de trabajo que demandan los cortaderos de ladrillos o la cosecha no permite a las mujeres acudir a servicios sanitarios, no sólo debido a la distancia geográfica

entre sus empleos y los hospitales, sino porque la alta cantidad de horas destinada a estos trabajos les impide llegar en los horarios matinales para sacar los turnos o acudir a la consulta: “Vienen de cortaderos de ladrillos y hace poco que están, y vienen de zonas rurales. Por el trabajo, la mujer trabaja a la par del marido; toda la familia trabaja y todo el día. Entonces, no les da el tiempo para venir y sacar turno a las cuatro o cinco de la mañana o quedarse para la consulta” (Josefa, entrevista, 2013).

La barrera geográfica entre los lugares de residencia de las mujeres y los servicios de salud marcaría una diferenciación entre las mujeres peruanas y las bolivianas al momento de explicar los comportamientos preventivos durante el embarazo. A diferencia de las mujeres bolivianas, las peruanas tendrían más facilidades para llegar a los hospitales y realizar sus controles prenatales por el hecho de vivir más cerca de los hospitales, ubicados en zonas urbanas:

En los controles de partos, el boliviano, por trabajar en las cortaderas [de ladrillo], viene poco. El peruano vive en lugar más céntrico, entonces viene más. En cambio, los bolivianos viven en zonas que están muy lejos; quizás tienen un colectivo que pasa por la zona, pero los centros de salud quedan a cinco o seis kilómetros. El peruano cumple con controles porque viven más cerca (Josefa, entrevista, 2013).

*Falta de adaptación de los servicios
a las necesidades de las mujeres*

Además de las dificultades económicas y geográficas, existen otros relatos que colocan la propia organización de los servicios de salud como un factor de barrera al acceso. Por un lado, un aspecto que hace difícil la organización de los servicios tiene que ver con la dificultad del servicio de salud para adaptarse a las necesidades de las migrantes. En asociación con las barreras geográficas y económicas, se menciona la incompatibilidad entre los horarios en que se otorgan los turnos y la vida laboral de las mujeres bolivianas, así como entre las exigencias respecto a las conductas higiénicas y su lugar de origen:

La gente que vive en cortaderos [del barrio] o vienen de zonas frías [...] les resulta difícil asumir los comportamientos de higiene [...] Tampoco nos adaptamos, ponemos un horario porque se acaban los turnos, y ellas tienen que venir a las cinco de la mañana; ése [es] un obstáculo tremendo para quien tiene que trabajar todo el día (Josefa, entrevista, 2013).

Una explicación que abona la falta de adaptación de los servicios a las necesidades y realidades de las mujeres es el desconocimiento sobre quién es en realidad el migrante que llega a los hospitales. El relato siguiente no sólo pone en evidencia la falta de una reflexión crítica sobre quien es *el otro* y sus necesidades específicas, sino también, y como parte de esto, el desconocimiento de sus trayectorias y prácticas, así como de sus necesidades particulares. Una trabajadora social pone esto de manifiesto al momento de explicar las razones por las que las migrantes son derivadas al servicio social:

[El migrante] llega a la interconsulta con servicio social porque nos dicen los médicos que ‘no me entiende nada’. Vienen con el paciente porque dicen ‘a ver qué pasa que no me entiende lo que tengo que hacer’. Pero tampoco hay esto de tomarse el trabajo de entender que la persona puede tener determinadas características. No hay registro de ellos (Gabriela, entrevista, 2013).

Otro factor que hace difícil la organización del servicio de salud es la falta de una política formal destinada a la atención de los migrantes. En este sentido, a pesar de que existe una ley de migraciones en la Argentina que promueve el acceso a los derechos a la salud de los migrantes, se advierte una falta de políticas o programas destinados a la atención de los inmigrantes y a sus necesidades específicas en el sistema de salud argentino. En el marco de una ausencia de acciones formales, la posibilidad de garantizar los derechos a la salud de los migrantes y responder a sus demandas sanitarias corresponde así a las “buenas voluntades” del personal de salud. Tal como lo menciona una entrevistada: “No ha habido iniciativas; son sólo voluntades personales... Hay buenas voluntades, y se vienen trazando líneas con los derechos; pero no hay una normativa que diga a los médicos qué hacer cuando llega un inmigrante” (Verónica, entrevista, 2013).

Redes sociales y familiares

Otros aspectos relevantes mencionados en la explicación sobre el acceso y uso de servicios sanitarios son las redes sociales y familiares en la ciudad de Córdoba, que también han sido señaladas como factores relevantes en la elección del lugar de destino de los migrantes, especialmente de los bolivianos (Benencia, 2005). En el caso de la salud, los nexos o redes de parentesco o sociales resultarían fundamentales para ganar acceso y transitar satisfactoriamente por el sistema de salud (Jelin, Grimson y Zamberlin, 2006). Las representaciones sociales sobre el rol de la familia en la experiencia de las mujeres en los servicios de salud se correlacionan con el proceso de migración característico de estos flujos en la Argentina. En otras palabras, la comparación entre los vínculos sociales y las redes que acompañan a bolivianas y peruanas está relacionada con el momento y la forma de migrar, y especialmente con el tipo de trayectoria laboral que diferencia a ambos grupos. Como se señaló más arriba, mientras que el boliviano responde a un proceso de migración de carácter familiar que comenzó a mediados del siglo pasado, el peruano es un flujo más reciente en el que ha sido usualmente la mujer sola quien ha encabezado la migración. Las redes que conforman familiares, amigos o vecinos que viven en la ciudad son un factor de contención y acompañamiento en el proceso de salud-enfermedad-atención. En el caso de las bolivianas, se reconoce que es la familia en su conjunto quien participa activamente en la salud de la mujer durante el cuidado tanto del embarazo como del parto, lo que marca una diferencia con respecto a las mujeres de origen peruano, a quienes se asocia con una participación más solitaria: “Las peruanas vienen solas, las bolivianas vienen con todos los chicos y el marido; pero la peruana viene con otra mujer, la hermana, la tía, pero no con el hombre. En cambio, el boliviano es más familiar, vienen todos juntos, traen la comida al hospital y se instalan cuando la mujer viene a parir” (Amelia, entrevista, 2013).

En el caso de las peruanas, la asociación entre las redes y el proceso de salud y atención está relacionada con la información que reciben de los contactos que poseen en el país. En particular, se cree que por su alto nivel educativo las mujeres peruanas poseen redes

de contacto que les permiten acceder a capital social e información, motivo que también explicaría el alto nivel de exigencia que tienen cuando llegan a los servicios de salud: “Las peruanas son más cultas y se van transmitiendo más la información; hay más redes que hacen que se transmita la información y que vengan a buscar servicios” (Amelia, entrevista, 2013).

La posibilidad (o no) de contar con redes familiares consolidadas, producto de la cantidad de años en el país, resulta un factor de importancia en el cuidado de la salud y los comportamientos preventivos. En este sentido, se diferencia entre aquellas mujeres de origen boliviano que poseen familias con varios años en el país y trabajos estables y aquellas de reciente ingreso. Mientras se piensa que las primeras cuentan con la posibilidad de recibir el cuidado de sus familiares, alimentarse correctamente y tener redes de apoyo, se asocia a las segundas con mayores niveles de vulnerabilidad y con barreras para acceder a los servicios de salud. Según las entrevistadas, la (mayor) cantidad de años de las bolivianas en Argentina resultaría un factor de peso en el cuidado de su salud, en tanto les permitiría acceder no sólo a redes de apoyo sino a trabajos más estables y a mejores condiciones socioeconómicas, lo cual repercutiría positivamente en la posibilidad de desarrollar comportamientos de cuidado durante el embarazo.

Es muy diferente cuando llega una boliviana que hace mucho que está acá: Vos ves a toda la familia afuera, en los pasillos esperando en el parto; le traen mates, mantas; la ayudan con el bebé. Es un momento familiar que ayuda a la mujer a recuperarse [...] Se nota que la familia tiene más recursos y puede afrontar mejor la llegada de un bebé o el cuidado de la madre” (Gabriela, entrevista, 2013).

Discusión y reflexiones finales

Este trabajo tuvo como propósito analizar cómo los equipos de salud de la ciudad de Córdoba perciben a las mujeres migrantes bolivianas y peruanas, así como los factores que influyen en el tipo de atención que se brinda. En tanto la fuente de información fueron las entrevistas, los discursos y narrativas de las entrevistadas estuvieron atravesados por los sentidos, los prejuicios, los valores y

las experiencias de cada una de ellas en sus prácticas cotidianas, y de igual forma por las expectativas respecto a la entrevista y al entrevistador. Por un lado, el análisis dio cuenta de que se percibe una clara diferenciación entre las características de los dos grupos migratorios y de las barreras y facilitadores que cada uno debe atravesar para acceder y usar los servicios de salud materna y reproductiva. Tal como señalan Jelin, Grimson y Zamberlin (2006) en un estudio realizado en el Conurbano de la Ciudad de Buenos Aires, se observó que las representaciones en torno a la figura de las mujeres migrantes están estrechamente vinculadas con estereotipos tradicionales vinculados a la docilidad y sumisión en el caso de las mujeres bolivianas y a la demanda y exigibilidad en el de las peruanas. Aquí, las mujeres bolivianas son particularmente estigmatizadas debido a la cultura que traen consigo desde el país de origen, la cual no sólo es interpretada en términos de prácticas, actitudes o representaciones, sino también en clave de clase social con lecturas cargadas de un contenido de tipo peyorativo (Otero-García *et al.*, 2013).

Con respecto a las barreras que deben afrontar las mujeres migrantes, existiría una diferenciación entre el uso y el acceso: mientras que el uso está asociado a factores culturales, el acceso está relacionado con factores económicos/geográficos explicados por la situación de clase de las mujeres. En otras palabras, si bien la barrera comunicativa, la relación asimétrica y de poder y los prejuicios son factores explicativos en la relación establecida con las mujeres una vez que están en el servicio, el acceso al hospital está vinculado al contexto socioeconómico, como el lugar de residencia y las condiciones laborales (Vázquez y Páramo, 2013; Jelin, Grimson y Zamberlin, 2006; Cerrutti, 2006, 2011; Cerrutti y Maguid, 2010; Cerrutti y Parrado, 2002; Cerrutti y Freidin, 2004; Curtis, Liguori y Cerrutti, 2010). Aun cuando los relatos sugirieron que los factores que condicionan el acceso a los servicios de salud públicos están principalmente determinados por cuestiones de clase que afectarían a todas las mujeres por igual independientemente de su condición migratoria u origen nacional, la percepción sobre la situación de la salud de cada grupo es diferente. En esta diferencia, el colectivo boliviano es el que mayores obstáculos afrontaría debido a los problemas de comunicación con el equipo de salud, sumado a las dificultades económicas/geográficas.

cas de aquellas mujeres que viven y/o trabajan en zonas periurbanas y que enfrentan condiciones de vida más precarias. Al igual que lo muestran otros estudios internacionales que analizan las percepciones de los equipos sanitarios respecto a la salud reproductiva de las migrantes (Otero-García *et al.*, 2013; Newbold y Willinsky, 2009; Ng y Newbold, 2011; Degni, Souminen y Essén, 2012), las dificultades de comunicación entre los profesionales y las mujeres –en este caso, principalmente bolivianas– es, sin duda, el obstáculo que más dificultades y resistencias genera en la atención y en la relación interpersonal profesional-paciente. Por otro lado, también el trabajo identificó otros factores de acceso y uso vinculados a la organización de los servicios de salud y a las redes sociales y familiares (Leclere, Jensen y Biddlecom, 1994). En este sentido, el análisis dio cuenta de cómo la falta de adaptación de los servicios de salud a las realidades y necesidades de las mujeres migrantes, especialmente de las bolivianas con trabajos precarios e informales, se convierte en una barrera en las posibilidades de acceso. No obstante, a diferencia de otros estudios realizados en España y Canadá, donde la ausencia de redes sociales y familiares de las migrantes es señalada como una barrera para el acceso de las mujeres a los servicios sanitarios (Otero-García *et al.*, 2013), en nuestro estudio la presencia de esas redes se transforma en un facilitador. En particular, se mencionó no sólo la existencia de redes de tipo familiar –en el caso de la comunidad boliviana– y de tipo social –en el caso de las peruanas–, sino también el impacto positivo que generan como fuentes de apoyo durante el embarazo y el parto.

A diferencia de otros estudios que han explorado las condiciones que afectan el acceso/uso de la población migrante a los servicios de salud (Jelin, Grimson y Zamberlin, 2006; Karasik, 2000; Mombello, 2006; Cerrutti y Parrado, 2002; Sala, 2002; Abel y Caggiano, 2006), este trabajo no mostró discursos o prácticas restrictivas basadas en la idea de ilegitimidad de la demanda de la población migrante. Por el contrario, se evidenció un contexto caracterizado por una actitud de apertura del personal de salud basada en un discurso de equidad en el acceso y en el que la migración no se interpretaría como una amenaza o problema. Se cree que esta diferencia –por lo menos en el nivel discursivo– puede estar relacionada con la cantidad de población migrante que

llega a los servicios en Córdoba, significativamente menor a la que reciben los hospitales en Buenos Aires. No obstante esto, si bien el discurso basado en la equidad se presenta como una intención de mantener la igualdad entre nativos y migrantes, busca en el fondo dejar intencionalmente explícito la ausencia de actitudes xenófobas o discriminatorias hacia la población migrante limítrofe, históricamente reconocidas en el imaginario popular. Independientemente de las actitudes y prácticas esgrimidas en el discurso, el análisis mostró que la atención sanitaria a la población migrante se basa en las “buenas voluntades” del personal de salud, que surgen ante la falta de una política formal o de programas específicos destinados a responder a las necesidades de los migrantes en general y de las mujeres en particular. La falta de conocimiento sobre las necesidades específicas de los grupos migratorios en términos de salud y de la historia migratoria por parte de los profesionales de salud fue también observada en las entrevistas. Ese desconocimiento, no obstante, no se consigna en otros estudios realizados en regiones de la Argentina con altos porcentajes de población rural, donde las prácticas de salud entre profesionales y pacientes son mayormente compartidas (Abel y Caggiano, 2006). Aunque no fue explicitado en las entrevistas, la falta de adaptación de los servicios a las realidades de las migrantes y de conocimiento sobre sus necesidades probablemente esté poniendo de manifiesto otra barrera de acceso producto de las diferencias existentes entre las expectativas de las mujeres y la atención ofrecida (Ng y Newbold, 2011; Newbold y Willinsky, 2009). También hubo discursos homogeneizantes que pusieron en evidencia que las prácticas de atención destinadas a la población migrante mantienen un patrón de negación del otro cultural que, lejos de incorporar la cultura del otro en intervenciones con perspectiva intercultural, buscan integrar las diferencias bajo el modelo médico argentino/occidental (Baeza, 2014). En este sentido, a pesar de las características, demandas y necesidades disímiles que se reconocen entre los dos grupos de migrantes y entre estos últimos y las argentinas, no se imparten acciones que puedan responder a esa heterogeneidad. Futuros estudios que se focalicen en la perspectiva de las mujeres migrantes y analicen sus opiniones, prácticas y actitudes respecto a su salud reproductiva y al acceso/uso de los servicios de salud

serán de utilidad para complementar la información aquí presentada. Para concluir, se enfatiza la importancia de incorporar una perspectiva histórico-política y cultural en la atención de los migrantes que sea capaz de recuperar las trayectorias particulares de los distintos flujos migratorios, así como sus necesidades específicas vinculadas al acceso a la salud y a sus prácticas culturales.

Referencias

- ABEL, Lidia y Sergio CAGGIANO, 2006, “Los inmigrantes y el acceso a la salud en una población de frontera”, en Elizabeth Jelin, dir., *Salud y migración regional: Ciudadanía, discriminación y comunicación intercultural*, Buenos Aires, Instituto de Desarrollo Económico y Social (IDES).
- ALTAMIRANO, Teófilo [ponencia], 2003, “El Perú y el Ecuador: Nuevos países de emigración”, en Conferencia Regional “Globalización, Migración y Derechos Humanos”, Quito, Programa Andino de Derechos Humanos, 16-18 de septiembre, en <<http://www.uasb.edu.ec/padh/revista7/articulos/teofilo%20altamirano.htm#peruano>>.
- ARIZA, Marina, 2000, *Ya no soy la que dejé atrás... Mujeres migrantes en República Dominicana*, México, Instituto de Investigaciones Sociales/Plaza y Valdés.
- BAEZA, Brígida, 2014, “La memoria migrante y la escucha de los silencios en la experiencia del parto de mujeres migrantes bolivianas en Comodoro Rivadavia (Chubut, Argentina)”, *Anuario Americanista Europeo*, núm. 11, pp. 179-197.
- BALÁN, Jorge, 1990, “La economía doméstica y las diferencias entre los sexos en las migraciones internacionales: un estudio sobre el caso de los bolivianos en Argentina”, *Estudios Migratorios Latinoamericanos*, núm. 15-16, pp. 269-309.
- BENENCIA, Roberto, 2005, “Migración limítrofe y mercado de trabajo rural en la Argentina. Estrategias de familias bolivianas en la conformación de comunidades transnacionales”, *Revista Latinoamericana de Estudios del Trabajo*, vol. 10, núm. 17, pp. 5-30.
- BENENCIA, Roberto y Gabriela KARASIK, 1996, *Inmigración limítrofe: los bolivianos en Buenos Aires*, Buenos Aires, CEAL (Biblioteca Política Argentina, 482).

- BOLOGNA, Eduardo, 2007, *La reversibilidad en los estadios avanzados de los sistemas migratorios: El caso de Argentina y Bolivia*, Córdoba, Argentina, Copiar.
- BRUNO, Matías [ponencia], 2007, “Migración y movilidad ocupacional de peruanos en Buenos Aires”, en “IX Jornadas Argentinas de Estudios de Población”, Córdoba, Argentina, Asociación Argentina de Estudios de Población, 31 de octubre y 1 y 2 de noviembre.
- CACOPARDO, M. Cristina, 2002, “Mujeres migrantes y trabajadoras en distintos contextos regionales urbanos”, *Papeles de Población*, Toluca, núm. 34, CIEAP/UAEM.
- CACOPARDO, M. Cristina, 2004 [ponencia], “Crisis y mujeres migrantes en Argentina”, en el “II Seminario de la Red de Estudios de Población”, Centre d’Estudis Demogràfics, del 9 al 13 de febrero.
- CAGGIANO, Sergio, 2005, *Lo que no entra en el crisol. Inmigración boliviana, comunicación intercultural y procesos identitarios*, Buenos Aires, Prometeo.
- CAGGIANO, Sergio, 2007, “Madres en la frontera: género, nación y los peligros de la reproducción”, *Iconos. Revista de Ciencias Sociales*, núm. 28, pp. 93-106.
- CAGGIANO, Sergio, 2008, “‘Que se haga cargo su país’: la cultura, los Estados y el acceso a la salud de los inmigrantes bolivianos en Jujuy”, en Cristina García Vázquez, comp., *Hegemonía e interculturalidad. Poblaciones originarias e inmigrantes*, Buenos Aires, Prometeo, pp. 243-279.
- CERRUTTI, Marcela, 2006, “Problemas de salud, utilización de servicios de salud y conductas preventivas de los migrantes limítrofes en la Argentina”, en Elizabeth Jelin, dir., *Salud y migración regional. Ciudadanía, discriminación y comunicación intercultural*, Buenos Aires, Instituto de Desarrollo Económico y Social (IDES).
- CERRUTTI, Marcela, 2009, *Diagnóstico de las poblaciones de inmigrantes en la Argentina*, Buenos Aires, Dirección Nacional de Población (Serie de Documentos de la Dirección Nacional de Población, núm. 2).
- CERRUTTI, Marcela, 2011, *Salud y migración internacional: mujeres bolivianas en la Argentina*, Buenos Aires, PNUD-CENEP/UNFPA.

- CERRUTTI, Marcela y Alicia MAGUID, 2010, *Familias divididas y cadenas globales de cuidado: la migración sudamericana a España*, Santiago de Chile, CEPAL/UNFPA. (Serie Políticas Sociales, núm. 163).
- CERRUTTI, Marcela y Betina FREIDIN [informe final], 2004, "Evaluando la calidad de la atención en servicios de planificación familiar en la Ciudad de Buenos Aires: medidas estandarizadas y percepción de las usuarias", World Health Organization, mimeo, (H9/181/R763, Project: A 15199).
- CERRUTTI, Marcela y Emilio PARRADO [informe final], 2002, "The Health Needs of Migrants in a Context of Economic Integration: The Case of Paraguay and Argentina", CENEP/Pan American Health Organization, mimeo.
- CORTÉS, Rosalía y Fernando GROISMAN, 2004, "Migraciones, mercado de trabajo y pobreza en el Gran Buenos Aires", *Revista de la CEPAL*, núm. 82, pp. 173-191.
- COURTIS, Corina y M. Inés PACECCA, 2010, "Género y trayectoria migratoria: mujeres migrantes y trabajo doméstico en el Área Metropolitana de Buenos Aires", *Papeles de Población*, vol. 16, núm. 63, pp. 155-185.
- COURTIS, Corina; Gabriela LIGUORI y Marcela CERRUTTI, 2010, *Migración y salud en zonas fronterizas: El estado plurinacional de Bolivia y Argentina*, Santiago de Chile, CEPAL/UNFPA.
- DEGNI, Filio; Sakari SOUMINEN y Birgita ESSÉN, 2012, "Communication and Cultural Issues in Providing Reproductive Health Care to Immigrant Women: Health Care Providers' Experiences in Meeting the Needs of Somali Women Living in Finland", *Journal of Immigrant Minority Health*, núm. 14, pp. 330-346.
- DONATO, Katherine; Donna GABACCIA, Jennifer HOLDAWAY, Martin Manalansan y Patricia Pessar, 2006, "A Glass Half Full? Gender in Migration Studies", *International Migration Review*, vol. 40, núm. 1, pp. 3-26.
- EZQUERRA SAMPER, Sandra, 2008, "Hacia un análisis interseccional de la regulación de las migraciones. La convergencia de género, raza y clase social", en Enrique Santamaría, edit., *Retos epistemológicos de las migraciones transnacionales*, Barcelona, Anthropos.

- FALCÓN Aybar, María del Carmen [ponencia], 2008, “Caracterización sociodemográfica de la migración peruana en Argentina: Hacia una tipología migratoria”, en Congreso “Ciencias, Tecnologías y Culturas. Diálogo entre las Disciplinas del Conocimiento. Mirando al Futuro de América Latina y el Caribe”, Chile, 30 de octubre al 2 de noviembre.
- FALCÓN AYBAR, María del Carmen y Eduardo BOLOGNA, 2013, “Migrantes antiguos y recientes: una perspectiva comparada de la migración peruana a Córdoba, Argentina”, *Migraciones Internacionales*, vol. 7, núm. 1, pp. 235-266.
- GOLDBERG, Alejandro, 2014, “Trayectorias migratorias, itinerarios de salud y experiencias de participación política de mujeres migrantes bolivianas que trabajaron y vivieron en talleres textiles clandestinos del Área Metropolitana de Buenos Aires, Argentina”, *Anuario Americanista Europeo*, 2221-3872, núm. 11, pp. 199-216.
- GRIMSON, Alejandro, 2000a, “El puente que separó dos orillas. Notas para una crítica del esencialismo de la hermandad”, en Alejandro Grimson, comp., *Fronteras, naciones e identidades. La periferia como centro*, Buenos Aires, Ciccus/La Crujía.
- GRIMSON, Alejandro, 2000b, “Introducción: ¿fronteras políticas versus fronteras culturales?”, en Alejandro Grimson, comp., *Fronteras, naciones e identidades. La periferia como centro*, Buenos Aires, Ciccus/La Crujía.
- GRIMSON, Alejandro, 2006, “Nuevas xenofobias, nuevas políticas étnicas en Argentina”, en Alejandro Grimson y Elizabeth Jelin, comps., *Migraciones regionales hacia la Argentina. Diferencias, desigualdades y derechos*, Buenos Aires, Prometeo.
- JELIN, Elizabeth; Alejandro GRIMSON y Nina ZAMBERLIN, 2006, “¿Servicio?, ¿Derecho?, ¿Amenaza? La llegada de inmigrantes de países limítrofes a los servicios públicos de salud”, en Elizabeth Jelin, dir., *Salud y migración regional. Ciudadanía, discriminación y comunicación intercultural*, Buenos Aires, Instituto de Desarrollo Económico y Social (IDES).
- KARASIK, Gabriela, 2000, “Tras la genealogía del diablo. Discusión sobre la Nación y el Estado en la frontera argentino-boliviana”, en Alejandro Grimson, comp., *Fronteras, naciones e identidades. La periferia como centro*, Buenos Aires, Ciccus/La Crujía.

- LECLERE, Felicia; Leif JENSEN y Anna E. BIDDLECOM, 1994, "Health Care Utilization, Family Context, and Adaptation among Immigrants to the United States", *Journal of Health and Social Behavior*, vol. 35, núm. 4, pp. 370-384.
- MAGLIANO, María José, 2007, "Migración de mujeres bolivianas hacia Argentina: cambios y continuidades en las relaciones de género", *Les Cahiers Alhim, Amérique latine histoire et mémoire*, núm. 14, pp. 41-62.
- MAGLIANO, María José, 2009, "Migración, género y desigualdad social. La migración de mujeres bolivianas hacia Argentina", *Revista Estudios Feministas*, vol. 17, núm. 2, pp. 349-367.
- MAGLIANO, María José, 2013, "Los significados de vivir 'múltiples presencias': Mujeres bolivianas en Argentina", *Migraciones Internacionales*, vol. 7, núm. 24, pp. 165-195.
- MALLIMACI, Ana Inés, 2005, "Nuevas miradas. Aportes de la perspectiva de género al estudios de los fenómenos migratorios", en Néstor Cohen y Carolina Mera, comp., *Relaciones interculturales: experiencias y representación social de los migrantes*, Buenos Aires, Antropofagia.
- MALLIMACI, Ana Inés [ponencia], 2010, "Las formas del narrar. Posibilidades y limitaciones de género en la construcción de trayectorias migratorias", en X Jornadas Nacionales de Historia de las Mujeres y en el V Congreso Iberoamericano de Estudios de Género: "Mujeres y Género: Poder y Política", Argentina, Universidad Nacional de Luján.
- MENÉNDEZ, Eduardo, 1985, "Modelo médico hegemónico, crisis socioeconómica y estrategias de acción del sector salud", *Cuadernos Médicos Sociales*, núm. 33, pp. 3-34.
- MOMBELLO, Laura, 2006, "Alternativas de atención en salud basadas en la interculturalidad. La cercanía barrial y la acción institucional", en Elizabeth Jelin, dir., *Salud y migración regional. Ciudadanía, discriminación y comunicación intercultural*, Buenos Aires, Instituto de Desarrollo Económico y Social (IDES).
- NEWBOLD, Bruce y Jacqueline WILLINSKY, 2009, "Providing Family Planning and Reproductive Healthcare to Canadian Immigrants: Perceptions of Healthcare Providers", *Culture, Health & Sexuality*, vol. 11, núm. 4, mayo, pp. 369-382.

- NG, Carita y Bruce NEWBOLD, 2011, "Health Care Providers' Perspectives on the Provision of Prenatal Care to Immigrants", *Culture, Health & Sexuality*, vol. 13, núm. 5, mayo, pp. 561–574.
- NOVICK, Susana, 2004, "Una nueva ley para un nuevo modelo de desarrollo en un contexto de crisis y consenso", en Rubén Giustiniani, comp., *Migración: un derecho humano*, Buenos Aires, Prometeo.
- OSO, Laura, 1998, *Las migraciones hacia España de mujeres jefas de hogar*, Madrid, Instituto de la Mujer.
- OTERO-GARCÍA, Laura; Isabel GOICOLEA, Montserrat GEA-SÁNCHEZ y Belén SANZ-BARBERO, 2013, "Access to and Use of Sexual and Reproductive Health Services Provided by Midwives among Rural Immigrant Women in Spain: Midwives' Perspectives", *Global Health Action*, vol. 6, 22645.
- PARELLA, Sonia, 2003, *Mujer inmigrante y trabajadora: la triple discriminación*, Barcelona, Anthropos.
- PANTELIDES, Edith y Martín MORENO, 2009, *Situación de la población en Argentina*, Buenos Aires, PNUD/UNFPA.
- ROSAS, Carolina, 2010, *Implicaciones mutuas entre el género y la migración. Mujeres y varones peruanos arribados a Buenos Aires entre 1990 y 2003*, Buenos Aires, Eudeba.
- SALA, Gabriela [ponencia], 2002, "Entre el temor y la exclusión: acciones de salud dirigidas a migrantes bolivianos y acciones sanitarias en la frontera norte de Argentina", en "XIII Encontro da Associação Brasileira de Estudos Populacionais", Minas Gerais, noviembre.
- VÁZQUEZ LABA, Vanesa y Milena PÁRAMO BERNAL, 2013, "Mujeres subalternas ante los servicios de salud en la región del noroeste argentino", *Medicina, Salud y Sociedad*, vol. 3, núm. 3, mayo-agosto, pp. 1-24.

Entrevistas

- Juana [entrevista], 2013, médica obstetra, por Lila Aizenberg [trabajo de campo], "Percepciones de los equipos de salud en torno a las mujeres migrantes bolivianas y peruanas en la ciudad de Córdoba", Córdoba, CIECS-Conicet-UNC.

Laura [entrevista], 2013, médica obstetra, por Lila Aizenberg [trabajo de campo], “Percepciones de los equipos de salud en torno a las mujeres migrantes bolivianas y peruanas en la ciudad de Córdoba”, Córdoba, CIECS-Conicet-UNC.

Amelia [entrevista], 2013, médica generalista, por Lila Aizenberg [trabajo de campo], “Percepciones de los equipos de salud en torno a las mujeres migrantes bolivianas y peruanas en la ciudad de Córdoba”, Córdoba, CIECS-Conicet-UNC.

Gabriela [entrevista], 2013, trabajadora social, por Lila Aizenberg [trabajo de campo], “Percepciones de los equipos de salud en torno a las mujeres migrantes bolivianas y peruanas en la ciudad de Córdoba”, Córdoba, CIECS-Conicet-UNC.

Marta [entrevista], 2013, médica toco-ginecóloga, por Lila Aizenberg [trabajo de campo], “Percepciones de los equipos de salud en torno a las mujeres migrantes bolivianas y peruanas en la ciudad de Córdoba”, Córdoba, CIECS-Conicet-UNC.

Sofía [entrevista], 2013, médica toco-ginecóloga, por Lila Aizenberg [trabajo de campo], “Percepciones de los equipos de salud en torno a las mujeres migrantes bolivianas y peruanas en la ciudad de Córdoba”, Córdoba, CIECS-Conicet-UNC.

Genoveva [entrevista], 2013, trabajadora social, por Lila Aizenberg [trabajo de campo], “Percepciones de los equipos de salud en torno a las mujeres migrantes bolivianas y peruanas en la ciudad de Córdoba”, Córdoba, CIECS-Conicet-UNC.

Verónica [entrevista], 2013, médica generalista, por Lila Aizenberg [trabajo de campo], “Percepciones de los equipos de salud en torno a las mujeres migrantes bolivianas y peruanas en la ciudad de Córdoba”, Córdoba, CIECS-Conicet-UNC.

Josefa [entrevista], 2013, médica toco-ginecóloga, por Lila Aizenberg [trabajo de campo], “Percepciones de los equipos de salud en torno a las mujeres migrantes bolivianas y peruanas en la ciudad de Córdoba”, Córdoba, CIECS-Conicet-UNC.

Fecha de recepción: 15 de mayo de 2014.

Fecha de aceptación: 11 de julio de 2014.